

ALGUMAS PALAVRAS

SOBRE A

CURA RADICAL DAS HERNIAS ABDOMINAES

44/6 EHL

N.º 6
JOSÉ AUGUSTO FERREIRA MACHADO

N.º 598

ALGUMAS PALAVRAS

SOBRE A

CURA RADICAL DAS HERNIAS ABDOMINAES

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA A

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO
IMPRENSA PORTUGUEZA
Rua do Bomjardim, 181

1888

4416 ENC

o dia 25 de julho de 1888,
pelas 12 horas da manhã

Presidente C. R. Manoel João
Pereira Dias Lebre

Senhores

nos
8.º

{ Pedro Augusto Dias
Eduardo Ter.º Pimenta
Antonio d'Alencar Maia
Antonio Placido da Costa

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO-DIRECTOR

VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO CATHEDRATICO

LENTES CATHEDRATICOS

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva e geral | João Pereira Dias Lebre. |
| 2. ^a Cadeira — Physiologia | Vicente Urbino de Freitas. |
| 3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos. Materia medica | Dr. José Carlos Lopes. |
| 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, doenças 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 H. d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia | Manoel Rodrigues da Silva Pinto. |
| 12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica. | Ilidio Ayres Pereira do Valle. |
| Pharmacia | Isidoro da Fonseca Moura. |

LENTES JUBILADOS

- | | |
|----------------------------|----------------------------------|
| Secção medica | { João Xavier d'Oliveira Barros. |
| | { José d'Andrade Gramaxo. |
| Secção cirurgica | { Antonio Bernardino d'Almeida. |
| | { Visconde de Oliveira. |

LENTES SUBSTITUTOS

- | | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Secção medica | { Antonio Placido da Costa. |
| | { Vaga. |
| Secção cirurgica | { Ricardo d'Almeida Jorge. |
| | { Candido Augusto Correia de Pinho. |

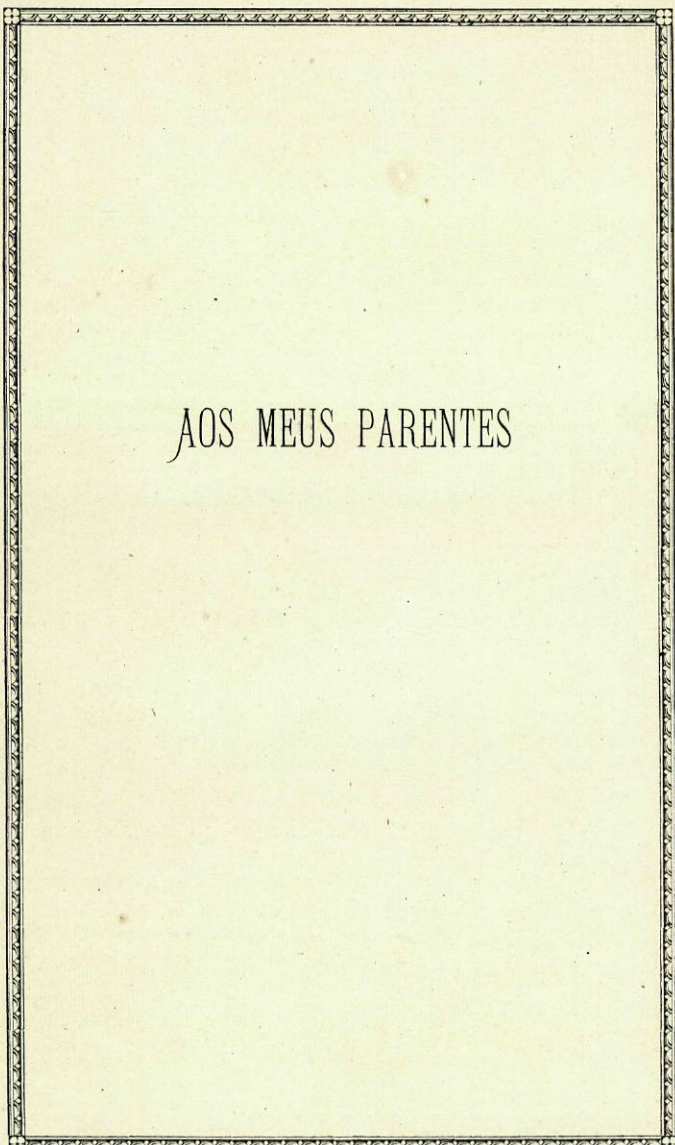
LENTE DEMONSTRADOR

- | | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Secção cirurgica | Roberto Belarmino do Rosario Frias. |
|----------------------------|-------------------------------------|

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação
e enunciadas nas proposições.

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

À MINHA FAMÍLIA



AOS MEUS PARENTES

À MEMORIA DE MEUS IRMÃOS

Emilia, Amelia, Antonio e Joaquim

e de minha sobrinha.

Maria da Conceição

Aos meus condiscipulos

AOS MEUS CONTEMPORANEOS

AOS MEUS COMPANHEIROS DE CASA

Antonio Joaquim Gonçalves de Figueiredo

José Maria Rebello da Silva

José dos Santos Andrade

José Teixeira de Souza

Zeferino Martins da Silva Borges

AOS MEUS AMIGOS

E PARTICULARMENTE AOS EX.^{mos} SRS.

Dr. João Manoel Correia

João Manoel Moreira

Antonio Carlos Pires dos Santos

Anselmo Evaristo de Moraes Sarmiento

Abilio da Silva Carvalho

Antonio Augusto Pereira Cardoso

Francisco Rodrigues da Costa Silveira

AO ILLUSTRADO CORPO DOCENTE

DA

Escola Medico-Cirurgica do Porto

AO MEU PRESIDENTE

O ILL.^{mo} E EX.^{mo} SR.

DR. JOÃO PEREIRA DIAS LEBRE

Muito tempo hesitamos na escolha do assumpto que devia servir de thema á nossa ultima prova escolar; e se entre tantos e importantes com referencia ás sciencias medicas, optamos pela cura radical das hernias abdominaes, a falta de tempo para encetar novòs estudos, motivou a escolha de materia cujo estudo estava feito, e que por isso se prestava melhor para o cumprimento da lei.

Dividimos o nosso trabalho em duas partes; na primeira, depois do bosquejo historico da doença e de estudarmos a evolução do tratamento radical das hernias, analysamos as condições favoraveis á sua cura espontanea, para podermos estabelecer as indicações e contra-indicações do tratamento cirurgico; na segunda parte apresentamos alguns dos processos operatorios mais seguidos, deixando de

fallar em muitos outros por falta de espaço e de tempo.

A nossa incompetencia é reconhecida por nós e por todos; não podíamos fazer mais e melhor do que um trabalho deficiente e talvez pouco comprehensivel; comtudo tentamos sempre não nos separarmos muito dos livros, onde o assumpto está amplamente exposto, para que a sciencia não tivesse de ser prejudicada; e se faltas houver, da benevolencia do illustrado jury esperamos obter a desculpa devida a quem escreve por dever e não por vontade.

PRIMEIRA PARTE

I

Resumo historico

Curar radicalmente as hernias abdominaes, fazer desaparecer a cavidade do sacco, ou obliterar o collo e fechar o orificio de sahida, foi problema discutido em todos os tempos, e que mereceu a attenção dos cirurgiões de todas as épocas. (1)

O grande numero de individuos, que sofriam de hernias, a impossibilidade de se entregarem a trabalhos um pouco pezados, a terminação muitas vezes fatal d'esse padecimento, e até a maneira vergonhosa como era considerado um hernioso, eram, entre muitas outras, as razões que os obrigavam a atacar este padecimento por meio de processos mais ou menos brandos, e mesmo com operações de grande responsabilidade.

(1) Entende-se por hernia abdominal a sahida das visceras para fóra da cavidade abdominal. Estudaremos só as hernias mais communs, umbilical, crural e inguinal.

Foi uma hernia inguinal, contrahida combatendo a cavallo, dia e noite, á frente das cohortes romanas, que revoltou o povo contra Marco Servilio, quando este lhe mostrava as feridas recebidas em defeza da patria; essa revolta foi grande, e a desconsideração pelo heroe foi tal, que, em vez de palmas e agradecimentos, tornou-o alvo de risadas mofadoras, e de um despreso completo.

A crença em que os cirurgiões estavam ácerca da possibilidade da cura desde que a hernia se estrangulasse, e a frequencia d'essa terminação, deviam influir no remedio a dar a um hernioso; muitas vezes os symptomas aggravavam-se d'um modo rapido, e o estrangulamento apparecia sem que, aos progressos do mal, se oppozesse remedio algum efficaz.

Percorrendo a historia da cirurgia, no ponto em questão, encontramos uma diversidade de methodos e processos que, muito de proposito, evitamos descrever e analysar, não só por avolumarem um trabalho que, nas condições em que é feito, não permite divagações, mas, e principalmente, porque, julgados pela pratica, pertencem á historia e nada mais.

Cada cirurgião adoptava ou criava um processo predilecto, e seguindo-o pontualmente, affirmava que os resultados collidos eram taes que não permittiam o emprego d'outro qualquer, pois que não havia outro melhor.

Evitando, pois, entrar em minudencias descriptivas, podemos dividir a historia da cura

radical das hernias em dois periodos; um muito extenso, até ao seculo XVIII, em que predominam os methodos sangrentos; outro d'ahi em diante, em que o uso das fundas se vulgarisa e se põe de parte as operações mais ou menos compromettedoras para o doente.

É certo que esta divisão não é rigorosa, porque antigos cirurgiões, como adiante veremos, tinham feito a applicação de fundas com muito proveito, apezar das imperfeições que ellas apresentavam; mas tem a vantagem de nos guiar no estudo e de nos facilitar a exposição do assumpto.

