

1096

1902

EVENTRAÇÕES POST-OPERATORIAS

111/7 ENC

Manoel Fernandes da Silva Junior

INTERNO DO HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTONIO

Eventrações Post-operatorias

(ETIOLOGIA, PROPHYLAXIA e TRATAMENTO)

BREVE ESTUDO



DISSERTAÇÃO INAUGURAL

apresentada á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



111/7 ENC

PORTO

Typographia Universal (a Vapor)

54, Travessa de Cedofeita, 56

1902

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE SECRETARIO

Clemente Joaquim dos Santos Pinto

Corpo Cathedratico

Lentes Cathedrativos

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1. ^a Cadeira — Anatomia descrip-tiva geral | Carlos Alberto de Lima. |
| 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. | Clemente J. dos Santos Pinto. |
| 6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos. | Candido Augusto Corrêa de Pinho. |
| 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 . | Roberto B. do Rosario Frias. |
| 10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica | Augusto H. d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira — Medicina legal . . | Maximiano A. d'Oliveira Lemos. |
| 12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica. | Alberto Pereira Pinto d'Aguiar. |
| 13. ^a Cadeira — Hygiene | João Lopes da S. Martins Junior. |
| Pharmacia | Nuno Freire Dias Salgueiro. |

Lentes jubilados

- | | |
|----------------------------|---|
| Secção medica | } José d'Andrade Gramaxo.
Dr. José Carlos Lopes. |
| Secção cirurgica | |

Lentes substitutos

- | | |
|----------------------------|--|
| Secção medica | } José Dias d'Almeida Junior.
José Alfredo Mendes de Magalhães. |
| Secção cirurgica | |

Lente demonstrador

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

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

(Regulamento da Escóla de 23 d'Abril de 1840, art.º 155).

A' saudosa memòria

de meu pae

A Minha Mãe

A Minha Mulher

A meu filho

A minha irmã

A MEUS SOGROS

A MEUS CUNHADOS

A Minha Sobrinha

Ao corpo clinico
do
Hospital Geral de Santo Antonio

E EM ESPECIAL

Aos Ill.^{mos} e Ex.^{mos} Snrs.

Dr. Guilherme Gonçalves Nogueira

e

Dr. Alberto d'Ortigião Miranda

O interno reconhecido

Aos meus condiscipulos

AOS MEUS AMIGOS

AOS MEUS CONTEMPORANEOS

Ao Illustre Corpo Docente

DA

Escola Medico-Cirurgica do Porto

*Não especializo ninguém, por-
que a todos sou reconhecido.*

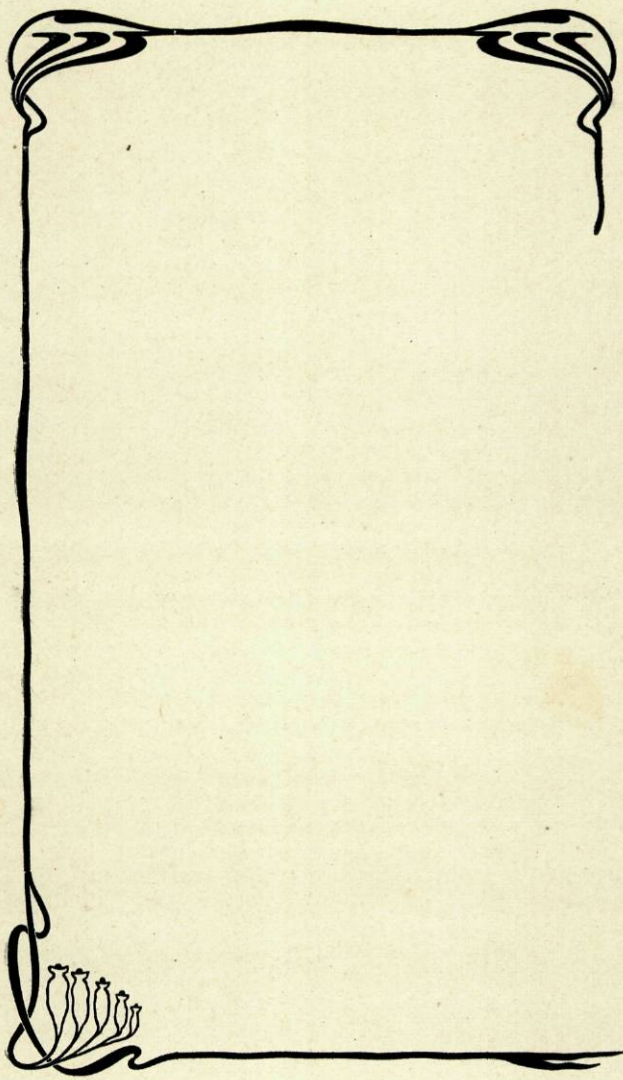
Co

Meu Dignissimo Presidente de These

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

Prof. Candido Augusto Corrêa de Pinho

*Testemunho da minha considera-
ção e respeito pelo seu talento e
primoroso character.*



Outro fôra o assumpto que particularmente captivára a minha attenção e que de ha muito eu tinha escolhido para thema da minha dissertação inaugural. Embrenhára-me já um pouco no seu âmago, esboçára já a largos traços a sua textura, e, colhidos alguns apontamentos, tinha tentado ataca-lo ousadamente de alma e coração.

