

~~1197~~  
1197

1904

A TALHA

HYPOGASTRICA

121/10 EHC

AUGUSTO JOSÉ CESAR MASSA

# A Talha

# Hypogastrica

DISSERTAÇÃO INAUGURAL  
apresentada à  
ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

TYPOGRAPHIA DO PORTO MEDICO  
Praça da Batalha, 12-A  
MCMIV

121110 EHC

À saudosa memória de  
meus Paes.

A meus tios Dr. Augusto  
Sebastião Guerra e D.  
Carolina Augusta d'Al-  
meida Guerra.

A minha sogra D. Anna  
F. de Carvalho Mesquita.

A minha Esposa.

Ao meu Presidente Dr.  
José Alfredo Mendes de  
Magalhães.

## INTRODUÇÃO

**A**TALHA hypogastrica, imaginada por Franco em 1561 n'um caso em que era impossível a extracção do calculo pelo perineo por causa do volume, foi alternadamente defendida pelas facilidades operatorias que ella apresenta e atacada pelos perigos a que expunham o calculoso as lesões do peritoneu e a infiltração da urina. Era considerada tão perigosa que o proprio Franco nunca aconselhava tal processo.

Alguns annos mais tarde vem Rousset que indica as primeiras regras operatorias, mas nunca a praticou. E até ao seculo XVIII raramente é praticada esta operação; mas n'esta epoca numerosos successos são publicados em Inglaterra por Douglas, Cheselden e Mildletom e outros, e mais tarde é repetidas vezes praticada por Frere-Come

em França, que é o primeiro que realmente traça regras operatorias, regras que foram seguidas até ao aperfeiçoamento actual. É elle que inventa a sonda de dardo para assegurar a incisão da bexiga e proteger o peritoneu, imaginou servir-se da *boutonnière* perineal para auxiliar o escoamento dos liquidos e evitar assim a infiltração da urina.

Muitos cirurgiões seguem o processo de Frere-Come e o defendem encarniçadamente, entre elles Belmas que publica em 1827 o *Tratado da cystotomia supra publica* no qual a historia, o manual operatorio, as indicações e os perigos da talha hypogastrica são estudados com o maior cuidado.

É n'esta epoca que a litotricia é aperfeiçoada e que os diversos processos de talha perineal soffrem numerosas modificações, sendo a attenção dos

cirurgiões de então attrahida pelos novos processos de extracção de calculos. A talha hypogastrica se não cae n'um esquecimento completo é sómente praticada em casos desesperados.

Apenas Gunther fica partidario da talha hypogastrica e reúne tódos os casos que póde encontrar desde Franco até 1851. E só nos principios do ultimo quarteirão do seculo passado é novamente recordada, talvez pela pratica frequente da ovariectomia e laparotomia que vieram provar que as lesões do peritoneu não são tão perigosas como se pensava; e por outro lado os methodos antisepticos provaram que se podia evitar a inflammação do tecido cellular.

Desde então é frequentemente praticada por Dulles na America, por Perier, Guyon e outros

ALMOTADA

em França, por Andreas Fleury na Allemanha que completa o trabalho de Gunther até 1879. E em Portugal pelo illustre professor Almeida.

Estudaremos particularmente este methodo e evidenciaremos as suas vantagens.

## ANATOMIA

**N**UMEROSOS estudos foram feitos por anatomicos e cirurgiões para determinar com exactidão as relações da bexiga com a parede abdominal, e sobretudo com o fundo de sacco do peritoneu, ponto capital d'estas relações referidas ao methodo hypogastrico. E, se numerosas foram as experiencias, os resultados foram variaveis, a ponto de este methodo ser repellido como perigoso por uns, enquanto outros o defendiam e aconselhavam como seguro e facil na sua execução.

Apresentarei algumas opiniões contradictorias mostrando que as relações habituaes da bexiga tornam facil e segura a execução da talha hypogastrica, e que algumas precauções bastam para garantir dos perigos de uma disposição anormal.

Fazendo uma incisão exactamente sobre a linha media na parte inferior do hypogastro e até um pouco abaixo da symphise do pubis, cortamos primeiro a pelle espessa e resistente e um tecido cellulo-gorduroso, d'abundancia variavel, para chegar ao plano aponevrotico que serve de sustentaculo a todas as partes molles que o constituem.

Na linha media a camada musculo-aponevrotica está reduzida a uma simples fita fibrosa, a *linha branca*, que longe de ter a mesma largura e solidez que na parte superior, se retrahede de maneira a formar um raphe que separa os bordos internos dos musculos grandes rectos. E assim encontramos de cada lado da linha branca estes dois musculos que se vão approximando de cima para baixo e vão inserir-se ao corpo do pubis por um tendão de 2 a 3 centimetros de largura que occupa o intervallo da espinha á symphise publica. Na parte inferior estes dois musculos são reforçados por dois pequenos musculos, os pyramidaes, que inserindo-se na parte anterior e superior da symphise publica se dirigem obliquamente de baixo para cima e de fóra para dentro e vão inserir-se nas partes lateraes da linha branca.

Estes musculos apresentam numerosas variedades de volume, e algumas vezes faltam.

Cortada a linha branca encontramos uma delgada camada cellulosa, o *fascia transversalis*, e por baixo está uma camada de tecido cellulogorduroso que occupa o espaço que separa a bexiga da parede abdominal e da symphise, continuando com o que se estende sobre as faces lateraes da bexiga.

Assim fica constituída uma especie de cavidade, situada adeante e abaixo do peritoneu, na qual a bexiga póde desenvolver-se e mover-se, e que recebeu o nome de cavidade pre-peritoneal de Retzius e cavidade pre-vesical de Tillaux.

A bexiga solidamente fixa em baixo é essencialmente movel pela sua parte superior, variando a cada momento as suas relações com a parede abdominal conforme o seu estado de distensão.

Vazia esconde-se por traz do pubis que a mascara por completo; quando se dilata, vae gradualmente subindo, vindo fazer saliencia na região hypogastrica onde podemos determinar com exactidão a sua posição pela palpação e percussão. Uma distensão media eleva a bexiga a 2 ou 3 centimetros acima do pubis; mas n'uma distensão extrema póde subir até ao umbigo.

Vamos agora estabelecer as relações do peritoneu com a bexiga, pois é o que mais interessa para a execução da talha hypogastrica.

Quando a bexiga está vazia, o peritoneu desce directamente sobre o seu vertice sem formar prega, e chega até ao nível do bordo superior do pubis. Quando a bexiga começa a distender-se, o seu vertice dirige-se para cima e para traz, de fórma que um fundo-de-sacco da serosa se fórma; fundo-de-sacco que vae cahir sobre a face anterior. E assim se vae formando pouco a pouco a região superior á custa da região anterior e da posterior.