É no seculo I que nitidamente começa a historia da cura radical das hernias. Foi Celso, escriptor admiravel e encyclopedista admirado, quem primeiro formulou principios sabios referentes á intervenção cirurgica no tratamento das hernias.

Celso não foi um partidario entusiasta da intervenção cirurgica, e os casos, em que elle não emprega o bisturi, são, pelo menos, tão numerosos, como aquelles em que o aconselha.

A sua opinião era evitar a operação todas as vezes que fosse possível, principalmente nos individuos muito novos ou muito idosos; nas hernias volumosas, etc.; reservava a operação para individuos de 6 a 14 annos, e era preciso que a hernia fosse pequena, não dolorosa, e que não estivesse estrangulada.

O escrupulo com que attendia ás indicações e contra-indicações da operação, era o mesmo

que o guiava na escolha do methodo operatorio. Os seus processos eram filhos d'uma razão lucida, e muitos d'elles ainda hoje são seguidos pelos operadores actuaes mais competentes e acreditados.

Como alguns cirurgiões actuaes, elle eliminava o sacco da hernia, provavelmente depois de ter ligado o collo; na hernia umbilical, fazia cahir a bolsa herniaria; para o conseguir ligava o pediculo, ou comprimia-o entre duas hastes de madeira; julga-se que praticava o avivamento e a sutura do orificio herniario, nas hernias que elle considerava formarem-se pela ruptura do peritoneo (*hernia de desenvolvimento rapido*); ligava, destruia ou resecava o epiploon, mas, ao contrario dos seus successores, evitava sempre tocar no testiculo, quando operava.

Um outro vulto importante, que encontramos n'este estudo, é Oribase no seculo iv; embora admitta, como Celso, hernias formadas pela ruptura e alongamento do peritoneo (*hernia de desenvolvimento gradual*), parece que não leu Celso, pois que em parte alguma falla dos seus processos operatorios. Apenas segue um processo, quer as hernias sejam reductiveis, quer sejam irreductiveis, por causa das adherencias—é o bisturi. Corta com muita prudencia os tecidos; conhecendo bem as difficuldades que ha em reconhecer o peritoneo, reduz o intestino e acaba a operação torcendo o pediculo do sacco, e resecando-o em maior ou

menor extensão, no caso de não haver adherencias; se as ha entre o intestino e o sacco, destroe-as por intermedio do dedo ou do ferro, e procede depois como no caso da hernia reductivel.

Não nos diz Oribase, se, pelo seu processo, obtinha a cura radical das hernias; tem contudo a pouco vulgar franqueza de não occultar o grande numero de individuos que perdia, quer a morte fosse devida á hemorrhagia, quer á peritonite generalisada, quer á scepticemia, devida geralmente á decomposição dos coagulos.

Antes de chegar ao periodo dos arabes e arabistas, encontramos dois homens importantes: Aëtius e Paulo d'Egina.

Aëtius copiou Oribase, e, como elle, recommenda a intervenção cirurgica no tratamento radical das hernias.

Paulo d'Egina ataca as hernias, quaesquer que ellas sejam, por processos variaveis, segundo as regiões. Como Celso e como todos os cirurgiões até ao seculo XVIII, divide as hernias em duas grandes variedades, ás quaes liga a mesma importancia: hernias com ruptura do peritoneo, e hernias com distensão do peritoneo.

Na região umbilical seguia um processo analogo ao de Celso, ainda hoje seguido, e que será descripto em outra parte do nosso trabalho; nas hernias inguinaes, porém, operava por processo differente segundo tratava

d'um enterocele ou d'um bubonoccele; n'aquelle, a castração era indispensavel, n'este, poupava o testiculo.

Com Paulo d'Egina termina a cirurgia grega e começa a arabe.

Os cirurgiões mais importantes d'este tempo como são Avicenna, Albucassis, Haliabbas, etc., fundam escolas, invadem a Europa, e, em Hespanha, fundam as famosas Universidades de Toledo e Cordova.

D'aqui alguns medicos, judeus na maior parte, dirigem-se para a Italia, e fundam a escola de Salerno, enriquecida com todos os thesouros da sciencia arabe e com as obras de Hippocrates e de Galeno. Com ella começa o periodo dos arabistas, e apparecem cirurgiões eminentes, como Roger, Roland, etc., a sustentarem as doutrinas lá professadas.

N'este mesmo tempo, seculo xiii, começa a fallar-se em outra escola italiana, a de Bologha, onde os cirurgiões mais importantes são Hugus, Bruno e Guilherme de Salicet.

É por este tempo que as dissensões politicas se accentuam, e que muitos cirurgiões deixam a Italia; fogem para Paris, e a cirurgia italiana fica completamente obscura e apenas exercida por mãos d'empiricos. «A maior parte dos que exercem esta arte, diz Bruno, são idiotas, rusticos e imbecis, e o que é mais horrivel ainda, é que, mulheres vis e presumpçosas, não temem fazer abuso d'ella.»

Em Paris acontece o mesmo; os cirurgiões

acham degradante a acção manual, e o proprio Linfranc não opera nem nas hernias, nem na ascite, nem na *pedra*. Foi, pois, o procedimento dos cirurgiões que creou o estado em que vemos a cirurgia n'esta época, época dos empiricos, dos charlatães, dos operadores ambulantes, que, homens e mulheres, de ferro em punho, até ao século xviii, ensanguentaram as cidades e aldeias, propondo a cura radical, castrando os herniosos, chegando a tal ponto que foi preciso os poderes publicos tomarem as medidas necessarias para evitar tal mutilação.

A castração era o processo mais conhecido para obter a cura radical das hernias, e estava em tal voga esta operação, que um cirurgião de Montpellier, Balescon de Tarante, preconisava-a *como meio muito efficaz na cura da lepra!!*

Sobresae n'esta época, século xiv, a escola de Montpellier, onde a cirurgia, tendo por ornamento a Guy de Chauliac, não é considerada degradante.

Guy de Chauliac representa a cirurgia do século xiv, e é elle que nos dá, sobre a cura radical das hernias, além das suas ideias e as do século em que viveu, os processos usados pelos arabes e pelas escolas de Salerno e Bologha. Este cirurgião não foi atacado pelo contagio operatorio dos arabes e arabistas; nunca operava individuos fracos, nem de idade avançada; para os novos, primeiro recorria ás fun-

das, aos medicamentos e ao regimen; a operação deixava-a para casos extremos.

Qualquer que fosse a funda aconselhada por este cirurgião, recommendava o uso d'ella por longo tempo, guardar o repouso no leito, e seguir um regimen especial.

Era para elle um adjuvante importantissimo, para a cura radical das hernias, o uso de um emplastro adstringente, formado de clara d'ovo, como vehiculo, e de noz de galha, alumen, antimonio, casca de romã, etc., como principios activos.

N'outros casos, principalmente nas hernias inguinaes, o emplastro era ainda mais singular; além de lethargirio e terebentina, entravam na sua composição, vermes, pelles frescas de enguias, sangue humano, pelles de carneiro cosidas em agua de chuva ou vinagre, etc.

Apezar da composição complexa d'este emplastro, Guy de Chauliac não lhe ligava grande poder curativo, e muitas vezes o punha de parte para seguir outro processo, nada menos recreativo e inefficaz. O doente ingeria pó de magnetes e cobria a hernia com limalha de ferro; em virtude da acção attractiva do magnete sobre a limalha, a hernia reduzia-se, com *pouca despesa e com pouco trabalho!*

Os arabes tinham a mania operatoria, que fielmente incutiram nas escolas de Salerno e Bolonha.

Operavam todas as hernias, ora seguindo um processo analogo ao de Celso nas hernias

umbilicaes, ora empregando meios operatórios, mais ou menos energicos, na cura das hernias inguinaes.

Os methodos geraes a que se podem reduzir todos estes processos são quatro.

No primeiro atavam no peritoneo, na parte mais superior a que podiam ir, um laço, excessivamente apertado, formado d'um fio resistente, dando mesmo quatro ou cinco voltas.

No segundo serviam-se do cauterio actual; levantavam o testiculo até á arcada publica e traçavam-lhe o contorno a tinta n'esse ponto, deixavam-n'o cahir e com o cauterio queimavam até ao pubis, seguindo o diametro transversal do risco feito a tinta, cortando por consequente o cordão.

O terceiro methodo differe apenas em que o cauterio potencial substitue o actual.

O quarto é devido a Roger que não usa nem do ferro nem dos causticos; serve-se de uma agulha, armada d'uma *chordette*; enterra-a e faz-a passar o mais profundamente possível por baixo do peritoneo e tira-a o mais proximo do orificio de entrada; ata as duas extremidades do fio n'um pequeno pau, cercado de panno, afim de evitar a excoriação da pelle, e aperta o nó todos os dias; a operação acaba quando o fio cortou o cordão, o peritoneo e a pelle. Todos estes methodos produzem a castração, mas, no dizer de Guy de Chauliac, são perfeitos e garantem a cura radical da hernia inguinal.

No século xv apparecem em Italia quatro cirurgiões, Arculanus, Barthelemy de Montegnana, Mathus de Gradi e Marco Guaterrama, que caracterisam uma época na cura radical das hernias, pela attenção que ligam ao uso das fundas, e pelo esquecimento a que votam as operações cruentas.

Esta inclinação para o tratamento das hernias pelas fundas vae-se accentuando, e, se ainda depois encontramos cirurgiões como A. Paré, Franco e Fabrice, e os vemos vacillarem no emprego das fundas e seguirem em alguns casos o methodo operatorio, podemos dizer que os casos em que as fundas se empregam, são a regra, como é excepção o emprego dos meios cruentos.

Antes de lançarem mão da operação cruenta esgotavam todos os recursos que a arte lhes offerecia n'essa época; conheciam bem o partido que se podia tirar das fundas e do repouso; observavam casos de cura radical com o uso d'estes meios; não esqueciam o emprego de emplastos de composição mais ou menos esquisita; ligavam grande importancia á nutrição do doente, prescrevendo-lhe uma dieta mais ou menos caprichosa.