Porém, especialissimas circumstancias que não vem a proposito aqui referir, mas, em verdade, para mim extremamente penosas, e ás quaes fui completamente alheio, obrigaram-me a abandonar o assumpto que durante tanto tempo me namorára.

Eis-me, portanto, indeciso e altamente embaraçado na escolha d'um outro d'entre os innumeros e variadissimos que actualmente enriquecem as sciencias medico-cirurgicas.

No entretanto, o tempo deccorria e a necessi-

dade de obtêr o meu diploma emprazava-me a uma decisão; felizmente, porém, que do meu tirocinio escolar, tinha ainda bem presentes ao espirito dois casos clinicos d'algum interesse, que me tinham tambem merecido particular attenção.

Lembrei-me, pois, mas desgraçadamente já tarde, de os aproveitar para este meu trabalho final.

Além da aridez e da ingratição do assumpto, faltou-me ainda em tempo o que em competencia me escasseia, razões estas que só por si fundamentam de sobejo o pouco ou nullo valor d'este humillimo trabalho, para o qual eu peço mais uma vez ao preclaro Jury que me hade julgar a sua benovolenca que, de resto, tão galhardamente sempre me dispensou durante todo o meu curso.

Dividirei o trabalho em quatro capitulos:

O 1.º será destinado á definição d'eventração.

No 2.º estudarei a parede antero-lateral do abdomen debaixo do ponto de vista anatomico e physiologico.

O 3.º será consagrado ao estudo das causas e dos meios de que podemos lançar mão para as evitar.

Finalmente no 4.º, depois de me referir ao tratamento palliativo, que poderá aproveitar a um grande numero de casos, farei por precisar as indicações e os principios geraes do tratamento cirurgico, e em seguida, passarei em revista os methodos e os variados processos que têm sido

preconizados no tratamento das eventrações post-operatorias.

Apresentarei por ultimo as observações dos dois casos a que acima me refiro, e nos quaes pude apreciar ultimamente os resultados operatorios.

Porto — Setembro — 1902.

CAPÍTULO I

Definição

Poder-se-ha definir d'uma maneira precisa o termo *eventração*?

Como vamos vêr, o problema é menos facil do que parece á primeira vista, porque este termo designa estados pathologicos muito semelhantes debaixo do ponto de vista clinico, mas muito differentes se os encararmos debaixo d'outros pontos de vista.

Segundo Astley Cooper, a palavra eventração (de *e*, para fóra e *venter*, ventre) foi introduzida nas sciencias medicas por J. L. Petit⁽¹⁾, em 1740, que debaixo d'esta denominação designava uma hernia ventral volumosa por opposição ás outras hernias ventraes de menor volume.

Em 1746, Lachausse⁽²⁾, n'uma dissertação que apresenta sobre as hernias ventraes, divide

(1) J. C. Petit—Traité des maladies chirurgicales—1740.

(2) Lachausse — De hernia ventrali—1746.

estas em simples e complexas; chama complexas aquellas cujo sacco contem visceras numerosas e designa-as sob a denominação d'eventrações.

Lawrence (1) no seu *Traité des Hernies* confunde os dois termos na mesma descripção e só no fim do seu trabalho, quando se occupa das distensões abdominaes causadas pelo enfraquecimento da parede antero-lateral, diz: «c'est ce qu'on appelle en France une éventration.»

A confusão persiste ainda com Benjamin Auger (2) que sob a denominação commun de hernias ventraes ou eventrações comprehende «toutes les hernies qui se forment dans les regions anterieures et laterales de l'abdomen, au coté externe des muscles droits.»

L. Hahn, no *Dictionnaire encyclopedique des sciences medicales*, é mais explicito e toma o substantivo scientifico eventração em accepções diferentes; assim, tratando de definir o termo que nos occupa, diz: «On donne ordinairement ce nom á la hernie survenant en un point quelconque de la paroi abdominale, à la suite d'une plaie penetrante, d'une rupture musculaire ou d'un écartement des fibres de la ligne blanche. On dit encore qu'il y a éventration lorsqu'à la suite de grossesses multiples, il se produit un relâchement considerable des parois abdominales avec disten-

(1) W. Lawrence—*Traité des hernies*—1818.

(2) Benjamin Auger—*Dictionnaire des sciences medicales*. Art. Eventration.

sion de la ligne blanche. Enfin en Tératologie, on donne le nom de monstres par éventration aux monstres célosomiens; si l'éventration atteint la région thoracique, on les nomme pleurosomiens.»

Nélaton (1) dá o nome d'eventrações ás hernias ventraes volumosas.

Se agora consultarmos os tratados d'obstetricia, veremos que a maior parte dos auctores são concordes em dar á palavra eventração um sentido muito differente d'aquelle que lhe teem dado os classicos, cujas definições acabamos de expôr.

