

N.º 7
Eduardo Gonçalves de Mattos

BREVE ESTUDO

SOBRE

A Oclusão Intestinal

E SEU TRATAMENTO

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



GAYA

Typ. de Francisco Martins Barboza
Rua do General Torres, 32

1895

78/7 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO-DIRECTOR

DR. WENCESLAU DE LIMA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGÉ

CORPO DOCENTE

Professores proprietarios

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva geral	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira—Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria	Pedro Augusto Dias.
6. ^a Cadeira—Partos, doencas das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira—Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica	Eduardo Pereira Pimenta.
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica	Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia	Ricardo d'Almeida Jorge.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
Pharmacez	Nuno Dias Salgueiro.

Professores jubilados

Secção medica	{ José d'Andrade Gramacho.
	{ Dr. José Carlos Lopes.
Secção cirurgica	Visconde de Oliveira.

Professores substitutos

Secção medica	{ João Lopes da Silva Martins.
	{ Vaga.
Secção cirurgica	{ Candido Augusto Correia de Pinho.
	{ Roberto Belarmino do Rosario Frias.

Demonstrador de Anatomia

Secção cirurgica	Vaga.
----------------------------	-------

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação o enunciadadas nas proposições.

(*Regulamento da Escola*, de 23 d'abril de 1840, art. 155.º)

Á MEMORIA

DE

MEU PAI

A

MINHA IRMÃ

E

MEUS IRMÃOS

A MINHA TIA

D. Anna Rodriguez de Mattos

A MINHA PRIMA

A. Anna R. da Silva Mattos

A MEU TIO E PADRINHO

Domingos Gonçalves de Mattos

E SUA ESPOSA

A MEU CUNHADO

Alexandre Brandão

A MEU PRIMO

José Gonçalves da Silva Mattos

E SUA ESPOSA

AOS MEUS AMIGOS

E EM ESPECIAL A

Antonio A. d'Oliveira Martins

Antonio C. Portugal

Antonio J. Rebello

Augusto Gomes

Henrique Brandão

José P. Soares Pinto

Wenceslau Pedro da Silva

AO MEU DIGNO PRESIDENTE

O Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Sr.

DR. AGOSTINHO ANTONIO DO SOUTO

A idea d'este trabalho foi-nos suggerida por dois casos observados na enfermaria do nosso illustre professor snr. dr. Azevedo Maia.

Tivemos a felicidade de vêr praticar duas laparotomias devido a oclusão intestinal; estas observações e mais algumas que lêmos servir-nos-hão para estabelecer as conclusões da nossa these.

A oclusão intestinal tem dado logar n'estes ultimos annos a numerosos trabalhos, que alguma luz tem lançado n'alguns dos seus pontos mais obscuros; mas apezar d'isto, podemos dizer com o professor Le Fort que a oclusão intestinal, impõe á sagacidade do medico e do cirurgião um problema cuja solução é bastante difficil.

Não pretendemos fazer um estudo profundo da questão: falta-nos tempo e principalmente a competencia necessaria para um trabalho d'esta natureza.

Comtudo, na medida das nossas forças, expo-

remos o mais succintamente possível e despretenciosamente, o nosso modo de vêr sobre o assumpto.

Demorar-nos-hemos no capitulo que diz respeito ao tratamento, não deixando, todavia, de reconhecer que é necessario recordar a etiologia, a symptomotologia e o diagnostico para podermos discutir mais facilmente os diversos modos de tratamento usados hoje.

DEFINIÇÃO

Sob nome de oclusão intestinal, Masson, na sua these inaugural, reuniu todos os casos em que a cavidade do intestino se encontra obstruída por corpos vindos do exterior ou desenvolvidos no interior da propria cavidade. Dá a esta palavra uma acceção geral e estuda sob este titulo todos os casos em que existe um obstaculo completo a que as materias intestinaes e os gazes sigam curso em sua direcção natural.

Os nomes de ileus, volvulo, estrangulamento interno, colica de miserere, invaginação, passio, iliaca, etc., tem o defeito de considerar só uma parte do assumpto, indicam uma causa proxima da oclusão, mas não se referem a todos os casos de obliteração accidental do intestino.

ETIOLOGIA

As causas da oclusão intestinal são numerosas, e por isso é importante conhecê-las sob o ponto de vista do tratamento a instituir nas diferentes variedades que se podem apresentar.

Varias classificações se tem proposto das causas da oclusão: mas nós admittimos a de Peyrot, que tem a vantagem de quadrar perfeitamente a certas indicações therapeuticas.

Peyrot divide os causas da oclusão em quatro classes:

1.^a) Vícios de posição. Entram n'esta, a invaginação, as curvaturas e as torsões do intestino.

2.^a) Comprehende os estrangulamentos e as compressões, os aneis de hernias intra-abdominaes, os orificios accidentaes, os nós diverticulares, as compressões largas exercidas por tumores do abdomen, as compressões estreitas produzidas por bridas peritoneaes, etc.

3.^a) É constituída pelas obturações provocadas por corpos diversos contidos na cavidade intestinal. A accumulação de materias fecaes no cœcum e no intestino grosso, as concreções intestinaes ou enterolithos, os calculos biliares, as escuridades lombricoides reunidas em grande numero, os corpos estranhos introduzidos no rectum e os que chegam até á cavidade intestinal sem ter sido destruidos pelos acidos do succo gastrico, pódem desempenhar o papel de corpo obturador.

4.^a) Descrevem-se n'esta classe os apertos produzidos quer por uma alteração pathologica da parede, quer por um espasmo dos seus musculos.

Os apertos pódem tambem ser congenitos.

A intervenção será differente conforme o obstaculo que se tem de remover pertence a uma ou outra das classes indicadas.

A *invaginação*—é a causa mais frequente da oclusão intestinal.

Benjamin Philips, na sua estatistica, dá em 100 casos d'occlusão, 37 invaginações: vê se, pois, que esta especie constitue mais de um terço dos casos: Duchaussoy em 100 casos d'occlusão, observou 26 invaginações: proporção menor: mas o author não conta os casos d'occlusão nas creanças, em que a invaginação é frequente principalmente no primeiro anno. Em 40 casos reunidos por Ribbing, 19 pertencem ao primeiro anno, 10 ao segundo e 3 a creanças de mais idade.

Para alguns o intestino delgado é a sède mais frequente da invaginação: para outros é o intestino grosso. Bulteau em 703 casos viu que ella foi 392 vezes ile-cœcal ou ileo colica. Leicheustern em 100 invaginações encontrou 44 ileo-cœcaes, 18 puramente colicas, 8 ileo-colicas e 30 só de ileon.

Consiste a invaginação na penetração de porção de intestino n'uma outra que lhe é superior ou infe-

rior; geralmente o sentido da penetração é o que percorre as materias fecaes, isto é, de cima para baixo: invaginação descendente ou progressiva; mas pôde acontecer que o sentido da penetração se dê em sentido inverso, isto é, de baixo para cima constituindo a invaginação ascendente ou retrograda.

Cruveilhier descreve na sua Anatomia pathologica as relações invariáveis das diversas porções do intestino invaginado. O intestino representa, nos casos de invaginação descendente, trez cylindros encaixados uns nos outros: de plus externe, appartenant à la partie inferieure de l'intestin, constitue «la gaine. Il se continue au niveau d'un pli circulaire, le collier, qui le termine brusquement avec le «cylindre moyen. Celui-ci, logé son le precedent, se «replie lui-meme après un trajet plus ou moins «long, formant ainsi un nouveau pli circulaire et un «nouvel orifice, libre, arrondi et muqueux (orifice «intestinal). Portant de ce point, le troisieme cylindre «remonte vers la partie superieure de l'intestin et se «continue avec elle.»

O mesenterio encontra-se entre as duas serosas encostadas, e como está fixo atraz, exerce sobre o intestino uma tracção mais ou menos inergica que diminue o seu calibre e o reduz a uma simples fenda.

A parte do intestino invaginada, comprimida pela parte invaginante, congestiona-se, tumefaz-se e inflama-se; formam-se adherencias entre as duas porções da serosa peritoneal, e este trabalho inflammatorio pôde dar logar a terminações differentes. Algumas vezes em seguida a phenomenos phlegmasicos ou a accidentes peritoneaes e gastro-intestinaes, a invaginação torna-se chronica, resultando um aperto do calibre do intestino, que mais tarde pôde ser a causa da oclusão. Pôde mesmo haver gangrena da porção invaginada, precedida de oedema e injectão das suas

paredes, resultado de peritonite parcial, do que provirão adherencias bastante fortes.

Póde vêr-se, então, as partes mortificadas eliminadas com a sua préga mesenterica ser rejeitadas pelo anus. Se as neo-membranas são bastante resistentes para prevenir a perforação intestinal, a cura é possível. Mas póde acontecer que a inflamação e a gangrena não se limitem sempre á ausa invaginada, e então sobreveem os accidentes consecutivos a uma perforação intestinal ou a uma peritonite aguda.

Volvulo e torsões — Consiste o volvulo na torsão d'uma ansa intestinal em volta d'um eixo formado pelo mesenterio ou pelo meso-colon. A situação das duas extremidades da ansa intestinal encontra-se completamente invertida, de modo que o curso das materias fica suspenso pela pressão do mesenterio sobre o intestino.

Uma porção de intestino é tanto mais exposta ao volvulo quanto o seu mesenterio é mais alongado. A disposição do mesenterio póde ser congenital, mas geralmente é adquirida; o que acontece para o Siliaco, quando, em seguida a uma constipação habitual, está cheio de materias pesadas que tendem a cahir nas partes declives produzindo pouco a pouco um alongamento do meso-colon.