Quando condições de resistencia organica, insuccesso por outros meios, ou outra qualquer circumstancia lhe indicavam a operação, escolhiam sempre o processo operatorio que mais garantias lhe dêsse para a conservação dos testiculos.

A castração começou a ser esquecida e penas rigorosas foram impostas aos castradores.

Dionis atacou vivamente os processos operatorios; confiava em absoluto no emprego das fundas; considerava a intervenção cirurgica contraria ás leis divinas e humanas, e por favor admittia que os religiosos fossem operados, quando preferissem a cura da hernia aos testiculos. As razões com que sustentava este modo de vêr são engraçadas, e não nos podemos furtar a apresental-as; eram, a inutilidade dos testiculos nos religiosos, e a caridade de os livrar dos tormentos que elles lhes produziam.

Vê-se que, se Dionis combatia a castração como immoral, encarava-a como meio seguro de obter a cura radical das hernias inguinaes.

No seculo xviii continua-se a seguir o modo de vêr de Dionis; é n'esta época que, cirurgiões importantes, como L. Petit, Arnaud, Garregeot, Richter, etc., fazem o estudo profundo das hernias.

Variedades, symptomas e anatomia pathologica, foram estudadas, e pôde dizer-se que o estudo das hernias ficou quasi completo, pouco restando talvez a fazer no seculo actual.

O procedimento dos cirurgiões no seculo xviii não é uniforme; mas a pratica geral pôde resumir-se no seguinte: nunca tocar, excepto em casos excepçionaes, nas hernias que não são estranguladas; pôr de parte os processos cruentos na cura das hernias reductiveis. É,

em summa, o unico meio seguido para obter a cura radical; só se pôde tentar a cura radical, por processos cirurgicos, depois da hernia estrangulada. Eis as conclusões que se podem lêr no *Tratado das hernias*, de Richter.

Não se pense, comtudo, que n'este seculo se não tentou a cura radical por processos cirurgicos; o que caracteriza o seculo xviii é que, cada um dos processos operatorios tinha poucos adeptos, ao passo que os cirurgiões, que os combatiam, eram em grande numero.

Luiz Petit, que tentou a cura radical para as hernias não estranguladas, com successos lamentaveis, guarda a operação para as hernias estranguladas; não abre o sacco herniario, e apenas se limita a desbridar o anel. Os casos em que supprime o sacco, quer pelo bisturi, quer pelos causticos, são limitades e indicados pela espessura do sacco, e pela impossibilidade de o fazer entrar no abdomen. Desde que a hernia está reduzida, trata-a pela funda elastica que, segundo a sua opinião, modifica os tecidos, anneis, sacco, etc., e, no caso de epiplocele, endurece o epiploon e transforma-o em rolha obturadora.

Garengéot não toca nas hernias reductiveis; é um fervente apologista das fundas, e, nas hernias estranguladas, pratica a kelotomia sem abertura do sacco. Comtudo a ligadura e a extirpação do sacco havia muito que tinham sido propostas; no seculo xviii, Sermesius, Leuff e outros preconizam-n'as de novo; mas Heister

é o unico a aceitar o seu emprego sómente nos casos de hernias inguinaes estranguladas.

L. Drau e Richter observam que a disseccção do sacco herniario é ás vezes muito difficil. Richter prefere á disseccção a simples escarificação do collo do sacco, que é menos perigosa e tão efficaç como ella, reservando-a, porém, para as hernias inguinaes estranguladas. Não são estas as ideias d'alguns cirurgiões que, de épocas a épocas, tentam fazer reviver os processos operatorios cruentos nas hernias não estranguladas.

Gauthier e Maget propoem a cauterisação directa do annel herniario. Descobrem o cordão espermatico e tocam de leve o annel, os dois pillares, o periosseo do pubis, e mesmo o cordão, com acido sulfurico: este processo é applicavel ás hernias reductiveis, precisando precedel-o, nas estranguladas, da kelotomia.

Leblanc põe de parte a escarificação para seguir a dilatação do annel; pois que, segundo elle, a dilatação produzia nas fibras do annel contrações que terminavam por estreital-o; o annel estreitado, actuava no sacco herniario encostando-lhe as paredes que, pela adherencia, iam constituir um obstaculo á sahida das visceras.

No dizer de Leblanc a operação é rapida, inoffensiva, e satisfaz á cura radical das hernias reductiveis ou estranguladas.

Qualquer processo de cûra radical, por mais inoffensivo que pareça, tem tido contradictores;

e parece que o único que escapou, e não succumbiu, foi o de Saviard, retomado por Desault, com successo admiravel, principalmente na hernia umbilical.

Desault, depois de applicar a ligadura em 50 casos de hernias umbilicaes, com optimos resultados, chega a aceitar o principio seguinte: a ligadura não é perigosa e dá melhor resultado que a funda: é bom saber comtudo que as creanças operadas por elle, usaram de fundas durante os dois ou tres mezes que seguiram á operação.

O aperfeiçoamento dos meios de contensão e a observação de curas radicaes, mesmo em velhos, pelo repouso, fizeram pôr de parte os processos cruentos na cura radical das hernias, no principio do seculo actual.

É esta a razão porque se vê prevalecer a opinião de que todos os processos cruentos são mais ou menos perigosos; que nenhum assegura a cura radical; e que tudo o que se fizesse, excepto a applicação bem feita d'uma funda apropriada, era uma má pratica.

Eram estas as ideias do principio do seculo actual, herdadas dos cirurgiões do fim do seculo xviii.

É em 1835 que, Gerdy, inventando a invaginação do scroto, levanta a questão da cura radical. Apparecem então processos de Velpeau, de Leroy d'Etiolle, de Bonnet, de Malgaigne, de Mayor, de Guerin, etc., visando a este fim.

N'esta época a preocupação das sociedades scientificas é a cura das hernias; as monographias succedem-se e em 1841, em uma these, é esta questão defendida por Thyerri.

Com a morte de Gerdy apparece o silencio sobre a cura das hernias; os processos operatorios começam a ser considerados perigosos e a funda retoma o logar perdido.

Isto em França. N'outros paizes a descrença não domina os cirurgiões, e em Inglaterra apparece Wood que elogia em extremo os processos operatorios e confirma os resultados brilhantes da intervenção cirurgica com uma estatistica pessoal de 300 casos.

Dowel, na America, segue a mesma opinião. Ao lado da cura radical pelo bisturi encontramos outro processo menos perigoso, e que em França vae ganhando adeptos: é o das injectões sub-cutaneas de Luton.

É principalmente Lucas Championnière, que nos hospitaes de Paris, tem recorrido ao tratamento cirurgico nas hernias não estranguladas.

II

Condições favoraveis á cura radical espontanea das hernias

Haverá, nos casos d'hernias, condições que favoreçam a sua cura radical, sem o auxilio de operações cruentas? Poderão as hernias curar-se espontaneamente? Ha e podem.

As condições que podem levar a este resultado são geraes e locaes, sendo aquellas pertencentes ao individuo, e estas á hernia e sua séde. Não é inopportuno demorarmos-nos a analysar estas condições, porque das conclusões a que chegarmos tiraremos contra-indicações e indicações para o tratamento cirurgico das hernias.

Condições referentes ao individuo — Todos os praticos estão d'accordo na influencia que tem, na producção das hernias, a idade, profissão, hereditariedade, estatura, constituição e fórma do ventre.

É evidente que as probabilidades da cura variarão com a idade do hernioso; na infancia a cura é prompta, facil, attendendo á grande vitalidade organica n'esta idade, e mesmo á falta de movimentos forçados. As hernias, que se produzem dos 10 aos 35 annos, chamadas *hernias de força*, são produzidas por um esforço; os tecidos conservam a sua tonicidade e não precisam, para voltar ao estado normal, mais do que a redução completa da hernia.

As hernias da idade madura e da velhice, hernias chamadas de fraqueza, encontram-se em fracas condições de curabilidade; os tecidos estão velhos, gastos, e a sua vitalidade é tão limitada que mal se póde contar com ella.

A saude geral do individuo tem uma importancia capital; as doenças debilitantes, a miseria physiologica, os trabalhos exagerados, e toda essa serie de causas que debilitam o or-

ganismo, enfraquecem a resistencia dos anneis fibrosos e musculares, e por conseguinte obstam á cura radical das hernias ou pelo menos desfavorecem-na.

As doenças que são acompanhadas de esforços exagerados ou mais frequentes que os normaes, taes como a difficuldade na micção e defecação; as complicações respiratorias, em que a respiração imprime movimentos anormaes ao abdomen, têm uma acção desfavoravel na cura das hernias.

A fôrma do ventre está nos mesmos casos. Malgaigne distingue nos herniosos tres fôrmas de ventre; uma chata, outra abobadada e outra apresentando uma fôrma especial, chamada por este cirurgião — *ventre de triplice saliencia*.

É esta ultima fôrma que mais se oppõe á cura das hernias; um pequeno esforço basta para deslocar as visceras, e, por conseguinte, os herniosos, n'este caso, estão facilmente dispostos a recahidas ou á formação de novas hernias.

Condições referentes ás hernias—Atendendo á composição da maior parte das hernias temos de considerar condições favoraveis provenientes quer do sacco, quer do conteúdo.

Saco—É sempre constituido á custa do peritoneo, quer seja congenito, preformado, ou resulte do escorregamento ou distensão d'esta serosa, ou, o que é mais provavel, pela associação d'estes dois processos; em qualquer dos casos participa sempre das propriedades ana-

tomicas e susceptibilidades morbidas da membrana que lhe dá origem.

Como todas as serosas, o sacco possui em alto grau o poder adhesivo que todos os processos operatorios tentam aproveitar.

Póde esta adhesão ir até a ponto de obliterar ou fazer desaparecer o sacco?