Assim, Cazeaux (2) exprime-se do seguinte modo: «Assez souvent après l'accouchement, il reste sur la ligne mediane et par suite de l'écartement si considérable des fibres aponévrotiques un tumeur oblongue, une espèce d'éventration, surtout marquée pendant les efforts. A chaque nouvelle grossesse, cette éventration devient de plus en plus considérable et finit parfois par constituer une véritable infirmité, qui oblige la femme à porter un bandage.»

Da mesma opinião são Charpentier (3) e Tarnier (4) que consideram como caracteristica da eventração a saliencia formada entre os musculos

(1) Nélaton—Elements de pathologie chirurgicale—1857.

(2) Cazeaux—Traité theorique et pratique de l'art des accouchements, p. 129.

(3) Charpentier—Traité pratique des accouchements, t. I. p. 151.

(4) Tarnier et Chantreuil—Traité de l'art des accouchements, t. I, p. 238.

rectos do abdomen pela distensão das aponevroses da linha branca.

Finalmente Doléris (1), n'uma lição clinica, definiu eventração: «une saillie anormale de l'abdomen, qui ne s'explique ni par l'hyperplasie adipeuse ou musculaire des parois du ventre, ni par l'existence d'une tumeur intra-abdominale permanente, comme un kyste ovarique, un fibrome uterin, ou passer comme l'ascite, le tympanisme. Cette saillie anormale resulte donc uniquement du relâchement et de l'amaincissement des diverses couches parallèles du ventre, étant les tissus fibreux les plus intéressés. L'étalement de la ligne blanche et des autres espaces fibreux constitue la lesion dominante.»

Todos os parteiros, em resumo, são concordes em reconhecer nas multiparas um estado de distensão, de alargamento do espaço fibroso que separa os bordos internos dos grandes rectos, estado cuja persistencia constitue a eventração.

Pelo que acaba de ser exposto, vêmos como são diversos os modos pelos quaes os auctores teem encarado a questão; para uns (unicistas), o termo eventração é synonymo de hernia ventral; para outros (separatistas), as expressões hernia ventral e eventração designam estados pathologicos differentes.

Pela nossa parte ligamo-nos ao modo de vêr

(1) Doléris—Leçon clinique sur l'éventration post-partum—La Gynecologie—15-X-1897.

d'estes ultimos e consideramos a hernia e a eventração como significando duas entidades morbidas perfeitamente distinctas, pelo menos anatomopatologicamente.

Veamos agora as razões que nos levam a encarar a questão d'esta maneira. Definindo a hernia como os classicos a definem, isto é, a sahida d'uma viscera para fóra d'uma cavidade onde normalmente é contida atravez d'um orificio natural ou accidental das paredes d'essa cavidade, vemos que nem todos os tecidos da parede podem entrar na constituição dos envulucros; é necessario que o tecido mais resistente e mais profundo se deixe atravessar pela viscera para que esta faça hernia.

E' o que succede no caso das hernias abdominaes em que o tecido resistente é a aponevrose profunda.

Mas a viscera póde sahir da cavidade sem que exista o orificio natural ou accidental; póde a viscera levar deante de si todos os elementos que constituem a parede, que é funcionalmente insufficiente para a conter; n'estas condições, o elemento resistente achar-se-ha representado nos envulucros. E' o que succede nas eventrações.

Postas e admittidas estas considerações, é-nos facil differençar a hernia da eventração pela constituição anatomica do envulcro; assim: na eventração encontrar-se-hão representadas todas as aponevroses, posto que adelgaçadas e distendi-

das; tal é o caso de Méry (7) que encontrou nos envolveros d'uma *hernia* monstruosa trez membranas aponevroticas, que pôde dissecar até ás fibras carnudas dos musculos do abdomen. No envolvero da hernia faltarâ sempre uma aponevrose, e geralmente é a profunda que se deixa atravessar pela viscera.

Concebida d'esta maneira, a palavra *eventração* poder-se-hia definir: um estado de distensão, d'alargamento do espaço fibroso que separa os bordos internos dos dois musculos grandes rectos do abdomen, ou outro qualquer, sem fissura no plano aponevrotico, e que geralmente sobrevem a certos partos, a estados neurasthenicos ou a atrophia muscular. D'este modo, uma grande parte das eventrações post-operatorias entraria no capitulo das hernias traumaticas. Tal é o nosso modesto modo de pensar relativamente ao assumpto de que nos temos occupado, e que tão debatido tem sido entre os auctores. Mas clinicamente, em frente d'um caso, é impossivel fazer *á priori* a distincção entre as duas entidades morbidas, e só a dissecção nos permittirá fazer um diagnostico differencial; e é talvez por esta razão, que a grande parte dos cirurgiões modernos tomam as eventrações post-operatorias na accepção d'hernias traumaticas.