Ao lado do volvulo é preciso mencionar duas outras variedades de deslocamentos que pódem dar origem a oclusão intestinal. 1.^a) O enterlaçamento de duas porções separadas do intestino, assim como o enrolamento d'uma porção de intestino em volta d'uma outra ansa ou mesmo d'um grupo de ansas intestinaes. 2.^a) Vê-se algumas vezes, tambem, a torsão d'uma ansa em volta do seu eixo, e como consequencia o alongamento ou ruptura do mesenterio; esta variedade só se encontra no cœcum e no colon ascendente.

A maior parte dos casos de volvulo produzem-se

no fim da idade adulta ou na velhice; no entanto Leichteustern cita um caso de volvulo do Siliaco n'uma creança de 10 annos.

As *curvaturas* consistem na flexão permanente do intestino sobre o seu bordo mesenterico; dão lugar á formação d'um esporão, saliente na cavidade intestinal e perpendicular ao seu eixo. Geralmente, são o resultado da adherencia das duas partes d'uma ansa, ou d'um ponto do bordo convexo do intestino, quer á parede abdominal, quer a um órgão visinho; a parte fixa encontrando-se immovel, não póde seguir as mudanças de posição do resto do intestino, de modo a estabelecer-se uma inflexão angular cujo vertice corresponde ao ponto adherente.

Algumas vezes as *curvaturas* são consecutivas á redução d'um estrangulamento herniario, quando, pelo facto de adherencias, a ansa conserva a posição que tinha no sacco. Tal é o caso que Nicaise communicou á Sociedade de Cirurgia, em que um doente depois de ter sido operado d'uma hernia estrangulada, succumbiu aos phenomenos d'occlusão; na autopsia encontrou-se as duas partes da ansa, reunidas por adherencias; o esporão produzido pela curvatura, não tinha permittido o restabelecimento do curso das materias fecaes.

As *compressões*, constituem com a invaginação uma das causas mais communs da occlusão. Pódem ser exercidas por órgãos normaes ou por tumores intra-abdominaes. A gravidez dá algumas vezes origem á occlusão intestinal, assim como kistos do ovario, corpos fibrosos do utero, o utero em rétroversão, os hematoceles peri-uterinos, kistos hydaticos do figado, do baço, do rim e tumores prostaticos. O intestino póde ser comprimido pelo baço deslocado da sua posição normal, pelo figado, por aneurysmas da aorta abdominal, por abcessos da fossa iliaca, etc. Em todos estes casos, as perturbações funcionaes appare-

cem lentamente, a constipação, rebelde durante varios dias, cessa algum tempo produzindo-se uma *debade* que dá ao intestino uma permeabilidade passageira. Mas pôde acontecer que a porção do intestino comprimida se altera, dando lugar a uma perforação intestinal e como consequencia uma peritonite mortal.

As causas que acabamos de citar exercem pressão sobre uma larga superficie: mas o intestino pôde ser comprimido por um laço, por uma especie de *annel constrictor* produzindo um estrangulamento propriamente dito. Este estrangulamento pôde-se fazer atravez d'um orificio natural, como se nota para as hernias do ligamento largo, a hernia diaphragmatica, a hernia retro peritoneal, na qual uma porção consideravel do intestino se estrangula no hiato de Winslow. Mas a oclusão é a maior das vezes causada por bridas peritoneaes ou epiploicas que formam uma rede nas malhas da qual o intestino vem introduzir-se. Estas bridas são o resultado de peritonites anteriores.

Ao lado d'estes factos, collocam-se naturalmente os estrangulamentos por diverticulos intestinaes, que são quasi sempre vestigios do canal *omphalomesenterico*.

O diverticulo de Moeckel, por exemplo, pôde apresentar um comprimento tal que forma nós solidos apertando o intestino.

O diverticulo não determina sempre o estrangulamento pelo processo do nó; pôde estar fixo pela sua extremidade, por adherencias anormaes, ao mesenterio, ao intestino, á parede abdominal, e constituir com estas partes um *annel* de estrangulamento.

O *appendice vermiforme*, pela sua adherencia anormal ou ao *cœcum*, ou a órgãos visinhos, pôde actuar como uma brida.

As *obturações*, são d'origem variavel; algumas, são constituidas por corpos extranhos á economia e

introduzidos no tubo digestivo por uma das suas extremidades; outras, teem o seu ponto de partida na economia.

Os corpos indigestos, absorvidos em grande quantidade, pódem accumular-se no intestino grosso, principalmente no cœcum, e determinar uma suspensão no curso das materias fecaes. Os corpos introduzidos pelo anus, só quando são volumosos é que podem produzir uma obstrucção completa. Os calculos biliares, intestinaes, quando adquirem grande volume pódem desempenhar o papel de corpos obturadores. As materias fecaes, duras e accumuladas nas diversas partes do intestino grosso, podem-se considerar como verdadeiros corpos extranhos; umas vezes, obstruem directamente a porção do intestino que occupam; outras pela pressão que exercem sobre as outras partes do tubo intestinal.

Na maior parte d'estes casos não se trata d'uma simples obstrucção mecanica; a causa determinante da oclusão deve ser uma alteração da fibra muscular produzindo perturbações dynamicas no funcionamento do intestino.

Na realidade, esta variedade de obstrucção intestinal, como diz Thibierge, não entra por completo na classe das oclusões por obstaculo mecanico, mas estabelece uma especie de transição entre estas, e as oclusões sem obstaculo.

Ainda podemos fazer menção dos polypos intestinaes que podem dar origem á oclusão, quer directamente pelo seu volume, quer pela invaginação que pódem provocar.

Os *apertos* formam, como dissemos a quarta classe; pódem ser spasmodicos (ileus nervoso, passio iliaca), casos muitos raros, mas, no entanto, verificados por Jaccoud e Dieulafoy.

O apêrto é causado por uma alteração das paredes do intestino; quasi sempre, nos casos de neoplas-

ma, a sêde do apêto encontra-se na parte terminal do tubo digestivo, no intestino grosso e particularmente no rectum.

Na generalidade dos casos os symptomas d'occlusão estabelecem-se lentamente; na descripção dos phenomenos d'occlusão intestinal chronica, demorar-nos-hemos mais sobre este assumpto.

Pódem dar origem a apêtos, as ulcerações causadas pela febre typhoide, pela dysenteria, pela syphilis, etc.

Emfim, existe uma variedade de apêtos que teem a sua sêde ou no intestino delgado ou no rectum, mas a sua origem é um vicio de conformação congenital.

SYMPTOMAS

As manifestações symptomaticas e a marcha da occlusão intestinal apresentam-se sob dois aspectos distinctos; umas vezes, os accidentes apparecem bruscamente, e a doença reveste desde o principio, character d'uma gravidade extrema que se accentua rapidamente: é a *occlusão aguda*. N'outras, pelo contrario, os accidentes apresentam-se de maneira irregular e com uma evolução lenta; é a *occlusão chronica*.

Occlusão aguda—a *dôr* é o symptoma inicial que nunca falta n'esta forma; apparece bruscamente sem causa apparente e com uma violencia extrema; ao principio localisada n'uma região determinada do abdomen, depressa se generaliza e augmenta de intensidade, o menor movimento e o mais leve contacto exaggeram-n'a; algumas vezes é tão violenta que segundo Le Fort pôde produzir a morte.

Alguas vezes a *dôr* não é tão brusca, tão intensa; é mais surda e não desperta tanto a attenção do medico.

Bem depressa, apparecem novos symptomas,

nauseas, vomitos, que, ao principio alimentares, tornam-se mucosos, biliosos e por ultimo fecaloides; são incoerciveis e abundantes, ou ás vezes com intervallos mais ou menos longos; os alimentos e as bebidas pódem ser vomitadas após a sua ingestão ou só passado algum tempo. Estes ultimos phenomenos são constantes e concomitantes nos casos d'occlusão; resultam d'um novo symptoma que é a *constipação*, que é rebelde e resiste aos purgantes mais energicos; precede algumas vezes a dôr, sempre os vomitos; só completa ao fim do segundo ou terceiro dia, quando o tubo digestivo se esvasiou completamente. A partir d'este momento, obstaculo ao curso das materias fecaes e dos gazes, completo, é um signal, dos mais importantes para levar-nos immediatamente ao diagnostico d'occlusão.

O ventre, ao principio retrahido, abaula-se pouco a pouco; o meteorismo torna-se excessivo, e por vezes, atravez da parede abdominal distendida, desenhnam-se as ansas intestinaes dilatadas pelos gazes e pelas materias fecaes. O ventre é sonoro; o diafragma impellido para cima e o alargamento dos espaços intercostaes, difficultam a respiração.

As urinas tornam-se raras, principalmente se o obstaculo tem a sua séde perto do estomago; alguns medicos dão grande importancia ao apparecimento da anuria, a qual sob o ponto de vista do diagnostico indicaria que os liquidos não pódem ser absorvidos, e que, por consequencia, o obstaculo tem a sua séde na extremidade superior do intestino.

Os symptomas geraes veem em seguida completar este quadro clinico; quer se trate d'um volvulo ou d'um estrangulamento por brida ou diverticulo, os filetes nervosos mesentericos e intestinaes são irritados: irritação, que se reflecte não só sobre o systema sympatico abdominal, mas tambem sobre o bôlbo e a medulla; o doente cahido em torpôr; perde

rapidamente as forças: tem o facies pallido, os olhos profundamente excavados, os labios cyanosados; phenomenos muitas vezes acompanhados d'uma dyspnea que nenhuma lesão pulmonar pôde explicar. A pelle está fria, enrugada, a respiração fraca, a voz quasi apagada, e um soluço persistente vem ainda augmentar os soffrimentos.

O pulso é frequente, mas pequeno, depressivel, irregular por vezes. Não só a apyrexia é quasi sempre completa, mas pôde-se mesmo observar hypothermia.

No ultimo periodo as dôres e os vomitos desaparecem, e o doente cahe n'um colapso profundo, cuja causa está, certamente, na reabsorção dos venenos intestinaes.