Nas hernias congenitas tem-se observado o desaparecimento espontaneo do sacco; nas outras, só quando haja a intervenção de causas accidentaes ou provocadas.

É um facto normal a obliteração do canal peritoneo-vaginal; se, por uma falta de desenvolvimento definitivo, ou apenas por uma retardação de evolução, o vemos conservar a comunicação aberta entre o peritoneo e a tunica vaginal, é facil apparecer mais tarde, por qualquer causa, o processo de obliteração em virtude do qual a comunicação acaba. Esta condição, tão favoravel á cura das hernias, é privativa da hernia inguinal congenita.

Nas outras hernias o sacco não tem tendencia a obliterar-se; mas pelo contrario a crescer.

Os órgãos deslocados provocam gradualmente, nos trajectos que atravessam, lesões irritativas e phlegmasicas, cuja resultante é a formação d'um tecido fibroso accidental. Este trabalho phlegmasico localisa-se ao nivel do collo do sacco, provocando na face interna d'elle espessuras denominadas stigmates de Cloquet, e na peripheria a hypervascularisação do tecido, a sua transformação fibrosa, e a sua retracção.

Ha por consequencia uma tendencia á obliteração, podendo criar-se um obstaculo, ainda que temporario, á sahida das visceras.

Uma outra modificação importante é a formação do lipoma herniario, que Broca não duvida admittir como um processo natural para a cura das hernias, e que Bernutz julga apenas como favoravel, visto que, para elle, a gordura só vem occupar o lugar vasio resultante da retracção do sacco. Malgaigne, e Le Dentu ainda apontam, como condições favoraveis á cura, o desenvolvimento do utero na gravidez, ou a formação d'um tumor abdominal, casos estes que, produzindo a distensão do peritoneo, podem fazer desaparecer o sacco, quer elle seja recente, quer mesmo já apresente stigmates.

Fallam tambem do decubito dorsal prolongado e do apparecimento d'uma hernia secundaria, como causa da reducção do sacco. Estas curas espontaneas merecem-nos uma reserva grande, pois que estamos a vêr dar-se a recalhida logo que desapareça a causa que conservava a hernia reduzida e fazia desaparecer o sacco.

Foi isto o que Paul Reclus observou n'um doente que operou por causa d'um hydrocele que continha reduzida uma hernia; esta appareceu logo que o liquido lhe deixou logar para a sua formação.

Ácerca das visceras nada encontramos que nos pareça favorecer a cura radical espontanea; uma vez produzida a hernia, as visceras

não têm tendencia alguma para se reduzir; pelo contrario augmenta sempre a tendencia para a sahida.

Séde da hernia — Os orificios em que se produzem as hernias de que tratamos, têm de commum a structura fibrosa, mas differem em muitos pontos de vista.

O anel crural é um simples orificio, sem trajecto, que as visceras têm apenas de distender para fazer hernia. A rigidez dos bordos é sempre sustentada pela tensão reciproca dos ligamentos de Fallopiá e de Gimbernát, e resistencia do pubis.

Não existe n'elle nenhuma disposição anatomica, nenhuma tendencia evolutiva que venha favorecer a oclusão do orificio de sahida da hernia. Demais, a tensão dos ligamentos e a passagem dos vasos femoraes, oppõem-se á approximação artificial dos bordos do orificio crural.

Nas hernias umbilicaes o orificio é igualmente fibroso, sem espessura e sem trajecto. No adulto não tem tendencia a obliterar-se e, abandonado, deixa-se distender á medida que a hernia cresce.

Na creança já não se dá isto; cahido o cordão, o papel do orificio umbilical termina e a obliteração completa-se d'uma maneira definitiva. Se este phenomeno de obliteração se não completa, quer por se produzir uma hernia congenita, que obsta á sua realisacão, quer por outra qualquer causa, a tendencia á obli-

teração não se extingue e, logo que cesse a causa que a embarçava, continuar-se-ha a produzir a união dos bordos do orificio. Resta, pois, que se favoreça a contensão e redução das visceras, para se dar a cura. É, pois, a tendencia á cura o que caracteriza as hernias da infancia, tendencia que vae desapparecendo com a idade para ser nulla no estado adulto.

O canal inguinal, fibroso como os precedentes, analogo ao umbilical pelas transformações physiologicas, dá passagem, no homem, aos elementos do cordão, e ao ligamento redondo na mulher.

Não é como os precedentes apenas um orificio; é um verdadeiro canal obliquamente cavado na espessura da parede abdominal.

Os phenomenos evolutivos do canal inguinal não são nitidos como os que se dão no orificio umbilical, e apenas se limitam ao canal peritoneo-vaginal; falta aqui o estreitamento aponevrotico accusado no orificio umbilical.

No embrião, antes do 7.º mez, o trajecto inguinal é rectilíneo; os dois orificios estão em face um do outro e, só mais tarde, por causa do desenvolvimento da bacia, e o afastamento dos ossos iliacos, é que, afastando-se os dous orificios, se transforma n'um canal obliquo, fôrma e direcção que conserva no futuro.

Durante a infancia e juventude ha tendencia ao encostamento das paredes do canal; e, se este fôr distendido por uma viscera, logo que esta seja reduzida, as paredes encostam-se de

novo sem deixarem outro espaço além do necessario para a passagem do cordão no homem e ligamento redondo na mulher; assim temos aqui condições favoraveis para a cura das hernias na constituição anatomica do canal, principalmente sendo ellas pequenas e recentes, e dando-se em individuos na primeira infancia.

Ainda a direcção do canal é de importancia, pois que o torna accessivel á compressão directa, que terá por effeito a approximação, face a face, das suas paredes, e, por conseguinte, lhe fará desaparecer o calibre, obliterando assim o trajecto que as visceras podiam seguir.

D'estas considerações conclue-se que, se a cura radical, espontanea, das hernias é possivel, poucos são os casos em que o facto se realise; porquanto:

Na hernia crural, condições desfavoraveis em qualquer idade;

Na hernia umbilical, condições favoraveis no principio da vida e desfavoraveis depois;

Na hernia inguinal, condições favoraveis pela evolução do canal peritoneo-vaginal, e depois, apenas resultantes da fôrma do canal.

Comtudo a forma do canal é logo alterada, as aberturas approximam-se e o canal é convertido n'um anel analogo ao crural.

São, pois, pouco animadores e pouco numerosos os elementos da cura, e tanto menos que uma hernia não se póde julgar curada unicamente porque o collo do sacco chegou a obli-

terar-se; se o anel fibroso ficou aberto, a hernia póde estar reduzida, sem comtudo estar curada.

* * *

Conhecidas as condições favoraveis que podem produzir a cura das hernias, resta-nos esperar que essas condições appareçam e evoluçionem até que a obliteração do orificio da hernia se complete.

A condição indispensavel para este phenomeno se dar é a reducção e contensão da hernia.

A contensão opera-se por meio das fundas, meio conhecido em todos os tempos, mas primitivamente tão simples que bem se poderia considerar como prejudicial em vez de vantajoso. Os aperfeiçoamentos, que durante seculos as fundas soffreram, e os resultados vantajosos obtidos pelo seu emprego, obrigaram muitos cirurgiões a usal-as com verdadeiro enthusiasmo.

Não descreveremos as fundas usadas pelos antigos, nem mais voltaremos a fallar dos topicos que elles empregavam, porque consideramos isso desnecessario e mesmo nada proveitoso.

Apresentar e descrever as diversas fundas actualmente usadas, notando as fórmas variadas, proprias para os diversos casos de her-

nias, seria trabalho longo e completamente fóra do quadro d'esta dissertação.

Saber quaes as preferiveis, aquellas que melhor satisfazem aos differentes casos, o tempo que deve durar a sua applicação, etc., são problemas que se não prestam a generalidades e que o cirurgião só póde resolver nos diversos casos occorrentes.

O professor Gosselin resume as condições geraes a que deve satisfazer uma funda da maneira seguinte:

1.º É preciso que a hernia seja bem reduzida, antes da applicação da funda.

2.º É preciso que a funda seja bem collocada, isto é, que a *pellota* seja posta exactamente sobre a abertura e trajecto da hernia. As pello-tas duras, segundo Malgaigne, convêm mais para comprimir o canal, e as molles para as hernias directas.

3.º É preciso que a *pellota*, bem collocada, fique no lugar, todo o tempo que deva durar a contensão e, sobretudo, que não escorregue debaixo para cima, como acontece muitas vezes.

4.º É preciso que a *pellota* exerça uma compressão sufficiente para resistir á impulsão e sahida das visceras.

5.º É preciso que o doente possa supportar a pressão, e portanto que não haja muita sensibilidade na região, e que a pelle não se torne erythematosas.

Quando estas condições se realisam durante

um lapso de tempo conveniente, diz Gosselin, a hernia pôde desaparecer definitivamente, nos adolescentes e nos adultos e, sobretudo, nas creanças.

É ainda Gosselin que nos ensina o processo porque se opera a cura radical das hernias, com o auxilio das fundas.

Nas creanças a evolução natural dos orificios por onde se fazem as hernias é um factor essencial de cura, e é tão importante, que se conhecem casos de cura mesmo em individuos nos quaes a applicação das fundas foi imperfeita, sem com isto querermos indicar que não deva haver todo o cuidado na applicação d'uma funda que satisfaça ás condições já indicadas.

No adulto não é assim, e segundo Gosselin o mechanismo da cura dá-se:

1.º Pela entrada do sacco juntamente com as visceras.

2.º Pela entrada das visceras ficando o sacco no logar e soffrendo modificações variadas.

A cura, pela redução do sacco, apresenta duas variedades: o sacco reduz-se e desfaz-se pelo desenrolamento do collo, principalmente nas hernias recentes; o sacco reduz-se mas o collo é inextensivel, não se desfaz, e d'ahi talvez o estrangulamento interno.