A prega do peritoneu accentua-se cada vez mais á medida que a bexiga se eleva, pois ella coifa-se então d'uma porção mais consideravel de serosa.

É pois facil comprehender que quanto mais a bexiga se eleva, tanto mais sobe o fundo-de-sacco do peritoneu. A altura normal d'este fundo de sacco acima do pubis e as relações d'esta altura com a distensão da bexiga são muito importantes, para a pratica da talha hypogastrica e mesmo da punção hypogastrica; e sobre isso se fizeram numerosos estudos.

Em Legendre enconramos os dois seguintes casos:

H da bexiga 0<sup>m</sup>,07.      H do fundo-de-sacco 0<sup>m</sup>,045.

» » » 0<sup>m</sup>,06.      » » » » » 0<sup>m</sup>,39.

N'estes casos o fundo-de-sacco era bastante alto e seria facil praticar uma incisão na parede anterior da bexiga sem receio de ferir o peritoneu.

Ora não succede sempre assim e Sappey que combateu sempre a talha hypogastrica, diz o seguinte: «Le peritoine descend sur la face antérieure du viscère en rebattant l'ouraque contre celle-ci, et il descend d'autant plus bas que la dilatation devient plus considerable»; e mais longe: «Tel est le mecanisme en vertu du quel le peritoine descend entre la paroi abdominale et la vessie».

Tillaux declara pelo contrario que o fundo-de-sacco em lugar de descer sobe, e que se é verdade que elle se torna tanto mais baixo quanto mais consideravel é a dilatação da bexiga, «ce qui est vrai également, c'est que la hauteur de la vessie dépourvue de peritoine est en raison de la profondeur du cul-de-sac, puisque la portion qui forme le cul-de-sac est precisement celle qui a été détachée de la paroi abdominale<sup>1</sup>».

Já anteriormente Pouliot tinha publicado numerosas experiencias para estabelecer que a distancia entre a symphise publica e o fundo-de-

<sup>1</sup> Tillaux, *Tratado de anatomia topographica*, 1900, pag. 800 e 801.

sacco do peritoneu augmentam á medida que a bexiga se distende, o que permite fazer a punção assim como a talha hypogastrica sem receio de ferir o peritoneu. Pouliot apresenta a seguinte tabella resultante das suas experiencias:

H da bexiga	H do fundo-de-sacco
0 <sup>m</sup> ,12	0 <sup>m</sup> ,075
0 <sup>m</sup> ,11	0 <sup>m</sup> ,069
0 <sup>m</sup> ,10	0 <sup>m</sup> ,063
0 <sup>m</sup> ,9	0 <sup>m</sup> ,056
0 <sup>m</sup> ,8	0 <sup>m</sup> ,050
0 <sup>m</sup> ,7	0 <sup>m</sup> ,044
0 <sup>m</sup> ,6	0 <sup>m</sup> ,037
0 <sup>m</sup> ,5	0 <sup>m</sup> ,031

Por esta tabella vemos que a distancia entre o peritoneu e a symphise publica é proporcional á altura da bexiga.

É para notar que Pouliot provoca estas distensões da bexiga precedendo por injeções forçadas.

Comparando as dimensões de Pouliot e Legendre, a que já nos referimos, vemos que se approximam muito.

D'estas e outras experiencias podemos pois concluir que na maior parte dos casos ha espaço sufficiente entre a symphise publica e o peritoneu

para poder praticar a talha hypogastrica. E digo na maior parte dos casos, porque ha infelizmente excepções muito raras, é certo, mas que prejudicam seriamente o methodo hypogastrico tanto mais que se não podem prever; refiro-me a casos de inserção do peritoneu directamente á symphise publica.

Uma disposição analoga do peritoneu se observa nos casos de hernia inguinal dupla, e a este respeito encontra-se a seguinte nota de Féré: «J'ai eu l'occasion d'observer, á l'autopsie d'un vieillard mort d'apoplexie, une disposition de la vessie qui m'a parue digne d'intérêt. La vessie, fortement distendue, remontait jusqu'à un travers de doigt environ au dessous de l'ombilic; le peritoine formait en avant du reservoir urinaire un cul-de-sac qui descendait jusqu'au contact du pubis.

Cette disposition anormale nous a semblé déterminée par l'existence de deux hernies scrotales: le peritoine, attiré en bas, de chaque coté de la ligne médiane, pour former deux sacs herniaires considérables, était immobilisé au niveau du pubis et ce n'était qu'en arriere seulement que la vessie pouvait le refouler á mesure qu'elle se distendait. Il était intéressant au point, de vue des applications chirurgicales de rechercher si

toutes les fois qu'il existe des hernies inguinales, le peritoine affecte la meme disposition. Les hernieux ne sont point rares á Bicêtre et nous avons pu sur 7 sujets (4 avec des hernies doubles, 3 avec des hernies inguinales simples), distendre la vessie par une injection forcée e nous avons toujours obtenu un resultat identique. Dans le cas de hernies doubles, le fond de cul-de-sac ne remontait que d'un centimètre au plus et seulement du côté où n'était pas la hernie.»

É esta uma nota importante, não como contra-indicação da talha, mas em presença d'um portador de calculo vesical que tenha uma hernia inguinal, e principalmente uma hernia inguinal dupla, deverá o operador prestar toda a atenção a este facto na execução da talha hypogastrica. É n'este caso que o levantamento do peritoneu é indispensavel durante a operação.

Petersen fez estudos no mesmo sentido, chegando approximadamente aos mesmos resultados; apesar de auxiliar a elevação da bexiga pela dilatação do recto com um balão de caoutchouc.

Por este processo salienta-se mais a bexiga sob a parede abdominal, é certo, ficando por assim dizer, debaixo da mão do operador, o que é certamente d'uma grande vantagem na talha hypogastrica; mas, anatomicamente a dilatação

do recto não faz subir o fundo-de-sacco peritoneal, pois, como disse, Petersen nas suas experiencias chega approximadamente ás mesmas cifras a que nos temos referido.

Deuchatelet repetindo as experiencias de Petersen chegou tambem a resultados identicos. Não encontramos portanto differença notavel na altura do peritoneu, quer o recto esteja ou não dilatado pelo balão de Petersen.

Deveremos não esquecer que a distancia a que o peritoneu se encontra da symphise publica depende da idade do individuo, e do que ficado poderemos estabelecer que habitualmente existe uma distancia de dois a quatro centimetros entre o peritoneu e a symphise; quando a bexiga é distendida, póde esta distancia ser de cinco ou seis centimetros. Portanto a presença do peritoneu não é um obstaculo á talha hypogastrica.