Esta marcha rapida da doença é constante nas oclusões agudas; a duração pôde variar de dois, trez ou quatro dias, a quatro ou cinco semanas; entretanto a duração média é de seis a oito dias.

A *occlusão intestinal chronica* principia lentamente; ás vezes é iniciada por uma serie de phenomenos que parecem pertencer ao que Hember descreve sob o nome de septicemia intestinal.

N'este estado, predominam as perturbações digestivas, sem caracteres defenidos, taes como dyspepsia, flatulencia e uma constipação mais ou menos rebelde alternando muitas vezes com periodos de diarrhea. Nas materias fecaes pôde-se observar certas mudanças de forma bastante caracteristicas: são delgadas, achatadas algumas vezes e como que passadas pela fieira: mas em seguida reduzem-se a pequenas massas isoladas e arredondadas; as difficuldades na defecação bem como as perturbações digestivas augmentam; ao mesmo tempo que a constipação tende a tornar-se invencivel e que o ventre se deixa abaular pela distensão gazosa do intestino, apparecem os vomitos,

A marcha dos accidentes pôde prolongar-se durante varias semanas, interrompida por uma serie de remissões que se não devem tomar como curas certas; com effeito, a obstrucção não tarda a reapparecer, accentuando-se cada vez mais; as *debacles* vão-se tornando mais raras, e quando se reproduzem sahe esgotado de cada nova crise. Pode, emfim, sobrevir uma nova oclusão aguda com todos os seus symptomas, ou uma perforação intestinal e uma peritonite aguda dando logar a accidentes rapidamente mortaes.

N'alguns casos pôde o doente curar-se pela expulsão espontanea d'um tumor estercoral, ou pela evacuação d'um corpo extranho ou segmento de intestino gangrenado; mas não se deve depositar muita confiança n'estas curas naturaes.

Resulta, pois, do que temos exposto, que o *prognostico* é muito sombrio, quasi sempre fatal, quando a doença é abandonada a si mesma. N'alguns casos a oclusão sendo occasionada por corpos extranhos ou por agglomeração de materias fecaes, sob a influencia do tratamento medico pôde desaparecer. A sciencia relata um certo numero de curas espontaneas de invaginações intestinaes; o mecauismo é sempre o mesmo; a parte invaginada gangrena-se, os cylindros interno e externo encostam de modo, a restablecer o calibre do intestino, e a parte esphacelada sahe pelo anus com as dejeccões.

Emfim, algumas vezes, consecutivamente a uma perforação intestinal, sobrevém uma peritonite localisada e em seguida um anus contra natura. São verdadeiras excepções com que o cirurgião não deve contar.

DIAGNOSTICO

O primeiro cuidado do cirurgião em presença d'um conjuncto symptomatico semelhante ao que acabamos de descrever, é praticar a exploração minuciosa e repetida de todas as regiões em que as hernias abdominaes se possam apresentar. Esta questão é na realidade das mais importantes e por duas razões; primeira: é preciso uma attenção minuciosa para não deixar escapar uma hernia, quer intersticial, quer abdominal; segunda a presença d'uma massa *herniada*, mas não estrangulada, expõe o cirurgião a praticar uma operação cujo resultado não attinge o fim que tem vista, porque o ponto que vae atacar não é a origem dos accidentes. Assim, Massou na sua these inaugural, cita um caso em que se tinha diagnosticado uma oclusão intestinal intra-abdominal; a autopsia revelou uma hernia crural estrangulada.

lada. Perier, em 1873, communicou á Sociedade de Cirurgia de Paris, um caso em que um estrangulamento interno tinha simulado uma hernia umbilical estrangulada; e como estes, mais casos ha registados na sciencia.

As hernias obturadoras pôdem tambem dar lugar a erros de diagnostico; tendo isto em vista, alguns authores insistem sobre os phenomenos dolorosos que ellas produzem sobre o trajecto do nervo obturador e dos nervos cruraes; mas, segundo Peyrot, o erro não tem grande importancia; ha certas hernias obturadoras muito pequenas que pôdem originar verdadeiros estrangulamentos internos.

Geralmente não é difficil distinguir a oclusão intestinal d'outras affecções abdominaes; assim, uma crise violenta de colicas hepaticas com seus vomitos e principio rapido, pôde despertar por um momento a idéa d'uma oclusão do intestino; mas a ausencia de abaulamento do ventre, de suspensão de materias fecaes e gazes pelo anus, a sède precisa da dôr ao nivel da vesicula biliar sobre o bordo externo do musculo recto e algumas vezes os commemorativos farão dissipar todas as duvidas. As mesmas considerações são applicaveis a uma crise de colica nephretica de origem calculosa ou d'outra natureza.

Os envenenamentos tambem teem simulado o estrangulamento interno, mas, além d'outros elementos, os signaes de envenenamento são antes os de uma gastro-interite toxica. O erro inverso tambem tem sido commettido; nos Archivos Geraes de Medicina veio relatado um caso medico-legal em que o estrangulamento interno foi tomado por um envenenamento.

Se n'estes casos podemos diagnosticar a causa real dos accidentes, o mesmo não acontece, infelizmente, para os factos de que nos vamos occupar, nos quaes o diagnostico está cercado de taes diffi-

culdades, que as causas d'erro são muito frequentes. Queremos fallar das peritonites agudas e principalmente das peritonites por perforação.

As peritonites agudas dão logar, por paralyisia da tunica muscular e pela producção rapida e intensa de gazes, a uma inercia intestinal completa, resultando verdadeiros pseudo-estrangulamentos.

Com relação ás peritonites por perforação, podemos exemplificar o seguinte caso; um individuo gozando apparentemente boa saude, é accommettido sem accidentes percussores, nem lesões visceraes conhecidas por todos os signaes d'um estrangulamento interno. A gravidade dos symptomas decide o cirurgião a intervir; o que póde observar? um peritoneo inflamado ou cheio de pus: o doente succumbe, e a autopsia revela lesões variaveis consistindo na maioria dos casos em perforação dos órgãos abdominaes. E para mostrarmos a identidade absoluta d'estes dous quadros clinicos, transcrevemos uma observação de Henrot que vem citada na these d'aggregação de Peyrot.

«Homme de 42 ans, à bonne sauté habituelle; «trois jours avant son entrèe, il a etè pris de coliques «très vives, qui l'ont obligé à s'arreter.

«Quand il entre à l'hospital, les douleurs sont très «intenses il n'y a pas en de selles. Ventre tendu, «ballonè très sonore; la douleur est surtout marquè «dans la fosse iliaque. Le ventre n'est pas deformè, «pas plus saillant d'un côté que de l'autre. Le mala- «de ne rend pas de gaz; renvois gazeux d'odeur «desagrèable. Pas de hernie.

«Le lendemain pas de garde-robe; apparition de «vomissements de materie jaunâtre biliense.

«Puis successivement, délire, sueurs, fièvre, «vive, respiration accelerèe. L'operation etait décidèe «pour le lendemain. Le malade meurt dans la nuit.

«A l'autopsie, péritonite generalisèe, perforation

«de la vesicule biliaire, et issue de huit à dix calculs «enkistés entre la visicule et le côlon.

A identidade d'estes signaes tem sido tal, que em varios casos a operação tem sido praticada. Mas n'estas circumstancias, esta não é um facto grave, porque ser hoje pratica corrente no tratamento das peritonites pela laparotomia. Comtudo para evitar erros, alguns signaes differenciaes ha que adquirem certa importancia. Assim, em favor da peritonite por perforação, temos:

1.º) Pouca duração da localisação da dôr. Nas duas affecções, existe um ponto em que a dôr é espontanea e o abdomen bastante sensivel: mas a sua generalisação seria muito mais rapida no estrangulamento; pela pressão é mais pronunciada na peritonite.

2.º) Meteorismo—Na peritonite, a distensão do abdomen é uniforme, o que já não succede nos estrangulamentos de natureza mecanica em que a distensão fica limitada a uma região resultando uma deformação irregular do ventre. Além d'isto, o abaulamento e tympanite attingem um desenvolvimento mais consideravel na obstrucção verdadeira.

3.º) A *Constipação* não é tão absoluta como na oclusão. Na peritonite tem-se observado a sahida de gazes, e em alguns casos, diarrhea, mas só no ultimo periodo.

4.º) Vomitos biliosos e não fecaloides. São constituidos por um liquido escuro esverdeado, turvo, depositando materias viscosas e flocos escuros. Estes vomitos são, com effeito, intermediarios entre os vomitos verdes e os vomitos fecaloides.

Mas, além d'estes phenomenos distinctivos, outros existem que apresentam um character mais preciso.

Com effeito, o *arrepio* quasi nunca falta na peritonite, o que se não observa na oclusão intestinal,

A *temperatura* differe completamente nas duas affecções: na peritonite eleva-se sempre chegando mesmo a attingir 41.º; na oclusão a temperatura baixa ou pelo menos não passa da normal, como já dissemos; se algumas vezes se observa hyperthermia é porque existe certamente spachelo do intestino ou perforação intestinal.

O pulso, observado com cuidado, encontra-se pequeno e frequente desde o principio da peritonite; na oclusão não succede o mesmo.

Vê-se, pois, de quantas difficuldades está cercado o diagnostico: difficuldades que augmentam se a peritonite vem complicar a oclusão. As dôres tornam-se mais intensas, os vomitos mudam de character; mas seguindo com attenção, desde o principio a marcha da temperatura e outros phenomenos, poderemos determinar com alguma certesa a sua causa occasional.

Tem-se publicado observações de oclusão intestinal simulando um ataque de cholera. E' certo que, se a diarrhea vem a faltar no cholera, não temos mais signaes distinctivos entre estas duas affecções: mas isto é muitissimo raro.