No caso em que a cura se dá com persistencia do sacco, as modificações, que se podem dar n'elle, são:

1.º Estreitamento do collo pela formação dos stigmates de Cloquet.

2.º Adhesão do sacco e das paredes do canal, observada principalmente nas hernias inguinaes estranguladas ou inflammadas, e sobre as quaes, depois de reduzidas, e não tendo sido o canal dilatado ao excesso, se applicou uma funda. São as lesões da peritonite adhesiva as aproveitadas para esta solidificação, e Malgaigne viu-as duas vezes operar a cura.

3.º O desenvolvimento de tecido adiposo, quer na fôrma de lipoma, quer na fôrma de rebordo, *tapando* o collo do sacco e obliterando-o.

Ha comtudo quem ponha em duvida este modo de obliteração do sacco.

4.º Adherencia mais ou menos intima do epiploon ao bordo do collo do sacco, que é especial aos epiploceles irreductiveis.

Não pomos em duvida nenhum d'estes processos, e achamos até alguns muito capazes de obstar á sahida das visceras; mas o que tememos é que mais tarde ou mais cedo se forme outra hernia, quer no mesmo sacco, quer por cima ou aos lados.

Só assim é que poderemos explicar a recalhida, passados muitos annos, depois de se considerar a cura obtida.

Mas não se pense que julgamos que por qualquer d'estes processos se não obtem a cura.

É para nós ponto corrente que a cura é frequente nas creanças e mesmo no adulto. L. Le Fort tem casos de cura, mesmo em ho-

mens de mais de 35 annos, usando apenas de fundas muito perfeitas e satisfazendo completamente ás condições apresentadas por Gosselin.

Não podemos determinar pela idade o processo a empregar para obter a cura das hernias, nem mesmo achamos rasoavel a divisão que aceitamos em hernias de força até aos 35 annos e hernias de fraqueza d'ahi por diante, porque conhecemos praticamente a maneira de Malgaigne se exprimir ácerca de constituições: «ha jovens vigorosos aos 50 annos, como ha homens vèlhos e gastos aos 30».

Ao que não podemos deixar de ligar importancia é ao volume da hernia, e mesmo á sua séde, para a escolha do methodo de tratamento; e continuando a lêr Gosselin achamos justas as suas conclusões a tal respeito:

1.º Que a hernia inguinal seja intersticial ou inguino-pubica, ou se é scrotal, seja pouco volumosa e que os anneis e o canal não sejam muito dilatados.

2.º Que a funda se adapte bem e se não desloque nos movimentos — condição que melhor será preenchida se o individuo guardar o leito.

3.º Que o cirurgião vigie nos primeiros dias o emprego da funda.

4.º Que o doente não faça esforços physiologicos grandes.

5.º Que a funda seja conservada de dia e de noite.

O tempo, em que n'estes casos se obtém a cura, varia de dois mezes a quatro annos.

Estes preceitos são igualmente applicaveis ás hernias umbilicaes; ás cruraes são inapplicaveis e Malgaigne diz ser loucura procurar a cura das cruraes por meio das fundas.

Não têm pois razão os livros classicos para dizerem que o tratamento das hernias pelas fundas é apenas palliativo.

Como fica dito, podem obter-se curas radicæes, principalmente n'aquellas hernias que são comprehendidas nos casos apontados por Gosselin. Podemos pois resumir as nossas ideias ácerca do tratamento das hernias pelas fundas, da maneira seguinte: as fundas podem curar radicalmente hernias umbilicaes e inguinaes em condições dadas; quando as não curem, a sua efficacia é tal que se pôde dizer que a hernia bem reduzida e bem contida está curada; mesmo no caso d'hernias incoerciveis ou reductiveis o emprego das fundas é favoravel e dá bons resultados, oppondo-se ao crescimento do mal e reduzindo ao minimo os inconvenientes de tal padecimento.

III

**Indicações e contra-indicações
do tratamento cirurgico**

As indicações e contra-indicações do tratamento cirurgico, facilmente se deduzem da leitura do capitulo precedente.

É claro que tendo o cirurgião á mão um meio simples de tratamento, que não offerece risco algum, garantindo muitas vezes a cura radical, não use d'outro que nem sempre attingirá o fim que deseja, e que póde comprometter, mais ou menos, a vida do doente.

Parece, pois, rasoavel e justa a conclusão seguinte—não tentar, por processos cirurgicos, a cura radical das hernias reductiveis e coerciveis.

Não se julgue que com esta conclusão queremos censurar os operadores que, muitas vezes, nos casos indicados n'ella, lançaram mão de processos cirurgicos no tratamento das hernias; não conhecemos as circumstancias que acompanharam essas hernias operadas, mas acreditamos que as havia, e poderosas, para levarem Riesel e outros a tentar a cura radical d'estas hernias por meio de processos cirurgicos.

Hernias incoerciveis reductiveis—Antes de estudarmos as indicações das operações n'estas hernias, estudemos as causas da sua

incoercibilidade, para assim se poder mais facilmente evitar a confusão entre as que são coercíveis e as que o não são.

Uma d'estas causas é a dôr que a funda produz; em alguns casos Gosselin considera estas dôres como nevralgias do cordão espermático.

Não costumam ser de intensidade excessiva, e o primeiro dever do cirurgião é variar os meios de contensão, o modo e o tempo d'applicação; usar de todos os artefícios que a sua imaginação lhe indique. Falhando o resultado de todos os seus esforços, o que poucas vezes acontece, julgamos que está indicada a intervenção cirurgica.

Além das hernias dolorosas, ha outras, ainda que raras, que, apesar de coercíveis e não dolorosas, influem sobre a saude geral do individuo d'uma maneira prejudicial, quer por perturbações gastricas ou vomitos, quer por outro qualquer quadro symptomatico; n'este caso julgamos indicada a intervenção cirurgica.

A difficuldade da applicação da funda, a tendencia que ha na hernia a augmentar de volume, a séde que ella affecta, as dimensões do orificio por onde a hernia se produz, a magreza do individuo, etc., são causas que podem constituir a incoercibilidade e que devem ser peizadas bem pelo cirurgião antes de se resolver a operar.

É difficil avaliar em commun as indicações da operação, e parece-nos que melhor as estu-

daremos em separado, em cada caso d'hernias, (por isso que cada caso é só igual a si proprio).

Hernias umbilicaes — Muitos casos de hernias umbilicaes congenitas têm sido operados com bom resultado; Hamilton operou uma, obtendo um optimo resultado em poucos dias; Hubbauer operou um exomphalo, do volume da cabeça d'uma creança, cosendo os bordos do annel umbilical; Nicaise é de opinião que, muitas vezes, se deve tentar a cura por processos cirurgicos.

Gosselin julga como pratica rasoavel coser o peritoneo quando a hernia se produz em seguida á queda do cordão.

Estes factos são, felizmente, excepções, e na maior parte das vezes achamos rasoavel a opinião de Duplay — sustentar a região umbilical por uma funda pouco apertada, e facilitar a ampliação da cavidade abdominal.

Ha uma tendencia grande nos operadores para intervir nos casos d'hernias d'esta classe; uns porque julgam, attendendo á idade dos individuos, que a cura é então mais provavel, e não querem perder a occasião de colher factos para avolumarem as suas estatisticas; outros porque, fascinados pelos meios cirurgicos, preferem o emprego d'estes meios, visto que nada confiam nos contentivos apenas.

Ora conhecida a grande tendencia para a cura nas hernias umbilicaes da creança, vista a grande vitalidade dos tecidos n'esta idade,

achamos justas as conclusões da these de Duplay, que se podem reduzir á seguinte — a cura radical das hernias umbilicaes das creanças nunca deve ser tentada por meio de processos cirurgicos.

Aos adultos applicaremos o mesmo conselho, quando poder ser; mas se as hernias forem volumosas, dolorosas; se a contensão fôr difficil; se os doentes estiverem impossibilitados de se entregarem ás suas occupações, e, conhecendo os perigos da operação, nol-a pedirem, achamos que a intervenção nunca poderá ser considerada como um crime, nem tão pouco ser julgada mal indicada.

Hernia inguinal — Relativamente ás da infancia podemos dizer o mesmo que fica dito das umbilicaes; mas ha uma variedade, em que a contensão é difficil em qualquer idade, por causa das dores que a pressão occasiona no testiculo, e por causa do receio legitimo que o cirurgião tem em comprometter o desenvolvimento completo d'elle, é a *inguinal congenita, complicada d'ectopia testicular*.

Muitos são os cirurgiões que consideram esta difficuldade de contensão como uma indicação formal do tratamento cirurgico.

É preciso, julgamos, ter muita prudencia; pois que a emigração do testiculo, ás vezes, só está completa na puberdade, e portanto o melhor procedimento é, segundo Gosselin, evitar a compressão do testiculo, esperar que elle continue o seu percurso, usar de fundas espe-

ciaes appropriadas para os diversos casos, e não tentar a cura radical.

Nos adultos faltam-nos estas razões e por isso julgamos a intervenção indicada, principalmente sendo a incoercibilidade manifesta e o doente a reclamar.

Hernia crural—Apezar de ser menos incommoda que as outras, é mais difficil de conter e sujeita a maiores perigos, pois que o estrangulamento é mais grave e mais commum n'esta variedade d'hernias, e por isso achamos que a intervenção n'este caso é, não só louvavel, mas mesmo justificada.

Podemos, pois, assentar em que nas hernias incoerciveis e reductiveis, a intervenção só será justificada por condições especiaes, quando se tiverem esgotado todos os recursos fornecidos pelas fundas.

Hernias irreductiveis e não estranguladas—As hernias irreductiveis, ha muito tempo, e que se podem considerar como não podendo ser reductiveis, constituem uma enfermidade difficil de supportar e um perigo eminente. As fundas de pelotas concavas, principalmente em certos individuos, podem dar excellentes resultados, poupando-os aos inconvenientes d'uma operação.