Abaixo do peritoneu encontra-se um tecido cellulo-gorduroso d'abundancia variavel, conforme o individuo, e que se prolonga por traz da symphise em volta do collo umbilical e partes lateraes da bexiga. Este tecido é facil de reconhecer pela sua côr amarellada, e a sua apparição entre os labios da incisão da parede abdominal é indicio seguro que nos encontramos abaixo do peritoneu. Convem durante a operação poupar este

tecido, laceral-o o menos possível, para evitar a sua inflamação que é muitas vezes o ponto de partida de phlegmões e facilita a infiltração da urina.

Nas diferentes camadas que deve atravessar o bisturi para chegar á bexiga poucos vasos se encontram. Algumas arteriolas tegumentares na parede abdominal mas nenhum vaso importante, e o mesmo succede no tecido cellular pre-vesical. Mas quando nos approximamos da bexiga, e sobretudo da sua parte inferior, encontramos veias volumosas cuja incisão póde dar hemorragias abundantes. Estas veias pertencem ao grupo sub-peritoneal anterior do systema venoso da bexiga.

As arterias que encontramos na talha hypogastrica são pouco importantes.

## HISTORIA

**N**ÃO é minha intenção descrever todos os methodos, todas as modificações porque passou a talha hypogastrica, apresentarei apenas a grandes traços as differentes e principaes phases porque passou a talha de Franco.

Poderemos dividir todos os methodos em duas classes: os que teem por fim evitar que o peritoneu seja attingido durante a operação, e os que teem por fim evitar a infiltração da urina, pois são estes dois perigos os maiores e mais para temer e que durante tanto tempo impediram que a talha de Franco se tornasse o methodo de escolha.

Franco e os cirurgiões que seguiram o seu exemplo, praticavam esta operação cortando to-

dos os tecidos da parede abdominal, tendo por unico guia o calculo que um ajudante impellia introduzindo o dedo no recto. Este processo era simples, mas fazia correr os maiores perigos á serosa abdominal.

Mais tarde Rousset, comprehendendo quanto era perigoso este processo de operar, foi o primeiro que propoz que a bexiga fosse distendida, com o fim de fazer subir o peritoneu e collocal-o assim ao abrigo de ser attingido pela incisão que se praticava na parede abdominal. Para obter este resultado propunha fazer uma injeção de liquido no reservatorio urinario ou fazer uso de bebidas diureticas com o fim de augmentar a secreção renal e ligar o penis para evitar a sahida do liquido. Riolan aconselhou substituir a injeção de liquido por uma injeção d'ar.

O processo da dilatação da bexiga é excellente, pois, como vimos quando tratamos da anatomia d'esta região, a distensão da bexiga torna-a mais saliente na região hypogastrica e augmenta o campo operatorio repellindo para cima o fundo-de-sacco peritoneal; mas para que isto assim seja é preciso injectar uma quantidade de liquido muito consideravel. Ora se conseguimos facilmente esta distensão no estado normal da bexiga, isto é, quando ella está sã, já o mesmo não suc-

cede quando a bexiga está inflammada como geralmente se observa nos individuos portadores de calculo vesical. N'este caso o reservatorio urinario retrahese, a sua sensibilidade exaggerada impede que a bexiga contenha uma quantidade consideravel de liquido, provoca contracções vesicaes violentas e necessidade imperiosa de urinar.

Assim os antigos que não tinham á sua disposição o chloroformio para combater esta hyperexcitabilidade da bexiga, notaram que a distensão do reservatorio urinario era muito difficil d'obter, não dando assim tanto quanto se esperava d'ella.

Kulm inventou uma sonda para distender a bexiga, e levantar ao mesmo tempo a sua parede anterior. E assim ajuntava á distensão um conductor para o bisturi.

Mais tarde Frere-Come modificou este instrumento de tal maneira que servia não sómente de conductor mas tambem para fixar a bexiga. Este instrumento habilmente manejado por Frere-Come foi ainda adoptado até aos processos actuaes; ainda alguns operadores actuaes o empregaram entre nós, não como primitivamente tinha sido empregado por Frere-Come mas com as modificações que depois soffreu. Para introduzir na bexiga esta sonda, era preciso fazer uma incisão no perineo, e fender a parte membranosa

da urethra. Esta incisão complicava o manual operatorio e augmentava os perigos que ameaçavam o operado, e assim procuram os cirurgiões, que seguiram este processo, modificá-lo de maneira que pudesse ser introduzida pela urethra; e isto foi conseguido.

A sonda de dardo servia assim de conductor para reconhecer a bexiga e fixá-la, mas o peritoneu ficando no logar que normalmente occupa, era ameaçado durante a operação, e por isso voltaram á pratica de Rousset, juntando o emprego da sonda de dardo á distensão da bexiga. Mas esta manobra exigia dois catheterismos, e Landouzy consegue modificar a sonda de dardo de tal maneira que ella servia tambem para fazer a injeção na bexiga.

A manobra d'este instrumento era delicada, e muitos cirurgiões usavam uma simples sonda metallica tendo uma ranhura para conduzir o bisturi.

Mas julgou-se ainda insufficiente o levantamento que se obtinha por este processo, e procuraram augmentá-lo levantando a bexiga pelo recto; e assim Milliot em 1875 indica a possibilidade da talha hypogastrica dilatando o recto; Braune fez experiencias n'esse sentido, e depois Petersen apoiado n'estas experiencias fez muitas

talhas hypogastricas no cadaver e no vivo distendendo a bexiga e dilatando o recto por meio d'um balão de caoutchouc. Por este meio, dizia Petersen, *o fundo-de-sacco peritoncal eleva-se sensivelmente e não ha facilidade de ferir o peritoneo ainda que se opere sem grandes cuidados.* Já vimos que não é bem assim, e embora a bexiga forme uma saliencia apreciavel, o uso do balão de Petersen, na talha hypogastrica, tem tambem os seus inconvenientes.

Todos estes processos foram inventados com o fim de proteger o peritoneu; mas teem ainda outra vantagem. Ao mesmo tempo que põe, por assim dizer, a bexiga debaixo da mão do operador, poupa o tecido cellular, difficultando assim a infiltração urinosa.

Outros processos foram inventados sómente com o fim de combater este accidente, e assim os auctores procuraram pôr o tecido cellular da cavidade prevesical, em estado de resistir á infiltração, desenvolvendo n'elle uma ligeira inflamação que lhe formasse uma barreira.