Depois de emittirmos a nossa humilde opinião sobre o assumpto, deixar-nos-hemos levar

(7) Méry—Memoires de l'Academie des Sciences—1701

pela onda dos modernos e com elles definiremos *eventrações post-operatorias, as hernias mais ou menos volumosas que sobreveem a certas laparotomias*. Ellas são constituidas «par la sortie d'une ou plusieurs viscères entiers à travers les bords des muscles droits à la suite de la distension de la cicatrice qui les réunit, ou par la déchirure de cette cicatrice, ainsi que par le défaut de réunion primitive des bords aponévrotiques.» (1)

A eventração post-operatoria é um accidente mais ou menos tardio das laparotomias, e, para obstar a ella, é que foram creados os processos de hysterectomia por via vaginal.

O volume é muito variavel. No caso mais simples vê-se a pelle flacida e deprimida n'um ponto da cicatriz, e é sómente quando o doente tosse que se vê apparecer um pequeno tumor, apresentando os signaes d'uma hernia. N'outros casos, pelo contrario, é um tumor volumoso que occupa ás vezes todo o comprimento da cicatriz.

As volumosas acompanham-se d'ordinario de symptomas gastro-intestinaes motivados pela ptose visceral. A eventração é reductivel ou irreductivel e é, além d'isso, sujeita ao estrangulamento. Wertheimer (2) cita 7 casos com esta complicação em 27 observações.

(1) La Torre—Congrès de Genève, 1896.

(2) Wertheimer—These de Paris, 1888.

CAPITULO II

A parede antero-lateral do abdomen Anatomia e Physiologia

A) Estudo anatomico

A parede antero-lateral do abdomen é essencialmente constituida por uma lamina musculoponevrotica, coberta adiante pelo tecido cellular sub-cutaneo e pela pelle, atraz pelo tecido cellular sub-peritoneal e mais profundamente pelo peritoneu. A pelle d'esta região é delgada, muito movel sobre as partes subjacentes, deixando-se facilmente levantar pelas saliencias musculares, especialmente pela dos rectos. Na linha media encontra-se uma depressão linear pouco profunda que corresponde á linha branca; aos lados, duas outras mais accentuadas existem ao nivel dos bordos externos dos musculos rectos. Na parte media e approximadamente a igual distancia do appendice xyphoideu e do pubis, encontramos a cicatriz umbilical, que é mais ou menos deprimida segundo os individuos. O tecido celluloadiposo sobre que assenta a pelle, de pouca espes-

suras nas regiões superiores, torna-se cada vez mais espesso á medida que caminhamos para o pubis e pode, em certas circumstancias, tomar um desenvolvimento exagerado de maneira a constituir uma especie de avental que cae adiante das coxas; é a este estado que alguns auctores dão o nome de *prolapso gorduroso do abdomen*. O peritoneu assenta egualmente sobre um tecido cellular infiltrado de gordura, cujos novellos, sahindo pelas fissuras aponevroticas, veem fazer saliencia por baixo da pelle e constituem as hernias gordurosas; a condensação d'este tecido na parte inferior ao abdomen constitue o que alguns auctores descrevem sob o nome de *fascia propria*.

Mas, dos elementos que constituem a parede antero-lateral do abdomen, os mais importantes são os musculos e as aponevroses, cujo estudo passamos a fazer.

Os musculos que entram na constituição da parede são todos pares e em numero de cinco; são elles: *o grande obliquo, o pequeno obliquo, o transverso, o grande recto e o pyramidal*.

As aponevroses, formadas pelos tendões d'insertão interna dos musculos largos (transverso, grande e pequeno obliquo), são descriptas em conjuncto pelos classicos sob a denominação de *aponevrose abdominal anterior*, a qual, cruzando as suas fibras na linha media com a do lado opposto, forma a *linha branca*.

Finalmente, após o estudo especial de cada

uma d'estas partes, passaremos em revista os vasos e os nervos que irrigam e innervam a região que nos occupa.

a) Musculos

Grande obliquo.— O musculo grande obliquo ou obliquo externo é o mais superficial de todos os musculos largos do abdomen.

As suas inserções superiores fazem-se ao bordo inferior e á face externa das sete ou oito ultimas costellas por meio de digitações carnudas que integram com as do grande dentado. D'esta inserção, as fibras irradiam em leque, tomando uma direcção obliqua para baixo, para deante e para dentro, e formam tres grupos de feixes distinctos; d'estes, o postero-inferior, vae inserir-se á parte anterior do labio externo da crista iliaca; os outros, medio e antero-superior, inserem-se ao bordo externo d'uma lamina fibrosa, que por sua vez se vae inserir na arcada de Poupart, no pubis e na linha branca. Esta lamina fibrosa tem a forma quadrilatera e constitue, como veremos dentro em breve, o folheto superficial da aponevrose abdominal anterior.

O bordo posterior do musculo acha-se separado do bordo anterior do grande dorsal por um espaço triangular, cuja base é formada pela crista iliaca; é o triangulo de Petit, em cuja area fica a descoberto o pequeno obliquo.

A linha d'inserção das fibras musculares do

grande obliquo ás fibras aponevroticas é representada por uma linha concava para dentro, cujos pontos extremos são a ponta da 8.^a cartilagem costal e a espinha iliaca antero-superior.