Podemos, com Vallete, proceder á operação d'esta classe d'hernias, principalmente em individuos novos, robustos, e que possam resistir ás complicações da operação.

Nunca devemos ter pressa em julgar a her-

nia irreductivel, porquanto os exemplos de diagnostico errado são frequentes, e todos os cirurgiões os têm encontrado. É aqui que a prudencia e a perseverança do cirurgião devem ser illimitadas.

Trelat conta-nos muitos factos dados com elle, em que a redução parecia impossivel, mas que elle realisou, lançando mão de diversos recursos da arte.

Se ha phenomenos d'inflammação, é preciso usar dos antiphlogisticos locais, principalmente do gelo; o repouso e os purgantes leves, a dieta lactea e tentativas raras de taxis, são elementos indispensaveis para se obter a redução que, muitas vezes, só se dá passado muito tempo. É preciso não fazer a primeira tentativa de taxis, sem ter o individuo durante alguns dias sujeito á dieta lactea e ao uso de purgantes; não se obtendo a redução da primeira vez, não se deve repetir a taxis sem que passem cinco a sete dias.

Uma pressão continua por meio d'um laço de cautchouc, durante duas horas, tem dado bons resultados. Se, porém, apezar de tudo esgotado, se não poder obter a redução, a intervenção cirurgica está indicada, e os deveres do medico cabalmente satisfeitos.

Hernia estrangulada — Aqui não ha duvidas nem discussões a respeito dos perigos da operação, porque o estado do doente é desesperado, tendo a morte certa em pouco tempo. Aqui a indicação importante é não perder tem-

po; não deixar alterar os órgãos herniados, adiando para tarde o que deve ser praticado cedo.

Resumindo estas considerações, achamos indicada a operação nas hernias incoercíveis e nas irreductíveis, guardando sempre certa reserva em relação á idade, constituição e estado geral da saúde do individuo.

D'uma maneira geral, os velhos e as crianças não devem ser operados; um individuo, affectado de doenças chronicas do pulmão, deve ser considerado como pouco proprio para ser operado, porque a tosse compromette o bom resultado da operação; o individuo magro, no qual os orificios herniarios são muito dilatados, está nas mesmas circumstancias.

Excepto na hernia estrangulada, caso em que toda a urgencia é pouca, podemos dizer que a operação da hernia não precisa de ser feita logo; póde esperar para que, d'alguma maneira, preparemos o individuo, afim d'elle poder resistir ás complicações que lhe podem advir da operação.

Deprehende-se facilmente das conclusões a que chegamos que não somos ferventes apolo-gistas da cura radical cirurgica das hernias, e que nos empenharemos por tratar as hernias, sempre que podermos, pelas fundas.

Esta nossa desconfiança no tratamento cirurgico provém apenas da leitura das estatísticas que consultamos e que dizem, a maior parte — *curado mas não visto, recahida, no mesmo estado, etc.*

Ha casos comtudo em que a cura é nitida; o doente foi observado por muitos annos e a autopsia veio confirmar o desaparecimento da cavidade do sacco, a obliteração do collo e do orificio de sahida, isto é, a cura radical; estes, porém, são em numero tão inferior áquelles, que, por assim dizer, se podem reputar excepcionaes.

Para assentarmos no tratamento pelas fundas, e só em alguns casos pelos processos cirurgicos, não attendemos ás variadas complicações que podem advir das operações praticadas em regiões em que se produzem as hernias, nem tão pouco á natureza dos órgãos interessados por as mesmas operações.

Temos confiança bastante nos pensos anti-septicos, rigorosamente executados, não por nós, mas por cirurgiões eminentes, para nos deixar intimidar d'essas complicações, embora o meio em que o doente se conserve seja mau.

Não se entenda que não prestamos attenção á questão do meio; attendemos e conhecemos bem as suas funestas influencias; mas temos presentes no espirito casos de cicatrisação por primeira intenção, dados no Hospital Real de Santo Antonio, estabelecimento que não pôde ser reputado favoravel para este resultado.

SEGUNDA PARTE

PROCESSOS OPERATORIOS

En matière de hernie les conditions sont tellement diverses qu'il faut être prêt à appliquer des procédés variés suivant les circonstances.

L. Championnière.

Na primeira parte do nosso trabalho diziamos que, curar radicalmente as hernias, era fazer desaparecer a cavidade do saco ou obliterar-lhe o collo, e fechar o orificio de sahida das hernias.

Devem, pois, os processos operatorios, que aspiram á cura radical, tentar realisar alguma ou todas essas condições.

Os processos são tão numerosos e diversos como os cirurgiões que os têm empregado; ser-nos-ha, pois, impossivel fallar de todos ou da maior parte, porquanto os limites d'este trabalho devem ser proximos.

Não fallaremos das condições que devem preceder uma operação d'esta ordem, nem tão pouco dos cuidados que o cirurgião deve ter, não obstante os actuaes recursos, em evitar, o mais possível, a acção deleteria do meio e de seres, que podem prejudicar em extremo o bom resultado de qualquer operação.

Eram pontos estes em que tínhamos desejos de fallar, mas que serão postos de parte por falta de espaço e de tempo.

Na exposição dos methodos e processos que vamos apresentar, não faremos descrições completas, *por tempos*, porque conhecemos bem as difficuldades que ha em seguir uma descripção classica, na execução de qualquer operação, em que as complicações possíveis não são previstas. Muitas vezes o operador tem necessidade de afastar-se d'um processo, quer para se aproximar d'outro, quer para seguir um que a sua imaginação lhe dicta na occasião, segundo as eventualidades e complicações com que depara.

Comtudo temos a maxima vontade de fallar nos pontos necessarios para a comprehensão dos methodos e processos hoje seguidos.

Nos methodos operatorios, que vamos apresentar, podemos fazer uma grande divisão; uns executam-se a descoberto, os tegumentos são cortados até ao sacco e este soffre manobras differentes; n'outros as partes conservam-se, as operações são sub-cutaneas.

**Methodo operatorio a descoberto,
applicavel ás hernias
reductiveis e irreductiveis**

N'este methodo, como já fica dito, os tegumentos são cortados, o sacco é posto a descoberto e soffre modificações, que Reverdin classifica em tres grupos:

1.º Ligadura ou sutura do collo, com ou sem extirpação do sacco (Nussbaum e Riesel).

2.º Ligadura ou sutura do collo, com sutura do orificio herniario e com ou sem extirpação do sacco (Czerny).

3.º Abertura do sacco, dragagem do collo sem ligadura do collo, sem sutura do annel (Schede).

1.º **Ligadura do collo do sacco** — A ligadura do collo do sacco corresponde a uma pratica antiquissima na cura das hernias; e executa-se geralmente com um fio de catgut, de consistencia sufficiente.

O *modus faciendi* é differente, segundo os cirurgiões, mas o mais facil é a ligadura circular. Dissecta-se o collo do sacco e aperta-se fortemente com um fio. Riesel, para melhor se certificar da solidez da ligadura, fal-a dupla, da maneira seguinte: transfixa o collo por um fio duplo; as duas metades do fio ligam isoladamente as duas metades do collo, reunindo-as depois por uma ligadura circular total.

A difficuldade d'esta manobra está na dissecção do collo do sacco, e Czerny, para se li-

vrar d'ella, propõe uma outra costura, *chamada costura interior do collo do sacco*.

Para a executar, abre largamente o sacco; agarra com pinças os labios da incisão do sacco e pucha-os o mais fóra possível; com uma agulha muito curva faz uma especie de costura de *franja*, isto é, corredia na parte interna do collo; repucha as extremidades do fio e obtém o encostamento das paredes do collo.

D'uma ou d'outra maneira faz-se a ligadura do collo, ligadura que deve ser bem apertada; alguns cirurgiões cortam as extremidades do fio junto do nó; outros servem-se d'ellas para suturar os orificios do annel, ou dos pillares. O que todos recommendam é que a ligadura seja feita no ponto mais superiormente accessivel; para isto se obter, uns repucham o sacco para fóra o mais possível; outros, como Riesel, corfam, na hernia inguinal, o canal inguinal e obtém melhor este resultado.

A maior parte dos cirurgiões aconselham a redução do pediculo, quando o sacco é extirpado, e Socin, quando o não extirpa, corta-o por baixo do laço e reduz o pediculo.

2.º Manobras dirigindo-se ao corpo do sacco—O sacco é tratado de maneiras differentes, segundo os operadores, ora ficando na ferida, ora sendo extirpado. Riesel, nas suas primeiras operações, disseca o sacco, na visinhança do collo, sem o abrir; invagina o fundo do sacco no collo e sustenta-o ahi, transfixando-o por um fio de catgut. Era este ennovella-

mento do saco no anel que Garengéot aconselhava na cura das hernias não estranguladas, e que L. Petit tantas vezes executou.

Felizot segue uma pratica analogá, combinando o ennovellamento do saco com a torsão da parte superior do collo. Assim obtem um *tampont* orgânico que obtura o anel.

O sacco pôde ficar na ferida, mas depois de cosido.—A sutura do corpo do sacco pôde fazer-se de tres modos; suturam-se os bordos da incisão do sacco com os da incisão dos tegumentos (Schédé); o sacco é simplesmente cosido ao nivel dos labios da incisão, por uma sutura de pontos separados; ou á sutura da incisão do sacco junta-se a das paredes do proprio sacco (Julliard), assegurando assim o contacto intimo das paredes.

Muitos outros cirurgiões combinam com a ligadura o cóрте do sacco, deixando-o permanecer na ferida sem outra manobra.

O sacco pôde ser extirpado.—Esta extirpação, praticada em muitos casos em que se tenta a cura radical das hernias, é precedida d'uma operação difficil, e em alguns casos impossivel — a disseccção do sacco.