Para attingir este resultado propuzeram uns fazer a operação em dois tempos, e outros o emprego do thermo-cauterio e galvano-cauterio.

Vidal de Cassis levado por esta ideia, propoz fazer n'uma primeira sessão a incisão da parede

abdominal até ás paredes da bexiga; e n'uma segunda sessão, quando a inflamação tivesse determinado uma condensação do tecido cellular e uma adherencia d'este tecido aos órgãos visinhos, proceder á incisão da bexiga e extracção do calculo.

Monod teve muitos successos por este processo, e entre nós numerosos successos se encontram na vida clinica do professor Antonio Bernardino d'Almeida e seu genro. Eis como este professor seguia o processo de Vidal de Cassis: «injectava sempre a bexiga para defeza do peritoneu, introduzia na ferida um lichino até assentar sobre a parede da bexiga, demorava-o tres ou quatro dias, no fim dos quaes o tirava, abrindo em seguida a bexiga para extrahir o calculo. N'esta parte da operação nunca se auxiliava da sonda de dardo; penetrava affoutamente na bexiga, tambem previamente injectada, de modo a poder introduzir o indicador, que, servindo a facilitar a entrada do bisturi de botão, em seguida fazia as indagações precisas sobre o estado do órgão e seus contentos. Completa a operação, approximava ligeiramente os bordos da ferida e deixava sahir livremente a urina por ella, recomendando as repetidas applicações de pomada alvissima para evitar o mais que podesse a eru-

ção pustulosa que a urina sempre produz por onde passa com demora<sup>1</sup>.»

Langenbuck apresentou um outro processo de fazer a talha em dois tempos: fazia acima do pubis uma incisão curvilinea, de concavidade voltada para cima, penetrando no abdomen immediatamente acima da symphise.

Applicava um penso antiseptico e alguns dias depois abria a bexiga e extrahia o calculo suturando-a em seguida.

O galvano-cauterio foi ainda empregado para fazer a talha hypogastrica. Amussat em 1870 escreve a proposito d'um caso de talha hypogastrica, realisada por este processo: «depois de o doente estar chloroformisado introduz-se uma sonda de dardo munida d'um fio de platina pela urethra e faz-se passar as duas extremidades atravez das paredes vesicaes e abdominaes perto da linha branca, uma a seis centimetros e outra a um centimetro acima do pubis. Feito isto o operador põe as duas extremidades em relação com uma pilha Grenet e corta lentamente os tecidos comprehendidos na ansa metallica sem que se escôe uma só gotta de sangue.»

<sup>1</sup> Oliveira Martins, these inaugural, 1880.

A extracção do calculo foi facil e o doente curou.

Como se vê este processo expunha a lesar o peritoneu, pois um dos fios atravessava a parede abdominal a seis centimetros acima do pubis, porque muitas vezes o peritoneu, mesmo depois da dilatação da bexiga, fica muito mais baixo, e n'estes casos seria certamente lesado.

Tambem o thermo-cauterio foi aconselhado para cortar a parede abdominal, mas nunca foi empregado.

Outros auctores teem procurado impedir a infiltração da urina, facilitando o escoamento dos liquidos, ou pela urethra ou pela ferida, e outros ainda fechando completamente a ferida.

Antigamente abandonava-se a incisão e apenas collocavam o doente meio sentado para facilitar o escoamento da urina.

Depois veio a ideia de proteger a ferida procurando assim evitar a infiltração; para isso começou-se por empregar uma sonda flexivel contendo uma mecha d'algodão para evacuar toda a quantidade d'urina produzida.

Frére Come sendo obrigado a fazer uma incisão no perineo, para introduzir a sua sonda de dardo, servia-se d'esta *boutonnière* para introduzir uma sonda na bexiga, por onde se escoava a urina

á medida que se ia produzindo. Mas, apesar da sonda collocada na incisão perineal, a urina não deixava, a maior parte das vezes, de sahir pela ferida abdominal, pois as mucosidades facilmente tapam os olhos da sonda.

Pallucci propoz fazer uma punção nas partes lateraes do perineo onde seria collocada uma sonda de prata que daria sahida á urina. De-champs propoz ainda que se fizesse uma punção recto-vesical onde seria collocada uma sonda que faria communicar a parte inferior da bexiga com a cavidade rectal.

Estes processos eram difficeis de applicar e ao mesmo tempo aggravavam a operação, sendo necessario um segundo traumatismo da bexiga.

Outros auctores proposeram collocar uma sonda permanente na urethra; e quando Belmas modificou a sonda de dardo de Frére Comes, de forma a ser introduzida pela urethra, este processo foi correntemente applicado.

Mas este processo não podia corresponder ás esperanças dos operadores que o adoptavam: a sonda molle permanente funciona mal e as urinas passavam pela ferida, o que se explica facilmente: nos calculosos, a urina é ordinariamente misturada de mucosidades que se introduzem na sonda e a obstruem, é necessario então mudal-a

ou fazer injeções para retirar o obstaculo; mas muitas vezes não se percebia immediatamente este accidente, e então a urina escoava-se pela ferida hypogastrica.

Pensaram então em facilitar o escoamento da urina por meio d'um siphão, mas este aparelho tambem não deu resultado, pois que para o seu bom funcionamento seria necessario que as duas extremidades mergulhassem no liquido; mas a secreção renal não se faz tão rapidamente que a extremidade vesical do tubo se não encontrasse a secco. Um outro inconveniente para temer, é a incrustação das sondas, que por vezes se faz rapidamente e é necessario a mudança frequente, se não queremos mais tarde lesar a urethra.

Por outra parte, a cystite violenta que em geral acompanha os portadores de calculo vesical, torna a bexiga intolerante e a presença da sonda produz contracções vesicaes extremamente dolorosas, que certamente teriam séria influencia sobre a cicatrização da ferida.

É lo que se dava algumas vezes na talha perineal, quando se collocava uma sonda na ferida; e por isso foi completamente supprimida e deixa-se escoar a urina livremente pela ferida perineal, pois é isso preferivel á permanencia d'um corpo extranho na bexiga, que a faz contrahir violenta-

mente, podendo assim determinar hemorragias secundarias.

Para obstar aos inconvenientes da sonda permanente, propuzeram collocar um tubo de caoutchouc na bexiga pela ferida abdominal.

Perier empregou-o em duas observações, e em ambas o resultado foi nullo. No primeiro doente a sonda e o tubo de caoutchouc funccionavam bem no dia da operação, mas no segundo dia o funcionamento foi muito defeituoso, e o doente começou a ser inundado pela urina. Apesar de lavagens frequentes e de injeccões vesicaes, não pôde ser restabelecido o escoamento da urina pelos tubos.