Se o diagnostico geral apresenta algumas difficuldades, estas augmentam no que diz respeito á natureza e sòde do obstaculo. D'estes dois pontos, o segundo pôde muitas vezes ser reconhecido: mas o primeiro fica quasi sempre obscuro: vejamos se d'alguma fórma se pôde reconhecer um e outro.

Diagnostico da natureza do obstaculo—Já dissemos que, sob o ponto de vista clinico, a oclusão intestinal pôde revestir duas fórmas: a fórma aguda e a fórma chronica.

Pondo de parte as imperforações congenitas do anus e do rectum, cujo diagnostico é evidente, podemos classificar n'uma das trez classes seguintes, as diversas variedades da oclusão intestinal de mar-

cha aguda: *invaginação, volvulo e estrangulamento interno*. Vamos vêr se é possível distinguir clinicamente os factos pertencentes a cada uma d'estas classes.

A invaginação póde ser reconhecida pelos seguintes symptomas; os phenomenos d'occlusão são geralmente incompletos: o abaulamento do ventre pouco pronunciado; ha algumas vezes dejecções sanguinolentas constituidas por uma mistura de muco e sangue e por vezes acompanhadas de tenesmo; a palpação do abdomen permittirá, na maioria dos casos, constatar a presença d'um tumor movel e doloroso á pressão.

A distincção entre o volvulo e as diversas variedades de estrangulamento interno produzido por brida epiploica ou fibrosa, por diverticulo intestinal, hernia intra-abdominal, etc., é muitas vezes impossivel. Todavia do interrogatorio do doente, podemos obter elementos d'alguma importancia; assim, é preciso investigar se o doente apresentou signaes de peritonite, se foi portador d'alguma hernia que se reduzisse espontaneamente. Além d'isto a exploração minuciosa do abdomen quer pela palpação quer pelos toques rectal e vaginal permittirá reconhecer por vezes a presença d'uma induração limitada a um ponto, etc.

Era para desejar que se podesse determinar rigorosamente a causa anatomica da oclusão. Mas mais adiante veremos que, sob o ponto de vista d'uma intervenção cirurgica, este rigôr não é absolutamente necessario.

As causas anatomicas da oclusão chronica, podem ser classificadas da seguinte forma:

- 1.º Oclusão por compressão de fóra para dentro (tumores solidos e liquidos do abdomen.)
- 2.º Invaginação chronica.
- 3.º Apertos cancerosos, fibrosos e syphiliticos.

4.º) Obstruções por corpos extranhos, (calculos biliares, intestinaes e materias fecaes.)

5.º) Adherencias anormaes do intestino.

Na maioria dos casos, o diagnostico d'estas diversas variedades de oclusão é infelizmente muito incerto; todavia, alguns signaes ha que nos pôdem levar a um diagnostico, quando não certo, pelo menos provavel.

Assim, pelo que diz respeito ás compressões por um tumor do abdomen ou da bacia, como kistos do ovario, fibromas do utero, é geralmente facil reconhecer pela palpação e pelos toques rectal e vaginal a oclusão resultante d'estas compressões.

A invaginação chronica, é caracterisada por dôres abdominaes intensas, dejecções muco-sanguinolentas acompanhadas de tenesmo, vomitos biliosos algumas vezes misturados de sangue, raras vezes estercoraes, e pela presença d'um tumor molle. Os toques rectal e vaginal podem ter grande valor para o diagnostico; algumas vezes sente-se ao nivel do rectum invaginações descendentes cujo prolongamento chegava até ao anus; mas este exame da parte inferior do tubo digestivo, não deve ser feito com violencia; a exploração pelo methodo de Simon, que consiste em introduzir toda a mão no recto, deve ser abandonada, porque além das feridas do sphincter ha tambem a receiar as rupturas do intestino.

Os apêrtos do intestino, sejam de que natureza forem distinguem-se pela marcha progressiva dos accidentes, que, além d'isso apresentam intermittencias mais ou menos frequentes; pôdem sobrevir uma serie de crises em que os phenomenos d'occlusão cedem espontaneamente ou sob a fórma de verdadeiras *débacles* pela influencia do tratamento medico; estas crises renovam-se com mais ou menos frequencia até ao momento em que os phenomenos d'occlusão adquirem maior intensidade.

Quando o aperto occupa o recto é facil reconhecer pelo toque rectal a séde e a natureza; mas com relação aos apertos das outras porções do intestino, poderemos, quando muito, pelo estudo dos commemorativos e a exploração minuciosa do abdomen, fazer um diagnostico de probabilidade.

As obstrucções por corpos extranhos contidos na cavidade intestinal, raras vezes são objecto d'um diagnostico exacto.

Com effeito, os calculos biliares são annunciados quasi sempre por colicas; mas quando dão logar a uma verdadeira oclusão, esta apparece bruscamente, de modo que, desde o principio, não ha evacuação das materias fecaes, mas os vomitos são abundantes; são verdadeiros accidentes de oclusão aguda. Apesar dos signaes tirados do abaulamento do ventre, da rapidez dos vomitos, da intensidade dos symptomas que indicam uma oclusão do intestino delgado, (os casos em que o calculo vem obstruir o intestino grosso, são raros), apesar mesmo da sensação algumas vezes percebida d'um corpo extranho ao nivel do epigastro, o diagnostico é geralmente incerto nos caso d'este genero.

Os calculos intestinaes tambem não se pódem diagnosticar com precisão, a não ser que formem massas enormes ou que a sua verdadeira natureza seja revelada pela eliminação de concreções alvinas.

Do que fica exposto, conclue-se que o diagnostico differencial das diversas variedades d'occlusão intestinal, apresenta grandes difficuldades; mas voltaremos ainda ao assumpto no capitulo que diz respeito ao tratamento cirurgico.

Diagnostico da séde do obstaculo—Com relação a este ponto tambem importantissimo, temos de recorrer ás estatísticas relativas á séde mais ordinaria das diversas variedades d'occlusão e aos symptomas apresentados pelo doente.

Relativamente á invaginação, já vimos que nos 703 casos reunidos por Bulteau foi ella 392 vezes ileo-cœcal ou ileo-colica. Leischenstern em 100 invaginações só encontrou 30 do ileon. Resulta, pois, que a invaginação occupa geralmente o intestino grosso, ou ponto de reunião dos dois intestinos.

Os apêrtos cicatriciaes consecutivos á dysenteria teem a sua séde quasi que exclusivamente no intestino grosso e mais especialmente no recto; quanto aos apêrtos cancerosos são extremamente raros no intestino delgado; teem como séde de predilecção o Siliaco e o rectum.

As oclusões produzidas por bridas fibrosas ou peritoneaes, ou por diverticulos, occupam quasi sempre o intestino delgado e principalmente a extremidade do ileon; em 151 casos observados por Bulteau, 133 pertencem ao intestino delgado e só 18 ao intestino grosso. Pelo contrario, o volvulo é mais frequente no intestino grosso e particularmente no Siliaco, bem como as oclusões produzidas pela compressão d'um tumor abdominal.

Independentemente d'estes signaes que poderão guiar o cirurgião na apreciação da séde da oclusão, existe contudo um certo numero de symptomas proprios a esclarecer este ponto importante de diagnostico.

Assim, o meteorismo e a forma especial do ventre teem um certo valor na determinação da séde do obstaculo; quando este occupa o intestino delgado, o meteorismo limita-se ás regiões epigastrica, umbilical e hypogastrica; se pelo contrario occupa o intestino grosso, por exemplo o Siliaco, o abaulamento distende sobretudo os flancos, pela razão de que o intestino grosso contém mais gazes, e tambem pela sua posição.

Mas este signal differencial, devenhol-o dizer, só tem valor real no principio dos accidentes, porque

no fim d'um tempo variavel, mas geralmente bastante curto, o ventre abaula-se uniformemente.

A precocidade e a presistencia dos vomitos fecalvides é, para alguns authores, uma prova de que o obstaculo occupa o intestino delgado; mas segundo outros, este signal tem pouca importancia sob o ponto de vista da séde da oclusão; para estes, são unica e simplesmente a consequencia d'uma oclusão completa do intestino.

Alguns cirurgiões querem que da secreção urinaria se tire um elemento importante para o diagnostico da séde da oclusão; se ha diminuição da secreção, a séde do obstaculo está na parte superior do intestino; este facto não póde constituir lei, porque Besnier cita casos em que o obstaculo tinha a sua séde no intestino grosso, e a secreção urinaria tinha tambem diminuido.

Mencionaremos ainda um facto observado nas differentes fórmas de oclusão intestinal que tem algum valor para o diagnostico.

No conteúdo do intestino que stagna acima do obstaculo, formam-se, á custa principalmente da putrefação das substancias albuminoides, independentemente d'outros productos de decomposição, grandes quantidades de indol e de phenol que são em parte absorvidos e eliminados pelos rins. Resulta, pois, que nas oclusões do intestino delgado se encontra muitas vezes na urina uma proporção mais consideravel de *indican* e de phenol. Nas oclusões do intestino grosso, pelo contrario, esta proporção de *indican* faz falta, visto que os compostos albuminoides putrefactos não existem em quantidade sufficiente para lhe dar origem.

Quando o doente póde precisar o ponto em que a dôr principiou a fazer-se sentir, o cirurgião tem aqui um signal quasi certo da séde da oclusão. Besnier examinou 183 casos sob este ponto de vista

e não hesita em dar a este symptoma um valor real. Mas esta lei tem excepções e podemos citar dois exemplos Hilton Fagge. n'uma invaginação ileo-cæcal, que se annunciou por uma tumefacção bastante volumosa, na fossa iliaca, notou que a dôr tinha a sua séde justamente abaixo do umbigo.

Ulmer viu a dôr corresponder ao cæcum e ao colon ascendente, quando era o colon transverso que tinha sido comprimido pelo figado. D'isto se conclue que só do elemento dôr não se pôde tirar deducções importantes sob o ponto de vista operatorio; mas quando este signal é corroborado por algum phenomeno particular, como a constatação d'um tumor, comprehende-se que elle se torna extremamente importante.