Facil de fazer a disseccção nas hernias cruas, é excessivamente difficil nas inguinaes; por quanto muitas vezes o sacco está entre os elementos do cordão e para se obter a disseccção compromettem-se esses elementos, chegando a dar-se a gangrena do testiculo; muitos cirurgiões chegam a terminar a operação

com a castração, por não poderem obter a dissecação do saco.

Eliminado o saco ou tendo soffrido qualquer d'estas manobras, resta, para chegar ao fim desejado, obter a sutura dos anneis. Esta é apontada em muitas observações de cura radical da hernia crural. É difficil comprehender a sutura do anel crural por causa dos órgãos que lá passam; assim o anel crural não se póde obliterar, e Reverdin diz que, quando se falla na sutura d'este anel, se quer dizer—sutura dos anneis fibrosos accidentaes. Nas hernias umbilicaes e da linha branca, a reunião dos bordos do orificio aponevrotico obtem-se facilmente por uma costura de pontos separados; uns avivam os bordos, outros dispensam essa operação.

É principalmente na sutura dos orificios e tracto do canal inguinal que ha divergencia entre os operadores. Riesel corta a principio a parede anterior do canal inguinal (póde por isso ligar o collo na parte mais superior), aviva os bordos dos pillares e reúne os bordos da incisão da parede anterior do canal e os bordos dos pillares, por meio d'uma sutura de pontos separados, feita com catgut.

Czerny liga o collo, corta o saco abaixo da ligadura, deixa-o na ferida e coze os bordos dos pilares com seda phenicada.

Reverdin propõe que se façam pequenas incisões parallelas aos bordos dos pillares, para facilitar a approximação dos bordos. Estas pe-

quenas incisões interessam apenas a aponevrose do grande obliquo e são dispostas em duas series, de modo que, as d'uma alternam com as da outra. Realmente parece ter grande vantagem, favorecendo a approximação, visto a direcção dos pillares e contracção do grande obliquo se opporem a esta união.

Relativamente ás visceras, o operador deve estar sempre prevenido e contar com adherencias que quasi sempre encontra. As adherencias que possam existir entre o intestino e o saco são rotas e reduzidas com o intestino; outras vezes este é reduzido com a parte da serosa que está adherente; quando o epiploon está adherente então o procedimento dos cirurgiões é uniforme—ressecam-n'o.

Por pequena que seja a porção do epiploon, liga-se em massa e corta-se reduzindo-se geralmente o pediculo. Entretanto, alguns preferem fazer a ligadura em feixes, e em vez de os reduzir fixam-n'os ao collo do saco, suppondo obter assim uma obliteração mais completa.

A operação termina pela sutura da pelle; far-se-ha segundo as regras habituaes, depois de estabelecer uma dragagem com um tubo de Chassaignac, grosso, não depressivel e collocado segundo as leis do escoamento dos liquidos. Quando os retalhos da pelle são grandes, cortam-se e cosem-se de modo que os bordos fiquem coaptados.

A qual d'estas manobras daremos preferencia? Qual d'ellas theoricamente concorrerá melhor para a solução da questão?

Theoricamente a suppressão do sacco é a que melhor satisfaz, pois que a hernia para se reproduzir, gastará tempo na formação do novo sacco, e mesmo não podemos dizer que é sufficiente a ligadura do collo do sacco para conter a hernia.

Será a ligadura do collo, pois, a primeira manobra que seguiremos.

Das ligaduras do collo apontadas a mais simples será a melhor, e a circular parece-nos satisfazer bem. Comtudo se o pediculo tiver de ser reduzido, precisamos fazel-a de modo que ella não escorregue; e para isso podemos seguir a ligadura dupla, feita por meio de transfixão, como se faz na operação de ovariectomia.

Sempre que possamos obter a disseccção do sacco achamos bom que elle seja extirpado; esta disseccção, facil nas hernias umbilicaes e cruraes, é extremamente difficil e arriscada nas inguinaes, principalmente no homem.

Na mulher podemos considerar a disseccção como facil e analoga á das hernias cruraes.

Sutura dos pillares ou orificios herniarios — Parece-nos que não podemos esperar d'esta sutura o que theoricamente ella promette.

A hernia inguinal caminha por um canal obliquo, não sae por um simples orificio. Póde-se obliterar a sahida inferior, mas o canal e sahida superior persistirão; diz Reverdin, «a cicatriz é obrigada a relaxar-se sob o esforço dos pillares, que procurarão retomar a direcção primitiva, que a sutura desviou».

Parece, pois, que podemos considerar inutil a sutura do anel nas hernias inguinaes.

Nas cruraes, a sutura do anel crural é impossivel e já dissemos a razão d'isso. A sutura nos aneis secundarios ou accidentaes é facil e deve fazer-se.

Nas hernias umbilicaes é a sutura uma indicação, e L. Champiionnière diz que esse orificio deve ser tratado como o resultante d'uma ferida abdominal, isto é, deve ser suturado.

Concluindo, diremos — que a sutura excepcionalmente é indicada nas hernias inguinaes; que nos orificios accidentaes da hernia crural, a sutura deve fazer-se; e que nas umbilicaes é d'uma indicação nitida.

Terminaremos dizendo com Julliard: «a recachida sendo a regra, qualquer que seja o processo empregado, é inutil recorrer a suturas complicadas, que não valem nada. É preciso escolher um meio simples, que melhor cure e em menor tempo».

Podemos resumir os *tempos* da operação assim:

1.º Incisão da pelle e tecidos até se descobrir o sacco e aneis fibrosos;

2.º Reducção das visceras com ou sem abertura do sacco; ressecção do epiploon, se está adherente; ligadura e redução do pediculo. No caso de haver adherencias entre o intestino e o sacco, não hesitar em reduzir o intestino com a parte adherente do sacco;

3.º Ligadura do collo e extirpação do sacco, quando fôr possível;

4.º Em alguns casos, sutura dos aneis fibrosos;

5.º Drágagem da ferida por um tubo de Chassaignac, grosso, não depressivel e collocado segundo as leis do escoamento dos liquidos;

6.º Sutura da pelle;

7.º Um penso conveniente e compressivo.

Methodos operatorios sub-cutaneos e só applicaveis às hernias reductiveis

Apenas applicaveis às hernias umbilicaes ha processos que aspiram á cura radical, produzindo a mortificação dos involucros da hernia; são as ligaduras.

A ligadura simples pertence a Desault e eis como elle operava, segundo Bichat. Collocada a creança de costas, as coxas um pouco curvas e a cabeça pendente sobre o peito, Desault reduz as visceras herniadas, levanta as paredes da bolsa herniaria e escorrega-as entre os dedos para se certificar que as visceras

foram bem reduzidas. Levantada a bolsa, um ajudante dá com um fio voltas, quatro ou cinco, em volta da base da bolsa e ata as extremidades do fio com um duplo nó. As voltas não devem ser muito apertadas para não produzirem grande dór. Um penso apropriado sustenta o tumor immovel. Passados dias, a atadura relaxa-se e então applica-se outra.

No fim de oito a dez dias as partes mortificadas caem e resta uma pequena ulcera que, bem tratada, no fim de pouco tempo, desaparece.

Desault recommenda o uso d'uma funda durante alguns mezes.

Tyerry modificou este processo combinando a ligadura com a torsão da bolsa herniaria.

Duplay descreve a ligadura multipla de Bouchacourt que differe da de Desault em a bolsa ser ligada, por transfixão, em duas porções, e estas ainda unidas por uma ligadura circular, evitando assim o escorregamento do fio.

Outros processos applicaveis a todas as hernias d'esta classe, são os que provocam uma inflammção adhesiva no contorno ou trajecto da hernia; queremos referir-nos ás injeccões.

O liquido escolhido variava com os operadores, servindo-se Velpeau da tintura de iodo. Concebeu esta ideia tratando de um individuo portador d'uma hernia congenita e d'um hydrocele concomitante. Notou que a injeccção lhe tinha curado o hydrocele e a hernia; recommenda muito cuidado para que a injeccção seja

dada dentro do saco e não no tecido cellular circumvisinho, coisa difficil de evitar e que obrigou alguns cirurgiões a pôrem o methodo de parte.

Injecções peri-herniarias—Em 1875, Luton, tentou pela primeira vez a cura radical das hernias congenitas por injecções irritantes peri-herniarias. Segundo a sua opinião as injecções supprem o trabalho de constricção dos aneis, que é physiologico, mas que por qualquer causa pára na sua evolução.

A irritação deve ser moderada, não suppurativa, mas tal, que imprima a sua acção a todos os elementos peri-herniarios, cuja vitalidade é preciso reanimar.

O liquido, que Luton usa e que lhe parece melhor, é a solução saturada, a frio, de sal marinho.

São as hernias umbilicaes congenitas que elle suppõe curar melhor.

N'um caso de hernia umbilical, Luton injectou, nos quatro pontos cardeaes, 10 gottas de solução de sal marinho, saturada e filtrada: desenvolveu-se um leve endurecimento, sem abcesso, ao nivel das quatro injecções, mas a resolução deu-se e, no fim d'um mez, a hernia tinha desaparecido e o orificio estava obliterado.

Em 1877 praticou a operação em uma hernia inguinal congenita d'uma creança de 28 mezes, e obteve apenas unia melhora.

Em outra operação que Luton descreve, a

hernia era inguinal e o rapaz tinha 14 annos d'idade; diz Luton, «injectei vinte gottas de agua salgada em dois fôcos sub-cutaneos, ao nivel dos orificios interno e externo do canal inguinal. A reacção foi grande, mas não houve abcesso.»

«A creança sahiu do hospital, no fim de 15 dias, bem curada, na apparencia, e sem que os abalos da tosse fizessem apparecer a hernia.»

Este methodo tem grande numero de adeptos, que apenas modificam o liquido injectado; Schwalbe emprega uma solução de alcool a 70 por cento; Heaton e Warren empregam extracto de cascas de carvalho.