Pequeno obliquo.— O pequeno obliquo ou obliquo interno é um musculo largo como o precedente e situado immediatamente por baixo d'elle. Inere-se ao terço externo da arcada crural, aos trez quartos anteriores do intersticio da crista iliaca e, finalmente, á aponevrose abdominal posterior, que por sua vez o liga ás apophyses espinhosas das duas ou trez ultimas vertebrae lombares. D'esta longa linha d'inserção os feixes tornam-se divergentes, indo os posteriores inserir-se ás quatro ultimas cartilagens costaes; todos os outros se inserem ao bordo externo d'uma lamina aponevrotica que vae cruzar as suas fibras na linha media com as do lado opposto. Esta lamina aponevrotica, chamada aponevrose do pequeno obliquo, constitue o folheto medio da aponevrose abdominal anterior e começa immediatamente por fóra do bordo externo do grande recto anterior do abdomen.

Transverso.— O musculo transverso é o mais profundo dos musculos largos do abdomen, achando-se apenas separado do peritoneu pelo tecido cellular sub-peritoneal. As suas fibras, que são transversaes, inserem-se á face interna das seis ultimas costellas, á aponevrose abdominal posterior, aos trez quartos anteriores do labio interno da crista iliaca e ao terço externo da arcada cru-

ral. D'esta inserção multipla, as fibras dirigem-se para diante e para dentro, attingindo o bordo externo d'uma larga aponevrose chamada aponevrose do transverso. Esta, que constitue o folheto profundo da aponevrose abdominal anterior, attinge como as dos musculos precedentes a linha media, cruzando n'esta linha as suas fibras com as da do lado opposto. O bordo externo d'esta aponevrose é convexo, perfeitamente visivel atravez da serosa peritoneal e constitue o que os auctores chamam *linha semilunar de Spiegel*. O musculo affecta na sua totalidade a forma triangular de base concava voltada para a linha media.

Grande recto. — O musculo grande recto do abdomen, ainda chamado grande recto anterior ou esterno-pubico, é um musculo comprido, achatado no sentido antero-posterior, que liga o pubis á parte inferior da caixa thoracica.

A inserção inferior faz-se por meio d'um tendão ora unico, ora duplo, á face e ao bordo anterior da symphyse do pubis. D'esta inserção inferior, as fibras dirigem-se verticalmente para cima até á parte antero-inferior da thorax, onde o musculo tem as suas inserções superiores. Geralmente, estas fazem-se por meio de trez digitações mais ou menos distinctas; a interna insere-se ao bordo inferior da 7.^a cartilagem costal, ao ligamento costo-xyphoideu e á face anterior da base do appendice xyphoideu; a media prende-se á face anterior da decima cartilagem costal; finalmente a inserção da externa faz-se no bordo inferior da

cartilagem e na extremidade anterior da 5.^a costella. O musculo, que tem uma fôrma triangular de base superior, é interrompido de distancia a distancia por linhas tendinosas transversaes; estas linhas ou *intersecções aponevroticas* são em numero variavel, e os auctores modernos consideram-nas como representantes das costellas lombares.

O grande recto acha-se contido n'uma bainha que nos occupará d'entro em breve, e que o separa do tecido cellullar tanto sub-cutaneo como sub-seroso. O bordo interno do musculo acha-se separado do do lado opposto por um espaço mais largo em cima do que em baixo.

Pyramidal.— O pyramidal é um musculo comprido, achatado e contido na bainha do recto. De fôrma mais ou menos triangular, a sua base insere-se á face anterior da symphyse publica; o vertice corresponde a um tendão muito delgado que se insere na linha branca, a igual distancia do pubis e do umbigo. Tido por uns como um orgão rudimentar, é considerado por outros como tensor da linha branca.

b) Aponevroses

Aponevrose abdominal anterior.— A aponevrose abdominal anterior é, como temos dito, formada por trez folhetos fibrosos, que representam os tendões de inserção interna dos musculos largos do abdomen (transverso, grande e pequeno obliquo).

Estes folhetos fibrosos, que se distinguem em superficial, medio e profundo, são perfeitamente independentes uns dos outros ao nível do seu bordo externo, mas, á medida que se approximam da linha media, vão-se reunindo uns aos outros, de maneira que quando a attingem a fusão é completa. Para dar uma ideia da aponevrose em questão, vejamos o que se passa com cada um dos folhetos, seguindo-os do bordo externo para o interno.

1. O superficial (aponevrose do grande obliquo); depois d'um percurso de 3 ou 4 centímetros, attinge o bordo externo do grande recto, passa por deante d'este bordo assim como da face anterior do musculo e chega á linha media.

2. O medio (aponevrose do pequeno obliquo), encontrando o bordo do grande recto, comporta-se differentemente nos trez quartos superiores e no quarto inferior; assim, nos trez quartos superiores, divide-se em dois folhetos, um anterior que passa por deante do musculo e o outro posterior que passa por traz; no quarto inferior, o folheto conserva-se indiviso e passa por deante do recto.

Dos folhetos da aponevrose do pequeno obliquo, os que passam adeante do grande recto adherem mais ou menos intimamente pela face superficial á aponevrose do grande obliquo; o que passa por traz une-se á do transverso.