Bois, na sua primeira observação collocou um *dreno* na parte inferior da ferida. A urina escôa-se por elle com muita facilidade no primeiro dia, mas depois teve de ser retirado por causa do seu mau funcionamento.

Guyon na sua primeira observação teve o mesmo resultado; e na segunda collocou um tubo fino na bexiga pela ferida abdominal tendo na extremidade vesical uma esponja, desde o segundo dia o funcionamento foi mau, o que se explica pela impregnação da esponja pelas mucosidades vesicaes.

Perier na sua terceira observação collocou

na bexiga dois tubos de caoutchouc, indo uma das extremidades até á parte inferior da bexiga e a outra vinha por cima do pubis, cahir n'um reservatorio collocado entre as coxas do doente.

Guyon, aconselhado por Perier, segue este processo, e não teve de que se arrepender. Começa então o uso frequente d'este processo que vem até nossos dias. Nós veremos, no capitulo em que descrevo o manual operatorio, como são collocados estes tubos e como funcionam. Outros meios foram indicados com o fim de evitar a infiltração. Assim Heurteloup inventa um tubo, na extremidade do qual se podia desenvolver por insuflação um pequeno balão, que trazido com moderação de dentro para fóra, devia obturar a abertura.

Outros operadores procuram fechar-a completamente, suturando-a. A melhor sutura é a de Lambert, mas é d'uma execução difficil e não tem tido resultados animadores.

Taes são rapidamente as differentes phases por que tem passado a talha de Franco.

## MANUAL OPERATORIO

**E**M geral, nos portadores de calculo vesical, a urina é purulenta, e a bexiga apresenta-se n'um estado de contracção tal que prejudica as manobras operatorias. Assim propozeram os auctores, para os calculosos que deviam ser operados, um tratamento preliminar. Petersen e outros propozeram que se fizessem lavagens vesicaes para desembaraçar a urina, tanto quanto possivel do pus e sangue que ella contém.

Estas lavagens da bexiga são evidentemente uteis, mas nem sempre são possiveis.

Muitas vezes a bexiga dos portadores de calculos está de tal maneira inflammada, de tal maneira irritavel, que estas lavagens não pôdem praticar-se, sem que vamos provocar dôres atrozes; e teimando n'esta manobra preliminar, veremos em seguida estalarem acessos de febre inquietante.

Vemos portanto que é necessario praticar estas lavagens com o maior cuidado possível, e suspendel-as logo que se manifestem acessos febris; estes acessos a maior parte das vezes são indicio de complicações renaes.

Por estas mesmas razões foram rejeitadas as dilatações progressivas, propostas por Petersen para vencer a contracção da bexiga e habitual-a á distensão. Petersen apoiava a sua maneira de vêr n'um caso em que elle tinha experimentado a dilatação progressiva; era o caso d'uma creança de 12 annos d'idade tolerar 350 centimetros cubicos de liquido quando 9 dias antes apenas tolerava 70 centimetros cubicos.

É um caso isolado com que não podia estabelecer uma regra.

Não duvido que em alguns casos se possa habituar a bexiga á distensão pela dilatação gradual; mas estes casos são muito raros, e, como diz Guyon nas suas lições, devemos abster-nos d'estas manobras mesmo quando se trate de bexigas sãs, e com mais razão ainda quando se trata de bexigas desde muito tempo attingidas de cystite, e cujo resultado mais certo é augmentar a inflammação vesical e provocar a explosão d'uma nephrite.

Concluimos portanto que não devemos rejeitar as lavagens em absoluto, mas que é necessario

usar-as com precaução; e as dilatações gradaues devemos rejeital-as por completo.

O manual operatorio da talha hypogastrica é dos mais simples, e é uma das vantagens d'este processo de talha. O arsenal cirurgico é muito reduzido: dois bisturis sendo um recto e outro betonado, uma sonda cannulada, sondas urethraes, uma seringa, umas tenazes, dois tubos de drenagem, um balão de caoutchouc (balão de Petersen), para dilatar o recto, e o indispensavel para suturas. É inutil servirmo-nos d'um leito especial. A cama do doente pôde servir, é comtudo preferivel collocar o doente n'um plano sufficientemente alto.

O operador colloca-se á direita do operado, do lado esquerdo fica um ajudante. Um segundo ajudante dá o chloroformio e um terceiro apresenta os ferros.

Collocado o doente no decubito dorsal e depois de chloroformisado, introduz-se-lhe na bexiga uma sonda metallica, e não sendo possivel introduz-se uma simples sonda de gomma que se fecha com uma rolha. Petersen aconselhava dilatar immediatamente a bexiga, e seguidamente introduzir no recto o balão de caoutchouc, mas é preferivel introduzil-o antes de distender a bexiga. Este bellão deve ser de paredes espessas, pois não tem

sómente por fim levantar a bexiga mas ainda fornecer ao operador um plano resistente; a espessura deve ser uniforme, porque sendo desigual a resistencia das paredes, o bellão póde romper-se.

É pois prudente experimental-o previamente no seu maximo de dilatação.

Collocada a sonda e o bellão, nos seus respectivos logares, procede-se á distensão da bexiga, que é bom fazer preceder de lavagens repetidas com uma solução d'acido borico a 4 0/0. Estas lavagens fazem-se por pequenos jactos arrêmsados com força com o fim de limpar a cavidade vesical.

Estas lavagens devem ser feitas até que o liquido saia claro pela sonda.

Antigamente propunham para distender a bexiga, fazer tomar ao doente bebidas diureticas e ligar-lhe o penis para provocar uma retenção d'urina. Este processo apresentava grandes inconvenientes. Não se podia lavar a bexiga que ficava assim cheia d'uma urina purulenta. Esta retenção d'urina devia irritar o collo vesical e provocar necessidades imperiosas d'urinar, que fazem soffrer o doente e irritam a bexiga, sem comtudo produzir uma distensão maior.

Gunther propoz em 1851 que se injectasse a bexiga por meio d'uma canula, que se intro-

duzia na urethra até á base da glande. Por este processo, dizia elle, que se injectava, facilmente e sem provocar dôr alguma, tanta agua quanta se quizesse. Certamente que é possível a injectão da bexiga pela urethra directamente; mas esta penetração não se faz sem dôr, a porção membranosa da urethra contrahe-se, resiste, e é preciso uma certa força para triumphar d'essa resistencia. É uma violencia completamente inutil, e que fez com que o processo de Gunther fosse rejeitado.