Finalmente, os phenomenos geraes apresentam na sua intensidade e na occasião do seu apparecimento, differenças notaveis conforme o obstaculo tem a sua séde no intestino delgado ou no intestino grosso.

No primeiro caso os symptomas apparecem rapidamente; no segundo, serão mais tardios e menos intensos, o que se explica pela maior riqueza nervosa, do primeiro comparada com a do segundo.

TRATAMENTO MEDICO

O tratamento da oclusão intestinal pôde ser medico ou cirurgico. O primeiro deve ser tentado em alguns casos d'occlusão, mas não devemos insistir n'elle além de certos limites, porque muitas vezes não só é inutil, mas até pôde ser prejudicial. Comtudo vamos indicar os principaes agentes empregados medicamente para chegar á cura do doente.

Temos em primeiro logar os purgantes: devem ser empregados nos casos em que o diagnostico da obstrucção por materias fecaes estiver bem assente. D'este modo poder-se-ha provocar uma transsudação serosa abundante que favorecerá a dissolução das fezes condensadas e produzirá uma evacuação completa deixando a cavidade intestinal completamente livre. Da mesma forma procederemos, se diagnosticarmos que a oclusão é produzida por um corpo extranho introduzido no tubo intestinal. N'estes ca-

os podem ser uteis; mas nos casos de volvulo, estrangulamento interno, bridas peritoneaes, os purgantes, longe de diminuir os accidentes, pelo contrario, augmenta-os e produzirão effeitos desastrosos.

Os purgantes, ordinariamente empregados, são os oleosos, os salinos, e a tintura de jalapa composta, e o oleo de coroton (1 a 2 gottas).

Mas, devemos usar d'esta medicação com extrema prudencia. Dujardin-Beaumez, nas suas lições de Clinica Therapeutica, diz que não se deve ir além da tintura de jalapa, como drastico; e para confirmar a sua opinião cita o seguinte caso observado por elle, quando chefe de clinica do Dr. Behier.

Tratava-se d'um homem affectado de oclusão: o diagnostico da causa era incerto: tinham-se experimentado os purgantes suaves mas sem resultado algum; ordenou-se então uma pillula de oleo de croton; sob a influencia d'este medicamento, o doente é accommettido de dôres atrozes, de colicas terriveis e succumbiu por ruptura do intestino.

A autopsia mostrou a causa da oclusão: era uma brida peritoneal que comprimia o intestino.

Nos casos em que os purgantes não produzem resultado algum, recorreram alguns medicos aos meios mecanicos, que se admnistram pela bocca ou pelo anus. Pela bocca foi aconselhado os corpos pesados que se suppunha poder vencer pelo seu peso o estrangulamento intestinal.

Foi o mercurio o mais empregado: mas apesar dos factos favoraveis d'alguns authores, está hoje abandonado, porque se demonstrou por experiencias a que procedeu principalmente Hanius que o mercurio introduzido em grande quantidade não desce em massa para o intestino delgado: penetra lentamente, globulo a globulo; além d'isto a posição horizontal em que o doente está é um obstaculo á acção directa do mercurio sobre a obstrucção,

Os meios mecanicos administrados pela via rectal, pôdem ser uteis nas obstrucções do intestino grosso; nas do intestino delgado não dão resultado, porque está demonstrado que a valvula de Bauhin oppõe-se á passagem dos gazes ou liquidos injectados de baixo para cima.

Os que se tem empregado, são os clysteres purgativos, a agoa, não como clyster, mas em injectão forte, o ar em insufflações processo já empregado por Hyppocrates, as injectões feitas com um sifão d'agua de Seltz; tem-se mesmo transformado o recto n'um aparelho gazogene, injectando successivamente clysteres d'acido tarttrico e de bicarbonato de soda.

Mas todas estas injectões e clysteres, apozar d'alguns resultados favoraveis, não são isentos de perigo; frequentemente ha a deplorar accidentes graves devidos á ruptura do intestino. Com effeito, se o intestino não apresenta a sua elasticidade e resistencia normaes, pôde-se dar origem a rupturas com derrame na cavidade peritoneal ou nos tecidos visinhos. Por consequencia é preciso ser prudente no emprego d'estes meios, e até pol-os de parte se houver duvidas sobre a integridade do intestino.

A applicação permanente de gèlo sobre o abdomen pôde ser util nos casos de obstrucção por parresia do intestino. Jalaguier no artigo «Occlusion intestinale» no tratado de cirurgia de Duplay et Reclus, diz ter visto no serviço de Verneuil, uma mulher affectada de oclusão incompleta por massas fecaes enchendo o cœcum, que expulsou o *tampon* estercoral em seguida a uma sessão de pulverisação de chloreto de Methyla sobre a fossa iliaca direita. Como se sabe o frio é um excitante da contractibilidade intestinal; além d'isto evita a turgescencia e a fluxão dos tecidos ao nivel da séde da oclusão impedindo ou retardando a peritonite e a gangrena se-

cundarias que complicam frequentemente o estrangulamento.

A inversão, a massagem, só ou combinada com clysteres mais ou menos abundantes, tem dado mediocres resultados.

Não ha, certamente, medicamento mais empregado e mais precioso que o opio nos casos de occlusão intestinal. Estas palavras de Treves conservam ainda o seu valor, mas com a condição de que se não caia na aberração de certos medicos que fazem do opio uma verdadeira panacêa em todos os casos de occlusão. Goldammer em 50 casos de occlusão tratados exclusivamente pelo opio, obteve 15 curas e 35; mortes; foi feita a autopsia a 29 e encontrou-se, 10 vezes um carcinoma do colon, 6 vezes uma invaginação, 5 vezes um aperto cicatricial do intestino, 4 vezes um volvulo e 4 vezes um estrangulamento interno. As conclusões que se tiram d'esta estatistica são que, em 29 casos, o opio não pôde eliminar o obstaculo e que não é um medicamento tão precioso como diz Treves. Comtudo ninguem põe em duvida que o opio pôde calmar as dôres, moderar a intensidade dos movimentos peristalticos e diminuir a tensão abdominal; mas apesar de todas estas excellentes propriedades, tem o inconveniente de attenuar os symptomas não só nos casos em que é preciso uma accção directa sobre o obstaculo, como nos que o pôdem curar espontaneamente.

Com o fim de diminuir a distensão do intestino pelos gases, distensão que actuando sobre a fibra muscular faz lhe perder a sua contractilidade, tem-se empregado as funcções capillares aspiradoras por meio do aspirador Potain. E' um meio palliativo e muitas vezes insufficiente, porque é muito difficil esvasiar as ansas intestinaes dos gases que ahi estão, accumulados; comtudo pôde-se recorrer a este meio que allivia momentaneamente o doente, e em

certos casos permite ao intestino readquirir a sua elasticidade d'uma maneira sufficiente facilitando o curso das materias fecaes. Assim, Le Fort communicou á Sociedade de Cirurgia de Paris um caso de cura obtido d'esta forma, n'um homem em que elle estava prestes a fazer a laparotomia.

Depois de trez punccões, o doente teve uma evacuação abundante e curou-se rapidamente.

Por ultimo temos o tratamento electrotherapico. Este tratamento, cuja idea pertence a Leroy d'Etiolles (1878), foi perfeitamente estudado e vulgarisado por Boudet de Paris.

Nós não insistimos nos detalhes d'este methodo que se encontra descripto nos tratados de medicina e cirurgia. Não obstante, diremos que a quantidade de electricidade a empregar, varia segundo o estado do doente e a causa da oclusão; como limite da intensidade da corrente, Boudet fixa; o minimo, 10 milliamperos: o maximo, 50 milliamperos. A duração da applicação para cada sessão, deve variar entre cinco e vinte minutos.

Este methodo tem dado nas mãos do seu author e nas d'outros medicos, bons resultados.

Em 1884, em 76 casos que teve de tratar, Boudet obteve 59 curas. Larat que opéra segundo as regras formuladas por Boudet, apresentou ainda ha pouco tempo á Academia de Medicina de Paris, uma memoria sobre 19 observações em que obteve 10 successos. Sem duvida, que esta grande porporção de casos tratados por estes authores, pertence ás oclusões produzidas por obturação ou por spasma ou paralyxia do intestino. Nas outras variedades parecidos que não dá resultado algum, comtudo é permitido pôr em pratica este processo de tratamento: mas se depois d'um tempo, variavel segundo as circumstancias, mas sempre bastante curto, a electricidade fica sem effeito, deve-se recorrer immediatamente á

cirurgia com tanto mais esperança quanto menos tempo se perder em vãs tentativas.

TRATAMENTO CIRURGICO

Quando os diferentes meios de tratamento que enumeramos no capitulo precedente, tendo sido empregados para destruir o obstaculo ao curso das materias fecaes, não derem o resultado que era de esperar para serem coroados favoravelmente os esforços do medico, é então que principia o papel do cirurgião.

Encontramo-nos, então, em presença de dois modos de tratamento: a *laparotomia* servindo ao mesmo tempo de diagnostico e tratamento, e a *enterotomia* que serve unicamente para dar sahida ás fézes contidas na cavidade intestinal.

Estas duas operações teem cada uma as suas indicações. Tomar partido d'uma maneira exclusiva por uma ou por outra é um absurdo, assim como pretender que todo o doente affectado de oclusão intestinal deve ser submettido a uma intervenção operatoria. Ha casos em que a enterotomia se impõe: ha outros em que está nitidamente indicada a laparotomia. Mas a par d'estas duas ordens de factos podemos encontrar em presença d'um terceiro em que se fica embaraçado e se hesita na escolha d'estas duas operações. Só quando o diagnostico da natureza e da séde da oclusão fôr feito com toda a segurança, é que se fará a escolha precisa ou da laparotomia ou da enterotomia.