3. No quarto inferior, porém, em que o folheto é unico, a sua face superficial adhire á face profunda da aponevrose do grande obliquo; a pro-

funda reúne-se nas mesmas condições á do transverso, que, como vamos vêr, passa tambem adeante do grande recto n'esta região.

Finalmente o folheto profundo (aponevrose do transverso), chegando ao bordo do grande recto, passa todo atraz d'elle nos tres quartos superiores, passando adeante no quarto inferior (1).

Chegados ao bordo interno do grande recto, todos os folhetos se fundem n'um unico e cruzam as suas fibras com as do lado opposto, formando uma lamina fibrosa vertical que constitue a linha branca e de que nos occuparemos dentro em breve.

Tal é, em resumo, o modo como os tratados de anatomia descrevem a aponevrose abdominal anterior.

Bainha dos rectos.— Pelo que acaba de ser exposto, vemos que cada um dos musculos rectos é contido n'uma bainha fibrosa, formada na sua maior parte á custa das aponevroses dos musculos largos. Para vermos como ella é constituída, basta recapitularmos o que acima dissemos sobre a aponevrose abdominal anterior. Assim : nos trez quartos superiores, a lamina anterior da bainha é formada á custa da aponevrose do grande obliquo e do folheto anterior da do pequeno obliquo, sendo n'este mesmo nivel a posterior constituída pelo

(1) Cruveilhier não admite esta disposição e diz que a aponevrose do transverso passa em toda a altura atraz do musculo grande recto.

folheto posterior da aponevrose do pequeno obliquo e pela do transverso.

As coisas passam-se, porém, differentemente no quarto inferior, em que todas as aponevroses entram na constituição da lamina anterior, sendo a posterior formada por um espessamento da *fascia transversalis*.

E' ao bordo inferior concavo da aponevrose do transverso que passa por traz do grande recto, que os classicos dão o nome d'*arcada de Douglas*.

A lamina posterior da bainha é, portanto, d'esta arcada para baixo, formada á custa da fascia transversalis. A bainha do recto é atravessada em diversos pontos por vasos e nervos, e adhere ás intersecções da face anterior do musculo.

Linha branca. — A linha branca (*linea alba*), comprehendida entre o appendice xyphoideu e o pubis, resulta, como dissemos, do cruzamento das fibras aponevroticas vindas das partes lateraes; este cruzamento não se faz sómente n'um plano, mas em muitos planos sobrepostos e n'uma certa superficie. O comprimento oscilla entre 30 e 40 centimetros. A espessura é de 2 a 3 millimetros. A largura varia muito; geralmente mais larga ao nivel do umbigo, vae-se estreitando á medida que se approxima do pubis. Em certos pontos, apresenta pequenos orificios cheios de tecido adiposo.

Outras aponevroses. — Além das aponevroses que acabamos de descrever, existem na parede antero-lateral do abdomen outras de menos im-

portancia, conhecidas sob a denominação de *Fascias*.

Existem trez: uma superficial e duas profundas.

A superficial (*fascia superficialis*) compõe-se de dois folhetos faceis de distinguir nos individuos magros; é entre estes que se deposita a gordura.

Das profundas, a mais superficial (*fascia transversalis*) acha-se collocada immediatamente por baixo do transverso e é muito delgada, excepto na região em que por si só fórma a lamina posterior da bainha do recto, onde é espessa; finalmente a mais profunda (*fascia propria*) acha-se entre esta ultima e o peritoneu e é considerada por Tillaux e Richet como formada pela condensação do tecido cellular sub-peritoneal. (1)

c) Vasos e nervos

Arterias e veias. — As principaes arterias que irrigam a parede antero-lateral do abdomen são: a epigastrica, a tegumentosa abdominal, a mammaria interna, as ultimas inter-costaes, as lombares e a circumflexa iliaca.

As veias profundas seguem o trajecto das arterias. As superficiaes formam um plexo que se anastomosa com o do thorax. E' este plexo que

(1) Alguns auctores limitam esta aponevrose á região ilio-pubica.

se dilata e forma a *cabeça de Medusa* nas cirroses venosas do figado.

Lymphaticos.— Os lymphaticos são superficiaes e profundos. Estes seguem o trajecto das arterias e das veias profundas e vão-se lançar nos ganglios lombares e iliacos. Dos superficiaes, os que nascem acima do umbigo dirigem-se para cima, os que nascem abaixo vão aos ganglios da virilha.

Nervos.— A innervação da parede antero-lateral do abdomen está sob a dependencia dos nervos intercostaes inferiores e de dois ramos collateraes do plexo lombar: o grande abdominogenital e o pequeno abdominogenital.

B) Estudo Physiologico

A parede antero-lateral do abdomen é pois em parte musculosa e em parte aponevrotica.

Aos musculos que entram na sua constituição são devidas a extensibilidade, a elasticidade e sobretudo a contractilidade; as aponevroses tem debaixo da sua dependencia a resistencia passiva e a inextensibilidade.

E' em virtude da sua extensibilidade e elasticidade que a parede se levanta no momento das inspirações produzidas pela simples contracção do diafragma, não obstante a grande superficie que ella apresenta á pressão atmospherica.