A obturação do canal foi tentada por outros processos; repulsão do testiculo para o canal, introdução d'um retalho autoplastico no canal, invaginação da pelle do scroto.

Há casos em que a repulsão do testiculo garante a cura da hernia; um é citado por Hunter e relativo a um estudante que, para conter a hernia, introduzia o testiculo no canal e ahi o sustentava com a mão mettida no bolso das calças; no fim d'um anno o testiculo fixo no canal obturava-o e continha a hernia.

O retalho autoplastico foi usado por Jameson na cura das hernias cruraes, e a primeira operação foi feita, em uma dama, da maneira seguinte: dissecou no triangulo de Scarpa um retalho, de fôrma triangular, cuja base correspondia á parte superior do anel crural. Intro-

duziu no anel o retalho, fixando-o por alguns pontos de sutura. A doente curou-se.

Langembeck, em 1874, aconselhou o mesmo processo na cura da hernia inguinal; talha um retalho quadrilatero, cuja base adherente corresponde ao nivel do canal inguinal, e cujo bordo inferior está collocado na parte anterior da coxa: disseca-o de baixo para cima, introduz-o no canal inguinal e sutura os bordos da solução de continuidade. Diz ter curado assim sete casos de hernias inguinaes.

A pelle do scroto foi aproveitada para produzir a cura da hernia, e os processos que derivam d'este methodo são conhecidos com a designação de *derivados do methodo de Gerdy*, que primeiro o applicou.

Baseiam-se todos na inflammação que provocam, e o proprio Gerdy dizia que, pela invaginação, procurava obliterar e inflamar o canal.

No principio, Gerdy, sustentava a invaginação por um apparelho que se compunha de duas hastes: uma inferior, cylindroide, era destinada a sustentar a pelle invaginada; a outra, destinada a morder e mortificar os tecidos, tinha dois dentes.

Renunciou depressa a este meio de contenção e começou a usar a sutura. Opera, no dizer de Malgaigne, da maneira seguinte: deitado o doente, o cirurgião com o indicador da mão esquerda repelle a parte anterior do scroto para o canal, levando-a o mais acima possível, e por diante do cordão; uma agulha curva,

munida de um fio, segue o indicador até ao fundo da invaginação; por um movimento de basculo fal-a sahir de modo a atravessar a pelle invaginada, a parede anterior do canal e a pelle da parede abdominal. Segura-se uma extremidade do fio e retira-se a agulha, sem ella se livrar da outra extremidade; espeta-se de novo e da mesma maneira a sahir a cerca de 12^{mm} do primeiro fio; retira-se a agulha des-enfiada. Atam-se estes fios sobre um bocado de sonda, e assim se tem um ponto para uma sutura em cavilha. Dois outros pontos se obtem pelo mesmo processo, um fóra, outro, dentro do que já está atado, ficando separados cerca de 12^{mm}.

Gerdy ás vezes tocava na pelle invaginada com um pincel embebido em ammoniaco concentrado; deitava o doente de modo que os musculos abdominaes ficassem relaxados.

A tumefacção resultante da operação cresce até o volume d'uma noz e depois suppura. O puz sae pelos orificios dos fios e pela pelle invaginada.

Os fios são tirados até ao oitavo dia, o tracto cicatriza-se e diz-se que o canal está obliterado.

O doente deve trazer uma funda até que a hernia não faça saliencia.

Muitos cirurgiões fizeram a este methodo modificações sem importancia; umas referentes á agulha, outras á costura, outras ao modo de obter a inflammacção, etc.

Methodo inglez ou de Wood

Em 1858 Wood praticou as primeiras operações pelo methodo inglez, que combina a invaginação do saco com a costura dos pillares fibrosos.

A principio servia-se d'uns alfinetes curvados em angulo recto, hoje porém opéra de maneira differente.

Os instrumentos necessarios para esta operação são :

- 1.º Uma agulha curva, munida de um encaixe, junto da ponta, analoga á de Reverdin ;
- 2.º Um bisturi analogo a um tenotomo ;
- 3.º Um fio de prata ;
- 4.º Uma compressa de linho.

Eis como elle opera na hernia inguinal. Anesthesiado o doente e reduzida a hernia, pratica uma incisão no seroto, ao nivel ou pouco abaixo do fundo do saco da hernia ; introduzindo horisontalmente o tenotomo separa a pelle e fascia que cerca o saco, na extensão de 4 centimetros, levanta os joelhos do operado para relaxar os tecidos da verilha.

Com o dedo indicador da mão esquerda, voltado para a parte anterior, invagina o saco o mais que póde..

Encurva o dedo de modo que, tendo elle passado para a parte posterior do pillar interno, o levante ; escorrega sobre o dedo, até

ao nível do pubis, a agulha; espeta o ligamento de Colles e atravessa obliquamente para cima e para dentro o pillar interno, indo sahir na pelle que está distendida para cima e para dentro por um ajudante.

Introduz o fio no encaixe e retira a agulha de modo que uma extremidade do fio sae na abertura praticada no scroto. Desenfia a agulha. Procura com o dedo invaginador o pillar externo, junto do ligamento de Poupart; passando por diante do cordão levanta o pillar; a agulha, levada como da primeira vez, atravessa o pillar externo e sae no sitio onde tinha sahido a primeira vez; introduzida no encaixe a extremidade do fio, retira-se a agulha que arrasta o fio para a abertura do scroto, ficando em cima uma ansa do fio.

Pinça-se, para fóra da abertura do scroto, com o pollegar e index, a bolsa da hernia e transfixa-se com a agulha por diante do cordão; enfiado um fio retira-se e assim fica uma extremidade do fio a atravessar a bolsa.

Puchando-se pela extremidade do fio obriga-se a ansa a chegar á abertura feita no scroto; sustenta-se ahi e torcem-se as extremidades do fio duas ou tres vezes; assim fica o sacco torcido entre as extremidades do fio.

Retira-se a ansa pelo orificio por onde entrou e assim se opera a invaginação do sacco torcido.

Recurva-se a ansa, por fóra da pelle, para baixo; as extremidades do fio para cima, e pas-

sam-se na ansa, fixando-se solidamente sobre a compressa de linho.

Usa-se um penso antiseptico e recobre-se o todo com a espiga da verilha. Passados 8 a 14 dias retiram-se os fios e a cura é definitiva.

* *

Percorrendo as estatisticas, que mais ou menos garantem o emprego dos methodos operatorios apontados, chegamos á seguinte conclusão:—todos podem matar, todos podem dar a cura radical, todos podem tornar coerciveis as hernias que o não eram.

O methodo inglez é o que mais theorica e praticamente satisfaz ás condições de cura; aproveita o poder adhesivo das paredes do sacco, propõe-se obliterar o canal inguinal em todo o trajecto e estreita-o pela sutura dos pilares. Demais é aquelle que uma estatistica, bem feita, de 300 casos pelo menos, póde induzir os cirurgiões a pratical-o.

Para nós achamol-o d'uma execução difficil e temos presente a critica que alguns cirurgiões francezes lhe fazem dizendo:—é perigoso em outras mãos que não sejam as de Wood.

Recordando que elle é applicavel ás hernias reductiveis, que a maior parte das vezes podemos tratar pelas fundas, parece-nos que a sua applicação será restricta, e talvez não tenha-

mos occasião, na nossa vida pratica, de o applicar.

O methodo das injectões peri-herniarias de chloreto de sodio e alcool, se não tem uma estatistica longa a recommendal-o, tem a fama de não ser perigoso e de favorecer a obliteração dos anneis.

Tem sido applicado principalmente a creanças e talvez em condições favoraveis á cura pelas fundas; por isso não podemos avaliar a sua utilidade, nem saber onde chegam os beneficios que pôde dar: comtudo sabemos que é favoravel theoricamente e que na pratica não é perigoso.

O methodo de Gerdy não cura, como parece suppôr-se, pela obliteração do orificio herniario, mas sim pela inflammiação que provoca.

N'este sentido achamos pouco justificavel que se lance mão da pelle para servir d'agente inflammatorio. Demais, podemos dizer com Wood que é irracional distender por um *tam-pont* um orificio que pretendemos obliterar.

A injectão iodada de Velpeau é perigosa, e poucas vezes poderá produzir a cura radical. No dizer de Malgaigne, ella oblitera o sacco, junto do collo, deixa livre toda a porção do sacco que occupa o canal, e só produziria a cura quando a inflammiação percorresse todo o trajecto do canal.

Da obturação autoplastica diremos o que Malgaigne nos ensina: — offerece pouco perigo e é universalmente abandonada.

A ligadura simples ou dupla, no tratamento das hernias umbilicaes, é recommendada vantajosamente por Desault e Bichat. Tem uma estatistica favoravel, é racional no seu modo de acção, emfim o numero dos insuccessos e dos casos fataes é diminuto.



PROPOSIÇÕES

Anatomia—O esqueleto dos dedos é fundamentalmente o mesmo em todos.

Physiologia—O baço não é um órgão essencial á vida.

Materia medica—A quassia amara favorece a digestão, principalmente pelas suas propriedades nevro-musculares.

Pathologia externa—Reprovamos a sondagem precoce das feridas penetrantes do abdomen.

Medicina operatoria—Não ha nem póde haver methodos ou processos d'eleição.

Partos—As rupturas do perineo são muitas vezes devidas á administração da cravagem de centeio e sulfato de quinino.

Pathologia interna—Ha casos em que é impossivel o diagnostico-differencial entre a ulcera simples do estomago e o cancro do mesmo orgao.

Anatomia pathologica—A histologia do tuberculo não é bastante para o diagnostico da tuberculose.

Hygiene—Sempre que seja possivel, a luz natural nas escolas deve ser unilateral e tomada á esquerda do alumno.

Pathologia geral—A analyse chimica dos contentos estomacaeos é indispensavel para o diagnostico das dyspepsias.

Approvada,

D. Lebre.

Póde imprimir-se.

O director,

Visconde de Oliveira.