A distensão da bexiga deve portanto ser feita por meio d'uma sonda, graças á qual se pôde egualmente impedir que o doente esvasie a sua bexiga tapando o orificio da sonda.

Para obter a distensão da bexiga empregou-se outr'ora, agua tepida, leite, etc. Depois foi ainda aconselhado o acido salycilico a 2 0/0, mais tarde começaram a empregar-se as soluções antisepticas. A melhor solução antiseptica, e que é mais bem tolerada pela bexiga, é a solução d'acido borico que se emprega a 4 0/0. O liquido deve estar á temperatura do corpo, e a injectão deve ser dada com o maior cuidado para não despertar a sensibilidade visical, tão grande nos portadores de calculo, mesmo debaixo da acção do chloroformio.

A quantidade de liquido a injectar varia con-

forme os casos, e só a mão do operador será o guia seguro para determinar precisamente a altura em que devemos suspender as injeções; se nós fizermos a injeção docemente, seremos avisados do começo da contracção vesical pela resistencia á introdução do liquido na bexiga. É a esta ordem imperiosa da bexiga que é necessario obedecer, sob pena d'accidentes graves que podem ir até á ruptura da bexiga.

Antes de fazer a injeção, liga-se o penis com um tubo de caoutchouc que se prende com uma pinça de pressão contínua, para evitar que o liquido passe entre a sonda e as paredes da urethra.

Depois de distendida a bexiga, procede-se á dilatação do balão rectal até que a bexiga faça uma saliencia notavel na região hypogastrica, acima da symphise publica.

A ascensão da bexiga é muito visivel, e este movimento é de resto indicado pela sonda, que oscilla e cuja extremidade exterior se abaixa entre as coxas do doente. Uma precaução que deveremos tomar antes de proceder á dilatação do balão, é assegurar-nos da sua situação no recto, se não está dobrado em dois, se o desenvolvimento é egual durante a dilatação, e é tambem conveniente mantel-o no logar com o dedo para o impedir de sahir, como póde succeder.

Terminadas estas precauções e depois de ter rapado á navalha de barba a parede abdominal e depois de a ter lavado com uma solução anti-septica forte, procede-se á incisão dos tegumentos.

Esta incisão deve ser feita na linha media. Amussat propoz que se fizesse esta incisão ao longo do bordo externo d'um dos musculos rectos, mas este processo expunha muito mais a serosa peritoneal; pois a anatomia demonstra, que o peritoneu desce obliquamente para as partes lateraes, dirigindo-se para o orificio do canal inguinal.

É portanto mais baixo nas partes lateraes, do que na linha media, e pelo processo de Amussat seria mais facilmente lesado. A incisão feita exactamente sobre a linha media permite chegar directamente á linha branca, ponto muito importante, porque se não cortarmos a linha branca cahimos sobre as fibras musculares, o que certamente prejudica a operação. O comprimento da incisão é variavel, dá-se comtudo como regra, partir do meio do espaço comprehendido entre a cicatriz umbelical e a symphise, e ir até este ponto.

A linha branca apparece como uma linha fibrosa, sendo por vezes difficil de reconhecer. A incisão d'esta linha inspirava serios cuidados aos operadores antigos, por causa da proximidade a que se encontrava o peritoneu.

Franco, assim como os operadores que o imitaram, cortavam a parede abdominal á navalha de barba até á bexiga sem tomarem precaução alguma para não lesar o peritoneu, apenas o calculo lhes servia de guia. Depois procederam com mais prudencia: Cheseldeu recommenda ir cortando lentamente para não ferir o peritoneu, Scarpa serve-se para o mesmo fim da sonda canellada e Frere-Come emprega o bisturi tres quartos e o bisturi betonado. Belmas inventa o aponebrotomo com o mesmo fim. O aponebrotomo de Belmas, era um bisturi curvo betonado e cortante pela parte concava.

Todos estes instrumentos tinham por fim repellir o peritoneu adeante da lamina cortante na occasião em que se fazia a incisão da linha branca.

Depois todos estes instrumentos especiaes foram abandonados, e apenas se emprega a sonda canelada.

Chegados á linha branca, faz-se uma ligeira incisão ao nivel do bordo da symphise publica, e por ella se introduz a sonda canula que serve de guia ao bisturi, e em seguida, quando esta incisão dá lugar á passagem do dedo indicador, servimo-nos d'elle para repellir para cima o peritoneu e como guia para completar a incisão.

Cortada a linha branca e afastando os mus-

culos rectos, encontramos em presença do tecido cellulo-gorduroso previsical, que facilmente se reconhece pela côr amarellada característica.

Alguns cirurgiões não se contentavam só com esta incisão, proponham fazer outra transversal ao nível do pubis, cortando assim as fibras dos pyramidaes e musculos rectos n'uma extensão de 4 a 5 centímetros, com o fim de augmentar o campo operatorio e supprimir a contracção muscular.

No meio do tecido cellulo-gorduroso encontram-se as fibras *fascia transversalis* que algumas vezes são difficéis de reconhecer. Em alguns casos a bexiga faz hernia entre os labios de ferida, mas isto é raro; o meio de a reconhecer é pela palpação e quando haja alguma duvida eleva-se mais pela dilatação do balão rectal. Mas tratando-se d'uma bexiga pequena, retrahida, cuja distensão seja difficil, poderemos assegurar-nos da sua situação deprimindo com o bico da sonda a parede anterior da bexiga; é preciso proceder com cuidado porque as paredes da bexiga podem ser atravessadas pela sonda. De resto poucas vezes se lança mão d'este meio, pois a dilatação do recto é em geral bastante para produzir uma saliencia sufficiente da bexiga.

Depois de bem reconhecida e determinada

a sua situação procede-se á sua abertura. Antes de se usar o balão rectal, logo que se abria a bexiga, retrahia-se immediatamente, indo esconder-se atraz do pubis, o que prejudicava consideravelmente a extracção do calculo. Para obstar a este grave inconveniente propuzeram a fixação da bexiga. Assim, uns propunham fixal-a com pinças, outros com um fio metallico que se passava na parte inferior da bexiga para a fixar.

O professor Almeida fixava a bexiga com a unha do indicador que elle deixava crescer para esse fim; quando punccionava a bexiga introduzia immediatamente a unha do indicador na ferida da bexiga suspendendo-a.

Auger mandou construir um instrumento especial tendo a fórmula d'uma sonda, dentro da qual sahia uma cadeia chata cannelada na face superior, que vinha adaptar-se á parede antero-superior da bexiga.

Esta cadeia servia de conductor ao bisturi e fixava a bexiga. Com o balão rectal a fixação da bexiga tornou-se inutil.