E' ainda em virtude da elasticidade e da extensibilidade dos tecidos que as constituem, que as paredes do ventre se adaptam ás mudanças produ-

zidas periodicamente pela digestão no volume das visceras abdominaes. Esta distensão quasi que não tem limites, pois que o abdomen adquire um volume consideravel em certos casos de kystos do ovario, d'ascite e de tympanismo.

D'entre todos os tecidos, é certamente o peritoneu aquelle que é dotado de maior elasticidade e, para nos convenceremos d'isto, basta-nos examinar os cadaveres d'individuos portadores antes da morte d'uma ascite, nos quaes a serosa peritoneal não apresenta pregas, salvo nos casos d'adherencias pathologicas.

A contractilidade dos musculos do ventre entra em acção na expiração e em todas as funcções em que o concurso da pressão abdominal é necessario: defecação, micção e parturição. Na expiração ordinaria, os musculos espiradores (rectos e obliquos) desempenham um papel puramente passivo, mas nas expirações bruscas e rapidas e nas complexas (grito, voz, tosse, etc), o concurso d'estes musculos é absolutamente necessario, como o demonstrou Duchenne. Emfim, n'um grando numero de circumstancias, a sua acção combina-se com a de todos os musculos do abdomen, do diafragma, do levantador do anus, quer seja com o fim de manter fixa e immovel a caixa thoracica, quer com o de evacuar os diversos reservatorios contidos na cavidade abdominal, assim como succede na defecação, na micção e na parturição, actos estes que coincidem sempre, diga-se de passagem, com uma expiração forçada.

De igual importancia é o papel que os musculos abdominaes desempenham como auxiliares dos phenomenos da digestão. E senão vejamos:

Os movimentos da parede abdominal, consistindo n'uma serie de contracções e descontrações, devem evidentemente exercer a sua acção sobre a circulação das materias gazosas, solidas e liquidas contidas nos canaes da parte abdominal do aparelho digestivo. No estomago e no intestino passam-se phenomenas mecanicos, que teem por fim misturar os alimentos ingeridos com os succos digestivos, fazer progredir o bolo alimentar e, finalmente, expulsar os residuos não utilizados pela absorpção.

Estes actos mecanicos estão sob a dependencia das tunicas musculares, cujos movimentos, chamados *contracções peristalticas*, são independentes da vontade.

Os musculos abdominaes, submettendo as visceras a uma serie de pressões e deslocamentos todas as vezes que produzem movimentos de flexão, d'extensão e de rotação do tronco, prestam um poderoso auxilio ás fibras musculares do estomago e do intestino. A repetição d'estes movimentos é a condição d'uma boa digestão, e a natureza creou para o homem condições de vida que o obrigam a executar-os continuamente.

As contracções abdominaes actuam ainda sobre a circulação do sangue e da lympha, imprimindo a estes liquidos, animados d'um movimento continuo, pressões que tendem a acelerar-lhes a

marcha na direcção que lhes é dada pela força cardíaca.

Se agora estudarmos a parede abdominal no estado estatico, vemos que ella não só constitue um meio de protecção para as visceras abdominaes, mas ainda lhes serve de ponto d'apoio. Sabemos que o intestino, o estomago, o figado e, de resto, todos os orgãos que entram na constituição do apparelho digestivo e annexos se acham suspensos ás paredes superior e posterior do abdomen, por meio de pregas na sua maior parte formadas pela serosa peritoneal. Ora estes meios de fixação seriam insufficientes sem o auxilio da parede antero-lateral, que fórma um plano sólido e elastico, capaz de sustentar as visceras, fornecendo-lhes um apoio resistente.

Se este auxilio falta, as pregas ligamentosas deixam-se distender pela acção do peso das visceras, que veem occupar as regiões inferiores da cavidade abdominal.

E' a esta queda das visceras que Glénard ⁽¹⁾ chamou *enteroptose*.

Mas não basta que as visceras sejam sustentadas pela parede abdominal; é necessario ainda que esta as comprima, porque as tunicas musculares só com a sua força contractil não resistiriam

(1) Glénard — Application de la methode naturelle á l'analyse de la dyspepsie nerveuse. — Soc. méd. de Lyon — 1885.

á força d'expansão dos gases e deixar-se-hiam distender e dilatar.

Com este fim, as paredes abdominaes exercem constantemente sobre o contheudo da cavidade uma pressão de fóra para dentro, que lucta contra uma outra em sentido inverso, devida á força expansiva dos gases. D'aqui resulta uma tensão necessaria, tanto para a conservação do calibre normal do intestino como para a fixação das visceras.

A realidade d'esta tensão é demonstrada pela facilidade com que as ansas intestinaes são projectadas para fóra do abdomen, nos casos de feridas penetrantes.

A tensão abdominal é, pois, a expressão das forças que regulam a relação entre a capacidade da cavidade abdominal e o volume do seu contheudo. Quando estas duas forças antagonistas deixam de fazer equilibrio uma á outra, o ventre perde a sua fórmula habitual.