Se, por exemplo, o diagnostico de estrangulamento interno devido a uma brida epiploica, a uma

hernia estrangulada, reduzida em massa foi feito com precisão, está indicado abrir o ventre e fazer desaparecer o obstaculo ou seccionar a brida, causa do estrangulamento; se a causa da oclusão é um cancro do Siliaco cujos symptomas illucidaram o cirurgião, é racional fazer um anus artificial que aliviará o doente e lhe permittirá sobrevir mais ou menos tempo á sua doença.

O diagnostico fornecera, pois, os dados essenciaes para se decidir a tal ou tal modo de intervenção: mas, como disse o professor Trelat n'uma discussão que teve lugar em 1888 na Sociedade de Cirurgia de Paris, o cirurgião encontra um grande numero de casos em que o diagnostico sendo completamente incerto fica n'uma grande perplexidade.

Podemos, pois, dividir este capitulo em dois paragraphos:

1.º) O diagnostico da causa e da séde foi feito com todo o rigor: haverá logar de fazer: (a) n'um certo numero de casos a laparotomia puramente curativa: (b) n'outros a operação palliativa que olha unicamente aos effeitos da oclusão, isto é, a enterotomia.

2.º) O diagnostico é completamente incerto, encontramos em presença d'uma oclusão intestinal sobre a qual não ha dados que possam dirigir o espirito para tal ou a tal causa.

Que se deverá fazer? Alguns cirurgiões preoccupam-se unicamente com os accidentes, e praticam a enterotomia. Outros, e nós concordamos absolutamente com a opinião d'estes, exploram a cavidade abdominal abrindo-a largamente, exactamente com o fim de descobrir a séde e a natureza da oclusão: é a *laparotomia exploradora*.

LAPAROTOMIA

A laparotomia parece que foi praticada a primeira vez por Praxagoras de Cos, nos casos de occlusão intestinal, e trez seculos mais tarde por Leonidas d'Alexandria com o fim de procurar o obstaculo e eliminá-lo. Mas durante muito tempo estes ensaios foram abandonados porque não se conheciam todas as causas da occlusão. No seculo xvii, Paul Barbette, cirurgião de Amsterdam, propõe esta operação nos casos de occlusão rebelde, e o seu exemplo é seguido por alguns cirurgiões do seu tempo. Como os successos não vieram coroar estes empreendimentos audaciosos, e até porque Hevin n'uma memoria apresentada á Academia de Medicina em 1768, se esforçasse em demonstrar o que uma operação d'esta natureza apresenta de incertezas e perigos, a laparotomia foi abandonada. Mais tarde Malgaigne e Dupuytren fizeram alguns ensaios mas não foram mais felizes que os seus antecessores. Os progressos provenientes da antiseptia e principalmente as operações feitas sobre o abdomen, ovariectomias, hysterectomias,

etc. praticadas com um successo cada vez mais brilhante, rehabilitaram esta operação que como diz Peyrot, é a verdadeira operação curadora. E' devido a ella que o cirurgião poderá fazer desaparecer as causas da oclusão, quer collocando o intestino na sua posição normal, nos casos de volvulo, quer desfazendo uma invaginação, se as adherencias do intestino não forem muito fortes ou ressecal-o se está esphacelado ou irreductivel; n'uma palavra, estará preparado para as operações cirurgicas necessarias ao restabelecimento do curso das materias fecaes.

Esta intervenção deve ser precoce, e sobre este assumpto transcreverei a opinião do professor Dieulafoy, porque demonstra bem a importancia da promptidão com que o cirurgião deve operar: «J'ai la conviction, diz Dieulafoy, que dans un grand nombre de cas, on perd un temps precieux en essayant les uns après les autres les moyens medicaux et quand on arrive á l'intervention chirurgicale, on trouve des adherences ou de la gangrene. Les purgatifs repetés, les levemens gozogènes, l'application de la electricité sont evidemment des moyens qui doivent être tentés, car ils donnent de bons resultats; on aurait raison d'y insister s'il etait toujours possible de reconnaitre la cause de l'occlusion; mais nous savons qu'il n'en est rien. Je pense donc que des moyens medicaux ne doivent occuper qu'une faible place dans le traitement de l'occlusion; ils doivent être tentés ao début, mais sans trop d'insistance. La laparotomie n'est plus une operation périlleuse; et bien que jusqu'ici, les resultats ne soient pas très satisfaisants, on se repent rarement de l'avoir pratiquée; on s'est souvent repenti de ne l'avoir pas pratiquée on de l'avoir pratiquée trop tard. (Dieulafoy: Pathologie interne.)

Vê-se, pois, que isto tem uma importancia consideravel sobre os resultados finais da operação:

quasi todos os cirurgiões reconhecem esta necessidade de operar o mais cedo possível.

Braum reuniu 62 observações e do seu estudo concluiu, que as probabilidades são em favor d'uma laparotomia tão precoce quanto possível para destruir o obstaculo.

Th. Briant quer que a laparotomia seja feita logo que se tenha diagnosticado um estrangulamento interno ou mesmo uma invaginação aguda que ao cabo de dois ou trez dias o tratamento medico não tenha dado resultado.

Verneuil é d'opinião que se dirijam todos os esforços contra a causa anatomica da oclusão pela laparotomia quando a causa é conhecida.

Ainda podemos citar a opinião de Peyrot que muito bem discutiu na sua these de aggregação e que de novo formulou no *Traité de Pathologie externe*. Diz Peyrot: em todos os casos de oclusão aguda, está indicada a laparotomia: as lesões causaes são com effeito aqui vicios de posição: invaginações, volvo, torsão ou estrangulamentos internos os quaes é facil remediar depois da abertura da cavidade abdominal; mas a operação deve ser praticada o mais depressa possível para dar bons resultados—os successos estão na proporção da precocidade da operação; a existencia de peritonite não constitue contra-indicação. Além d'isto a laparotomia applicada ás compressões do intestino devidas a tumores exteriores póde permittir eliminar o obstaculo, ou pelo menos mobilisal-o, fixal-o a um outro ponto da parede; póde tambem ser util em certos casos de corpos extranhos, quer se pratique a sua extração quer se facilite a sua circulação para o recto sem abrir o intestino.

Schramm, publicou nos *Arch. Kl. chirurg.*, a seguinte estatistica; reuniu 190 casos de laparotomia praticada com o fim de remediar a oclusão intesti-

nal; pondo de parte a causa da oclusão, estas operações examinadas deram 68 curas e 122 mortes, isto é, uma mortalidade 64,2 por 100; mas com os progressos da antiseptia o algarismo da mortalidade diminuiu d'uma maneira notavel, como vamos vêr. Estas 190 operações dividem-se em dois grupos distintos. Antes de 1873 encontramos em 78 operados 57 mortes e 21 curas: mortalidade de 73 por 100. Na segunda série, isto é, em 112 casos operados para aquem d'aquella data houve apenas 65 mortes ou 58 % da mortalidade: vê-se pois pois que o algarismo da mortalidade baixou 15 por 100.

Schramm, n'esta mesma memoria reunia sob a fórma de quadro as observações em que era contado o tempo decorrido desde o apparecimento dos accidentes até ao momento da operação. Apesar dos algarismos serem pouco elevados, vê-se bem que a mortalidade cresce rapidamente com o numero de dias decorridos, e que por consequencia o cirurgião deve intervir o mais cedo possível.

Dia da operação	Numero de casos	Curados	Mortos
1	3	2	1
2	6	4	2
3	8	3	5
4	15	4	11
5	13	3	10
8	11	2	9
11	4	0	4
15	4	1	3

Obalinski publicou recentemente um trabalho d'onde extractamos o seguinte; este cirurgião praticou 110 vezes a laparotomia nos casos de occlusão intestinal e obteve 38 curas.

Este algarismo relativamente pouco elevado de successos operatorios, parece á primeira vista dar razão aos partidarios da expectação e do tratamento puramente medico: já dissemos que Goldammer em 50 casos obteve 15 curas pelo opio em altas dózes. E' natural perguntar para que submeter os doentes a uma operação que não dá uma proporção de curas sensivelmente mais elevada que o tratamento medico? A resposta parece-nos facil. Com effeito, as duas estatisticas, medica e cirurgica, não são de fórma alguma comparaveis. Importa recordar, primeiramente que nos 110 casos, a maior parte dos doentes foram operados tardiamente depois que o tratamento foi ensaiado em vão. Não é para admirar que, apesar d'estas pessimas condições, se tivessem salvado 38 individuos votados a uma morte certa?

O resultado seria certamente mais vantajoso se o tratamento medico não retardasse na maioria dos casos a intervenção cirurgica. Além d'isto o author não operou indistinctamente todos os doentes que estavam em tratamento; assim em 20 casos, elle não julgou a operação necessaria, e sobre este numero só teve 5 mortes: isto é, o author interveio precisamente nas fórmas graves da occlusão, emquanto que submetteu as fórmas benignas ao tratamento medico.

Nós abstemo-nos de descrever a technica operatoria porque se encontra em todos os tratados de cirurgia.

ENTEROTOMIA

Consiste esta operação em abrir uma ansa intestinal distendida depois de a fixar por meio de sutura, á abertura da parede abdominal.

Póde ser primitiva ou secundaria; aquella, é a que se pratica electivamente depois de ter estabelecido o diagnostico da oclusão intestinal e quando não se quer recorrer á laparotomia; esta é a que se pratica em seguida a uma laparotomia prévia, depois que se notou que o obstaculo ou a lesão não pôdem ser eliminados ou não se poderam encontrar pela exploração intra-abdominal.