Comtudo Guyon conserva sempre a bexiga suspensa por dois fios de seda applicados aos labios de incisão vesical.

Vejamos agora como devemos praticar esta incisão. Alguns auctores recommendavam punccio-

nar a bexiga ao nivel do pubis para evitar lesar o peritoneu, e levar depois a incisão de baixo para cima, pois a serosa abdominal fugiria adeante da lamina do bisturi se o dedo do ajudante não bastasse para a proteger; outros recommendavam cortar o tecido cellular prevesical com a sonda cannelada e ir laqueando as veias que se fossem encontrando, chegados á bexiga cortar camada por camada, laqueando as arteriolas que fossem apparecendo.

Uma e outra maneira de proceder teem o grave inconveniente de provocar, por vezes, hemorragias que prejudicam seriamente a operação, voltou-se portanto á pratica antiga. A bexiga é punccionada o mais acima possivel e prolonga-se depois a incisão de cima para baixo no comprimento de tres ou quatro centimetros, ou mesmo mais sendo preciso; é necessario ter o maior cuidado em não descer muito para o collo da bexiga para evitar as hemorragias.

Depois de cortada a bexiga, o operador introduz o dedo na ferida e explora a bexiga para se assegurar do volume e situação do calculo. Se o calculo é de pequenas dimensões, póde ser extrahido com o dedo, mas é raro, e a maior parte das vezes é necessario lançar mão das tenazes para proceder á sua extracção. Mas antes de agar-

rar a pedra é conveniente fazer-lhe executar alguns movimentos. A maior parte das vezes os calculos repousam sobre a face inferior da bexiga, tendo o maior diametro dirigido de deante para traz, parallelamente á incisão da bexiga. Para facilitar a sua extracção é preciso fazel-o occupar uma posição tal que o seu maior diametro seja perpendicular á incisão, e assim passará pela ferida segundo o seu menor diametro.

Depois de agarrado com os tenazes praticam-se tracções doces e lentas para alargar a ferida e evitar lacerações, e apesar d'estes cuidados não se podem por vezes evitar.

A sua extracção, mesmo na talha hypogastica, é algumas vezes difficil devido a differentes causas: adherencias, encastoamento e volume do calculo.

A adherencia é ás vezes extrema entre o calculo e a mucosa vesical, as fungusidades chegam a incrustar-se de tal maneira na intimidade do calculo que ha, por assim dizer, uma penetração reciproca do continente e do contheudo.

O encastoamento do calculo é tambem uma difficuldade para o ultimo tempo da talha. A maior parte das vezes a cavidade deixa-se dilatar, mas não succede sempre assim e por vezes é preciso recorrer ao desbriamento de cellula. Eu proprio

vi uma pedra extrahida pelo illustre operador dr. Guerra, que foi necessario proceder ao desbridamento da cavidade para ser extrahida.

O volume do calculo é algumas vezes causa de difficuldades na sua extracção. Quando as tentativas repetidas de tração auxiliadas pelo augmento da ferida vesical falharem, podemos recorrer á incisão dos pyramidaes, e quando ainda assim não podermos extrahir o calculo, teremos de fragmental-o. Na talha hypogastrica a fragmentação do calculo não tem os mesmos inconvenientes que na talha perineal; por um lado não ha necessidade de a levar tão longe, pois a ferida vesical dá passagem a fragmentos volumosos, e por outro a facilidade da exploração da cavidade vesical torna impossivel o ficarem fragmentos na bexiga.

Depois de extrahido o calculo exploramos a bexiga para ficarmos seguros de não conter mais pedra. Se notarmos que as paredes se acham incaustadas de materias calcareas, é prudente não as extrahir para evitar hemorragias temiveis, como por vezes se dão. Terminada esta exploração fazem-se grandes lavagens vesicaes com uma solução d'acido borico a 4 0/0 e em seguida procede-se á collocação dos tubos Perier-Guyon, para evitar a infiltração da urina. Mettem-se dois tubos de

caoutchouc, do calibre do dedo minimo approximadamente, um ao lado do outro; a extremidade que mergulha na bexiga deve ser munida de buracos e chegar até ao fundo da bexiga, e para isso, acompanham-se com o dedo á medida que se esvasia o balão rectal, e depois fixam-se cada um ao labio correspondente da ferida. Estes tubos devem ser sufficientemente compridos para passarem por cima do pubis e mergulharem n'um urinol collocado entre as coxas do doente, ou passarem por cima da parede abdominal e cahirem n'um reservatorio collocado fóra da cama do paciente. Em seguida reune-se a parte superior da ferida com dois pontos de sutura. Outra vantagem d'estes tubos é a possibilidade de fazer por um d'elles uma injeccão que saia largamente pelo outro; gosam assim do papel de siphão.

Depois de collocados os tubos e de estarmos certos do seu bom funcionamento, applicamos um penso de Lister; nos dias seguintes fazemos duas ou tres lavagens á bexiga com uma soluçãõ boricada, e mudaremos o penso se fôr molhado durante esta operação. Para evitar isto procederemos á lavagem empregando uma ligeira pressãõ.

Assim conservaremos pelo menos dez dias, tempo sufficiente para que o tecido cellular esteja condensado e a infiltraçãõ seja muito difficil.

Desde então collocaremos uma sonda de Nelaton na urethra, ainda para diminuir a passagem da urina pela ferida, e conservaremos esta sonda até á cura da ferida. Depois de a retirarmos procederemos ainda, se ha necessidade, a lavagens diarias e catheterismos.

É necessario não deixar levantar o doente senão depois da cicatrização completa, sob pena de vêrmos abrir-se novamente a ferida.

Graças a estas precauções a talha hypogastrica tornou-se uma operação mais facil e segura.

## ACCIDENTES

**Q**UANTO aos accidentes que pertencem especialmente á talha hypogastrica é necessario dividil-os em duas classes: os accidentes operatorios e os accidentes consecutivos. Pertencem aos primeiros: ferida do peritoneu e hemorragias; e os segundos: peritonite, infiltração d'urina e fistulas.

**Ferida do peritoneu.**— Evitar este accidente foi a preocupação dos cirurgiões de todos os tempos, e nós vimos como a dilatação da bexiga auxiliada com o balão de Petersen põem o peritoneu ao abrigo de ser attingido; e quando o seja será isso antes defeito do operador do que da operação. Este accidente é ainda menos para temer com o chloroformio, que permite immobilisar os doentes por completo, o que difficilmente se obtinha antes

do emprego dos agentes anesthetics. Não é pois um perigo para temer como antigamente se dizia.