A enterotomia primitiva póde ser feita sobre varios pontos do intestino; as indicações serão fornecidas pelo diagnostico da séde da oclusão. Poderá ser praticada na fossa iliaca direita, mas n'este caso basta, geralmente, abrir a primeira ansa intestinal que se apresenta, e que pertence a maior parte das vezes ao intestino delgado: este processo é a enterotomia

propriamente dita ou o methodo de Nelaton. Se o obstaculo está situado um pouco abaixo do coeco poder-se-ha fazer a incisão sobre este orgão.

Na fossa iliaca esquerda, o processo de Nélaton pôde ser empregado tendo geralmente por fim quando se escolhe esta região, estabelecer um anus artificial sobre o Siliaco (colotomia iliaca).

Emfim, pôde-se escolher a região lombar direita ou esquerda, e abrir o colon descendente (methodo de Callisen ou d'Aniussat), ou o colon ascendente nos pontos em que não são cobertos pelo peritoneo: são as enterotomias extra-peritoneaes.

Não indicaremos o manual operatorio d'estas diferentes intervenções porque se encontra nos tratados de medicina operatoria.

A enterotomia corresponde a indicações especiaes.

Na invaginação chronica, em que as serosas encostadas não estão intactas, e que por consequencia a possibilidade de desinvaginar o intestino é problematica, as indicações cirurgicas impoem-se, tanto mais que a terminação fatal é a regra quasi absoluta. Mas dever-se-hia recorrer á laparotomia? Poderia ser que ella fosse coroada de successo devido a dissecções do intestino que apresentam grandes difficuldades; o estabelecimento d'um anus contra natura será, pois, preferivel. Dever-se-ha fazer de preferencia a incisão na região iliaca direita, porque sabemos que as invaginações ileo-cœcaes são as mais frequentes.

Da mesma maneira nos casos de tumores não moveis, por causa das adherencias entre o neoplasma e o intestino, e que a compressão por nenhum motivo deixa ser evitada, não ficará senão o recurso de estabelecer um anus artificial.

Se o diagnostico da obstrucção intestinal propriamente dita, por materias fecaes, estiver bem se-

guro, geralmente o tratamento medico conseguirá o fim que se deseja. Mas se a *débacle* não se produz, a laparotomia não será de grande recurso; é evidentemente a enterotomia, e só a enterotomia que será posta em pratica. Temos um exemplo n'um caso que o professor Verneuil apresentou á Sociedade de Cirurgia de Paris em 1887.

Tratava-se d'uma doente em que elle praticou a enterotomia, resultando uma *débacle* e a expulsão d'uma grande quantidade de pevides, cuja accumulção tinha sido a causa da obstrucção. Esta enterotomia deve fazer-se sobre o intestino grosso; póde-se abrir o cœco, os colons ou o Siliaco mas praticar-se-ha de preferencia aquella, porque é no fundo do sacco cœcal que se produz a maior parte das vezes a retenção das matérias fecaes.

Quando nos encontramos em presença de tumores, principalmente se são de natureza maligna, e que o diagnostico foi feito com precisão, uma indicação quasi unica se impõe: estabelecer um anus contra natura.

Nos casos de apêrto do intestino; uns praticam a enterotomia outros a enterectomia.

Segundo a nossa modestissima opinião esta deve ser posta em pratica sem receio, porque a cirurgia abdominal tem feito n'estes ultimos annos taes progressos que a maior parte dos perigos que se lhe attribuiam desappareceram completamente, e a pratica assim o tem demonstrado: Koeberlé, cirurgião de Strasburgo, separou com um successo completo, dous metros d'um intestino delgado affectado de apêrtos multiplos. Tillaux cortou aproximadamente um metro de intestino nas mesmas condições: e mais casos poderíamos citar em que a enterectomia tem dado excellentes resultados.

Finalmente, ha casos em que o doente se encontra n'um estado de cachexia tal, que a laparotomia,

que, alguns dias antes, teria sido indicada, se torna impossível, e o cirurgião, n'estas condições, não tem outro recurso, senão o de praticar o anus artificial.

Em conclusão: quando o diagnostico, baseado sobre symptomas bem estudados, faz presumir que se encontrará um obstaculo que se não possa remover pela laparotomia, não se deve hesitar em praticar um anus contra natura. E para corroborar o que deixamos dito, citaremos o seguinte caso. Em 1887 entrou para o serviço de Trélat no hospital da Caridade, um homem de 60 annos que apresentava todos os signaes physicos e todos os symptomas d'um cancro do Siliaco complicado de oclusão intestinal. Apesar do diagnostico, o cirurgião que substituia Trélat, fez a laparotomia, encontrou o cancro do Siliaco e puxou-o para fóra. Mas convencido da impossibilidade de tirar a parte do intestino doente, por causa do volume e das adherencias, collocou-o no ventre e fez um anus artificial. O homem succumbiu passadas algumas horas, e provavelmente pelas manobras e explorações muito demoradas feitas sobre a parte doente.

LAPAROTOMIA EXPLORADORA

Nos dois capitulos antecedentes, passamos em revista os casos em que o diagnostico foi determinado ou pelo menos supposto, e vimos que segundo os casos ou se praticava a laparotomia curadora ou a enterotomia primitiva. Mas temos ainda de nos occupar dos casos em que a natureza e a séde da oclusão são completamente ignorados e que são muito numerosos não obstante todos os processos de exploração de que o cirurgião lance mão, apesar de todos os esforços poderá ficar sempre ignorando a causa e a séde da oclusão; porque, na oclusão aguda principalmente, o abaulamento do ventre é quasi sempre excessivo, a dôr generalizada, de modo que se fica reduzido a fazer méras conjecturas. N'estes casos em que o diagnostico será dos mais espinhosos, qual o caminho que o cirurgião deverá seguir?

Hutchinson emitta a opinião seguinte. «Todas as

vezes que o diagnostico da oclusão é incerto, não só me recuso energicamente a operar, mas tambem dissuado o cirurgião que recorra á laparotomia. No estado actual da sciencia, as operações exploradoras do abdomen, quando a causa da oclusão intestinal é desconhecida, não são para recommendar. (Dizia isto Hutchinson em 1878). Mas, accrescenta o author, se o diagnostico da causa é conhecido, poderemos tomar uma outra resolução. Por exemplo, n'um caso preciso de invaginação, quando a porção invaginada é consideravel, quando todos os outros tratamentos foram infructíferos, a abertura do abdomen é o melhor recurso de que se possa lançar mão.

Peyrot, na sua thèse d'aggregação. pretende que a laparotomia é sufficiente para achar o obstaculo que se procura. Mas poderá a laparotomia substituir a enterotomia em todos os casos incertos de obstrução aguda?

Peyrot não hesita em responder affirmativamente por esta dupla razão: se o obstaculo pôde ser removido, a laparotomia o conseguirá: se não, ella deixará o operado em condições que permitirão praticar o anus artificial com tantas probabilidades de successo como antes.

Citaremos, a este proposito a opinião do Dr. Teale e d'um grande numero de cirurgiões, que habituados a abrir o abdomen, consideram a laparotomia como uma operação de pouca gravidade. Sustentou esta opinião com ardor e convicção n'uma reunião da associação medica britannica (1879). Referiu casos em que, na autopsia os cirurgiões se lastimaram de não ter praticado em vida a exploração da cavidade abdominal que fizesse reconhecer lesões curaveis e outros em que essa exploração foi feita sem o menor inconveniente.

Schramm, que nós já citamos, é tambem partidario da laparotomia. O receio de não encontrar o

obstaculo não deve deter o cirurgião, porque na estatística que elle publicou, isto só aconteceu 8 vezes em 190 casos.

Mayo Robson formula do seguinte modo as suas conclusões n'uma memoria que publicou em 1885 no Bri. Med. Jour. Nos casos agudos deve-se immobilisar primeiramente o intestino pelo opio e recorrer rapidamente á laparotomia não só para se fazer um diagnostico preciso mas tambem destruir o obstaculo: se este não póde ser descoberto póde se alliviar o doente e mesmo salvar-o praticando um anus artificial acima do ponto estrangulado.

M. Pollailon, n'uma discussão que teve logar na Sociedade de Cirurgia de Paris, reconhece que infelizmente o diagnostico da causa da oclusão é muitas vezes impossivel com os meios de exploração actuaes, resultando d'isto uma grande incerteza sobre a escolha da operação a empregar. Refere em seguida oito casos de oclusão intestinal em que praticou quatro laparotomias e quatro enterotomias; n'estas, os quatro doentes falleceram; n'aquellas obteve um caso de cura. Mas, acrescenta este cirurgião, nas quatro laparotomias trez doentes estavam muribundos; tinhã-se já combatido os accidentes da oclusão pelos meios medicos e purgantes, tinha-se temporisado varios dias, tinha-se desenvolvido uma peritonite e só se lançou mão do tratamento cirurgico como ultimo recurso.

N'estas condições o insuccesso da laparotomia não admirará ninguem.

A laparotomia feita com todas as precauções antisepticas, não agrava o estado dos doentes ainda quando não possa remover o obstaculo ao curso das materias fecaes; de mais, se não é feita tardiamente, póde curar radicalmente o doente, o que não póde conseguir um anus artificial.

M. Terrier, na mesma sessão declara-se parti-

dario da laparotomia que, quando é bem succedida não arrasta consigo os incommodos continuos do anus contra natura.

Em 1887, no congresso dos cirurgiões de Berlim, Magdelung fez uma longa communicação sobre este assumpto tão delicado da intervenção nos casos duvidosos.

Em principio, prefere a enterotomia á laparotomia: mas nos casos de diagnostico incerto está sempre prompto a fazer a laparotomia.

Alguns mezes mais tarde, a proposito d'uma communicação á Sociedade de Cirurgia pelo professor Verneuil a discussão sobre este assumpto renasce, e o eminente cirurgião conclue a sua argumentação, dizendo: quando se não póde diagnosticar com alguma certeza a causa anatomica do estrangulamento, é preciso praticar a laparotomia, procurar com todo o cuidado essa causa e removel-a se fôr possível. Quando, pelo contrario, essa causa escapa absolutamente, é preciso pensar principalmente nos accidentes, e, para os fazer desaparecer, praticar acto continuo uma enterotomia, sobre um ponto do intestino escolhido segundo as circumstancias.

M. Trélat é então de opinião que, quando se não sabe se ha estrangulamento ou simples obstrução, e quando, n'uma palavra, não se fez com precisão o diagnostico da causa, se deve recorrer ao methodo empregado pelo professor Le Dentu, que consiste em abrir o ventre, puxar a ansa que se apresenta e depois de a ter aberta, favorecer tanto quanto possível a sahida das materias contidas. Facilita-se d'este modo a investigação ulterior do obstaculo, e se não se encontra, estabelece-se definitivamente o anus artificial pela abertura primitivamente praticada.

Le Fort, é da mesma opinião que Trelat. Para elle, a difficuldade é, precisar d'uma maneira abso-

luta a causa da occlusão; apesar de todos os esforços, fica-se, na maioria dos casos, na duvida

«La conduite la plus dangereuse est, diz Le Fort, celle qui n'est que trop souvent suivie, l'abstention, aggravée parfois par l'usage des purgatifs et meme la tergiversation qui rend inutile une intervention qui, plus précoce aurait pu sauver le malade. Pour l'étranglement interne comme pour l'étranglement externe, dans la doute, il ne faut pas s'abstenir...»

A laparotomia exploradora deve ser feita porque, podemos dizer que hoje está considerada como uma operação relativamente benigna. Se na pratica apresenta gravidade é porque é feita muito tarde, quando ha peritonite e a morte é quasi certa.

N'um grande numero de casos a laparotomia permittirá cortar a brida, destruir o estrangulamento, desfazer o volvulo, e sem ferir o intestino, supprimir o mal.

A enterotomia só combate o symptoma obstrução: mas não supprime a lesão; allivia immediatamente o doente, mas dois ou trez dias depois, a presistencia do obstaculo póde dar logar a accidentes mortaes. Em resumo: a laparotomia não é mais do que o primeiro tempo da enterotomia. com uma incisão maior. Por si mesma. é pouco grave, e evitará o segundo tempo da enterotomia, isto é, a abertura do intestino. Se encontramos uma lesão que se não póde supprimir sem a abertura do intestino, temos o recurso da enterotomia. Por estas razões crêmos que não é preciso praticar um anus anormal senão depois de ter procedido a exploração intro-abdominal.

Para não nos cingirmos unicamente á opinião de cirurgiões estrangeiros, diremos que a opinião do nosso illustre professor de Clinica Cirurgica o Ex.^{mo} Snr. Dr. Pimenta é a seguinte: ha casos em que a

laparotomia curadora está perfeitamente indicada: outros, em que a enterotomia é a operação a que se deve recorrer. Mas quando o diagnostico da causa e da séde do obstaculo é incerto não se deve hesitar em praticar a laparotomia exploradora.

De todas estas opiniões de cirurgiões eminentes, concluimos que, nos casos obscuros, a laparotomia exploradora é a unica operação indicada: abrir o ventre, procurar o obstaculo e destruil'o, podendo: ha tudo a ganhar e nada a perder.

Se algumas vezes a laparotomia não dá todos os resultados que se podiam esperar, é simplesmente por ser posta em pratica muito tarde. O cirurgião é consultado quando o doente está exgotado, algido, quasi morto; n'estas condições a abertura do ventre está mal indicada: mais vale praticar um anus artificial. Mas quando se chega a tempo, a laparotomia retoma os seus direitos:

Dizer que, nos casos duvidosos é preciso renunciar ao tratamento cirurgico, não é mais do que animar os medicos a persistirem em manobras puramente medicas que só são boas para fatigar o intestino, irritar o peritoneo e deixar passar a hora em que o doente póde ser salvo.

Do exposto rapido que esboçamos, chegamos ás seguintes conclusões:

1.º)—Se o estudo dos symptomas da oclusão intestinal deixa pouco a desejar, pelo contrario o seu diagnostico etiologico é bastante difficil n'um grande numero de circumstancias.

2.º)—O tratamento medico póde ser tentado, mas com a condição expressa de o pôr de parte logo que a inefficacidae seja evidente.

3.º)—Dever-se-ha recorrer á intervenção cirurgica o mais cedo possivel, porque os successos estão na razão directa da precocidade da operação.

4.º)—Se o diagnostico da séde e da natureza do obstaculo é seguro, dever-se-ha lançar mão, segundo os casos, ou da laparotomia ou da enterotomia.

5.º)—Se o diagnostico é duvidoso, praticar-se-ha a laparotomia exploradora, que, se não permittir remover o obstaculo, não impedirá que se pratique a enterotomia secundaria.

Observação I

M. de J., de 32 annos, viuva, costureira, natural de Villa do Conde, entrou para a enfermaria de Clinica Medica, no dia 23 d'Outubro de 1894, por motivo d'uma salpingo-ovarite chronica, o que determinou o Ex.^{mo} Professor Dr. Azevedo Maia a praticar a hysterectomy vaginal total em 4 de Novembro.

Até o dia 11 nada houve digno de menção, conservando-se o pulso entre 60 e 80, e sendo o maximo de temperatura 38.º; porém n'esse dia, começam de manifestar-se uns symptomas bastantes suspeitos, muito insidiosos de oclusão intestinal, até que no dia 13 sobrevém o vomito typicamente *fecaloide*, com abaulamento do ventre, meteorismo excessivo e extrema sensibilidade ventral e ausencia completa de emissão de fezes e gazes pelo anus. Como esta oclusão não cedesse ao uso de purgantes que com toda a descripção e prudencia, de parceria com clysteres, foram ministrados, resolveu o nosso professor intervir cirurgicamente, pois que se lhe affigurava o unico meio possivel de salvar a doente. Com effeito, no dia immediato procedeu-se a uma laparotomia na linha pubi-umbilical, e explorando-se a cavidade

abdominal, reconheceu-se então que através da solução de continuidade do fundo de sacco vaginal, se herniara uma parte do intestino, sendo por isso necessario mobilisal-o, como effectivamente se fez. Durou esta operação doze minutos, gastando-se 20 grammas de chloroformio.

Immediatamente após esta intervenção, todo o cortejo symptomatico desapareceu, conservando-se a doente regularmente bem durante alguns dias, até que no dia 23 novamente entram em accção os elementos constituintes d'uma nova occlusão intestinal, não estando ainda perfeitamente cicatrizada a incisão da laparotomia. Mais uma vez e com toda a circunspecção se tratou este novo incidente pela medicação classica, purgantes e clysteres, sem o minimo beneficio ou alivio, resolvendo-se por isso o Ex.^m Professor a praticar uma segunda laparotomia. A despeito de todos os obstaculos por parte da doente e da familia, effectuou-se a operação no dia 25 por meio da qual se conseguiu mais uma vez mobilisar o intestino. Gastaram-se vinte minutos e 10 grammas de chloroformio. Apesar d'esta segunda laparotomia e terceira intervenção operatoria n'um curtissimo prazo de tempo, a operação decorreu sem incidente de maior, tendo sido feita a incisão ao lado da primeira. Os symptomas d'occlusão desapareceram completamente, encontrando-se a doente n'um estado relativamente satisfatorio. Tanto a primeira como a segunda incisão, cicatrizarão por primeira intenção. As melhores foram progredindo consideravelmente, a ponto de a doente sahir do hospital curada, embora convalescente, no dia 12 de Dezembro por assim o ter exigido.

Observações II

F. idade 44 annos, constituição regular e temperamento mixto entrou para o Hospital de Santo Antonio, enfermaria de Clinica Medica no dia 8 de Março com os symptomas de oclusão intestinal: vomitos incoerciveis, fecaloides, meteorismo, e uma dôr intensa na região umbilical. A causa d'estes accidentes era uma hernia umbilical estrangulada o que resolveu o Ex.^{mo} Professor Dr. Azevedo Maia a intervir cirurgicamente. Com effeito no dia 10 foi-lhe feita a laparotomia na linha branca logo abaixo do tumor herniario com redução interna.

O tumor herniario era principalmente constituido pelo epiploon adherente ás paredes do sacco, e a oclusão resultava da entrada d'um fragmento do colon transverso. Applicou-se dois pontos de seda ao orificio da hernia rezervando para outra sessão a cura radical o que não se chegou a realisar, porque a doente pediu alta, visto os symptomas terem desaparecido por completo.

PROPOSIÇÕES

Anatomia—A relação das fibras musculares do tricipete femoral com a dyaphise do fémur, explica a frequência das pseudarthroses consecutivas a fracturas d'este osso.

Physiologia—O liquido cephalo-rachidiano póde servir para subtrahir o cerebro ás compressões durante os movimentos bruscos da expiração.

Materia medica—A theoria de Vulpian é a que melhor explica a acção do salycilato de sódá no rheumatismo articular agudo.

Anathomia pathologica—Admitto a natureza parasitaria do cancro.

Pathologia geral—Da simples inspecção das urinas pódem-se tirar indicações importantes sob o ponto de vista do diagnostico.

Pathologia interna—As nephritis chronicas pódem ser d'origem bacteriana.

Pathologia externa—Nos casos em que o diagnostico da oclusão intestinal seja duvidoso, deve-se pôr em pratica a laparotomia exploradôra.

Operações—No tratamento da hernia umbilical, prefiro o processo de Dauriac.

Partos—O forceps Tarnier é preferivel a qualquer outro.

Hygiene—Toda a carne destinada á alimentação publica, deve ser inspecionada rigorosamente antes de posta á venda.

Visto
Dr. Souto,
PRESIDENTE.

Póde imprimir-se
Wenceslau de Lima,
DIRECTOR.