A ferida do peritoneu é sempre inquietante mas não arrasta fatalmente a morte. Quando se produz este accidente, o que é rarissimo, somos advirtidos pela sahida do epiplon e d'uma parte do intestino; desde então é preciso segurar e proteger a massa intestinal, e suturar a ferida peritoneal depois de extrahido o calculo.

Vemos pois que a ferida do peritoneu é rarissima, e não é necessariamente fatal.

**Hemorrhagia.** — É muito rara na talha hypogastrica, como se deprehe de a anatomia da região. A presença na parte anterior da bexiga d'um plexo venoso abundante, póde produzir uma certa quantidade de sangue, tanto mais que o balão rectal levantando a bexiga arrasta com ella o collo que assim fica mais debaixo da mão do operador, mas nós indicamos como deve proceder-se á incisão para evitar uma grande hemorrhagia. Comtudo quando este accidente se produz, se não arrasta fatalmente á morte é sempre muito grave. Assim devemos ter o maior cuidado em não descer muito a incisão.

São os unicos accidentes operatorios da talha hypogastrica.

Dos accidentes consecutivos, aquelles que mais receio inspiram, são a peritonite e a infiltração da urina.

**Peritonite.**—A peritonite resulta da ferida do peritoneu ou d'uma inflammação da visinhança que se propaga á serosa. Este accidente é muito raro. A inflammação da visinhança localisa-se; mas quando se propaga apparecem todos os caracteres da peritonite traumatica.

O tratamento não apresenta nada de especial, é o mesmo que o de toda a peritonite.

**Infiltração da urina.**—Era um accidente realmente para temer antes do emprego dos tubos Perier-Guyon, que evitam a passagem da urina pela ferida. A isto é necessario juntar certas precauções antisepticas: lavagens frequentes com a solução d'acido borico a 4 0/0. Em geral estes meios previnem a infiltração, mas quando se produz somos quasi impotentes contra ella.

A fistula é tambem rara e nunca se conserva por muito tempo.

## VANTAGENS DA TALHA HYPOGASTRICA

**A** MAIORIA dos cirurgiões concordavam nas vantagens da talha hypogastrica, repudiando-a sómente pelo receio de ferir o peritoneu e da infiltração urinosa.

Logo que estes dois argumentos foram destruidos, foi a talha de Franco chamada a substituir as differentes talhas perineaes; pois se tem accidentes que lhe são proprios tem incontestavelmente grandes vantagens: Simplicidade e rapidez, via larga para a extracção dos calculos, exploração facil da cavidade vesical. São na realidade vantagens consideraveis.

Quando a lithotricia se fazia por secções curtas, mas repetidas e sem chloroformio, exitavam

os operadores em pratical-a em presença d'um calculo de volume medio, exitação aliás justificada, pois a lithotricia tinha n'estas condições serios inconvenientes. Ainda que houvesse habilidade e destreza no operador, era quasi impossivel no espaço de poucos minutos levar a fragmentação do calculo tão longe que não houvesse inconveniente em deixar os fragmentos na bexiga; uns volumosos e cortantes lesavam a mucosa vesical e agravavam ainda a cystite, outros menos volumosos engasgavam-se na urethra e provocavam dôres violentas e accessos de febre urinosa. Assim perante estes accidentes os cirurgiões optavam pela talha perineal quando se tratava d'um calculo de volume medio.

Mas depois do emprego do chloroformio, fazem-se sessões prolongadas e o calculo fica de tal maneira fragmentado que não fere a bexiga nem a urethra. O lithotridor tornou-se, desde então, um instrumento poderoso, que triumphava mesmo de calculos volumosos.

O dominio da lithotricia é hoje consideravel e apenas se procede á talha para calculos de grande volume. Ora para obtermos pelo perineo caminho que dê passagem a calculos volumosos, é necessario que a prostata se deixe cortar e dilatar; mas em geral nos calculosos e prostata é indurecida,

hypertraphiada e resiste á incisão assim como á distensão.

Seria portanto impossivel extrahir calculos volumosos por este processo. O que nos restava pois? Ou proceder a largas incisões ou á fragmentação do calculo; mas uma e outra coisa é perigosa. As grandes incisões expõem a hemorragias graves, á phlebite e infiltração da urina.

A fragmentação é egualmente perigosa. Os calculos volumosos são difficeis de fragmentar e mesmo de agarrar, além d'isso é preciso fragmental-os sufficientemente, para que os fragmentos volumosos e cortantes não vão lesar o canal vesico-prostatico; e d'ahi a necessidade de manobras repetidas e violentas. Outro inconveniente ainda é a possibilidade de deixar alguns fragmentos na bexiga, pois que a exploração do reservatorio urinario não póde ser completa.

Póde mesmo a prostata do calculoso apresentar uma disposição tal que não só seja impossivel extrahir o calculo, embora de pequeno volume, mas até total-o. Eu tive occasião de o observar n'um doente operado pelo illustre operador Dr. Augusto Sebastião Guerra. A prostata apresentava um diverticulo tal que cobria o calculo de fórmula que, apesar de repetidas explorações, foi difficil tocar o calculo de maneira a

poder ficar seguro da sua existencia como ha tantos mezes se manifestava. Além d'isso os accidentes operatorios e consecutivos indicados, são mais para temer na talha perineal, que justamente foi substituida com grande vantagem pela talha hypogastrica.

## PROPOSIÇÕES

**Anatomia** — Nem sempre o fundo-de-sacco de Douglas sobe gradualmente.

**Histologia** — O nucleo da cellula tem propriedades oxydantes.

**Physiologia** — É possivel reconstituir um osso no todo ou em parte.

**Pathologia geral** — A lithiase biliar é uma doença infecciosa.

**Anatomia pathologica** — Na maioria dos casos de necrose do tecido adiposo, devemos procurar a perturbação primitiva n'uma doença do pancreas.

**Materia medica** — As injeccões de lecithina teem um grande poder reconstituente.

**Pathologia externa** — Reprovo a ablação do cancro molle como methodo de tratamento.

**Operações** — A lithotricia só deve ser seguida para calculos molles.

**Pathologia interna** — A splenalgia é um symptoma pathognomonic da Chlorose.

**Hygiene** — As altitudes augmentam a taxa d'hemoglobina.

**Medicina legal** — A steatose hepatica é symptoma de valor no diagnostico de intoxicacão phosphorada.

**Obstetricia** — Na gravidez extra-uterina a intervençãõ cirurgica deve ser precoce.

---

**Póde imprimir-se**

O Director,  
Moraes Caldas.

**Visto**

O Presidente,  
Alfredo de Magalhães.