E' quasi sempre a insufficiencia relativa ou absoluta do tonus muscular da parede abdominal que rompe o equilibrio, e os dyspepticos, a quem já alguém chamou *desequilibrados do ventre*, teem paredes abdominaes insufficientes e tensão abdominal diminuida.

Não menos importante é o papel da parede abdominal na gravidez e no parto, pois que ella não só impede as versões uterinas e, portanto, as apresentações viciosas, mas ainda entra como factor importante na accomodação do feto, no en-

cravamento da apresentação e nos ultimos tempos do parto.

Taes são as funcções multiplas da parede antero-lateral do abdomen.

CAPÍTULO III

Etiologia e Prophylaxia

Como dissemos no capitulo procedente, a parede antero-lateral do abdomen constitue um aparelho de contenção elastica e contractil, cuja resistencia deve ser consideravel para vencer certas forças que tendem a distendel-a. Todas estas forças, quer sejam transitorias ou permanentes, teem como expressão final o augmento de tensão intra-abdominal, que é a unica causa determinante d'uma eventração.

Do mesmo modo a eventração produzir-se-ha desde o momento em que a resistencia da parede abdominal se ache enfraquecida por certos factores que actuam como causas predisponentes. E' assim que a falta de resistencia d'uma cicatriz abdominal é a unica causa predisponente d'uma eventração post-operatoria.

Como vemos pelo que acabamos de dizer, podemos perfeitamente reduzir as causas a duas:

uma determinante: o aumento de tensão intra-abdominal, e a outra predisponente: a falta de resistencia da cicatriz; porém ambas ellas podem ser decompostas em diversos factores que, de per si, constituem outras tantas causas, posto que indirectas.

A) Causas determinantes

I — *Esforço*

Os vomitos provocados pelo chloroformio ou pelo ether, a tosse que sobrevém nos primeiros dias após a operação, assim como as imprudencias commettidas pelos operados, quer consciente, quer inconscientemente, causam especialmente eviscerações.

Quando, porém, os dois bordos da incisão adherem intimamente, quando a cicatriz está formada, os esforços produzem a eventração.

O tratamento preventivo consistirá, no primeiro caso, em evitar, tanto quanto seja possível, tudo o que possa ser para o doente occasião d'um esforço, em cobrir o penso com uma ligadura bem apertada, e em calmar a tosse e os vomitos; no segundo caso devemos aconselhar ao operado o uso do cinto abdominal e a não se expôr a serviços que demandem esforços violentos.

Em quanto a cicatriz estiver em via de formação, não devemos consentir ao doente a estação vertical. M. Lucas Championnière diz que não se

deve permittir ao doente sahir do leito antes de trez semanas.

II — *Tumor volumoso, ascite e gravidez*

Todos estes factores actuam como causas determinantes pelo augmento de tensão que produzem, mas, se existirem anteriormente á laparotomia, são outras tantas causas predisponentes da eventração pelo enfraquecimento que acarretam á parede abdominal, que por este facto não póde fornecer uma cicatriz sólida.

O tratamento preventivo no caso de tumor ou gravidez consistirá no uso do cinto abdominal, praticando a parecentese o mais cêdo possivel no caso d'ascite.

B) *Causas predisponentes*

O grau de frequencia das eventrações post-operatorias varia ainda com os factores seguintes que, impedindo a formação d'uma cicatriz sólida e resistente, actuam como causas predisponentes.

I — *Séde da incisão*

Debaixo do ponto de vista da sua séde, as incisões podem ser divididas em medias e lateraes.

a) *Incisões médias.*—Estas incisões fazem-se sobre a linha branca e são longitudinaes ou transversaes.

As longitudinaes podem fazer-se acima ou abaixo do umbigo. Das transversaes a mais geralmente empregada é a da talha hypogastrica transversal de Trendelenburg. N'esta incisão, que tem a forma d'um crescente de concavidade voltada para cima, os musculos são seccionados um pouco acima da symphyse.

Uma incisão analoga foi preconizada por Küstner.

b) *Incisões lateraes*—As incisões lateraes podem ser feitas a uma distancia maior ou menor da linha média, e segundo uma direcção vertical ou mais ou menos obliqua.

D'entre as verticaes, distinguiremos as que passam por fóra do bordo externo do musculo grande recto das que passam por dentro d'este bordo.

Na primeira cathegoria devemos collocar a incisão que Max Schuller (1) propoz para a appendicite, em 1889, e que consiste em seccionar a parede abdominal ao longo do bordo externo do musculo grande recto e um pouco por fóra d'elle. A incisão é feita de maneira que o seu terço superior fique acima da linha ilio-umbilical e os dois terços inferiores abaixo d'esta linha.

Na segunda entram diversas incisões que podemos dividir em dois grupos: as que passam

(1) Max Schuller — Arch. de Langenheck, 1899, p. 856.

atravéz do musculo recto e as que são feitas com reclição d'este musculo.

Ao primeiro grupo pertence a incisão recommendada por Howitz no congresso de Goteborg em 1893. Howitz pratica a incisão a um centimetro da linha branca ou a centimetro e meio do bordo externo do musculo recto e interessando este. Este processo d'incidir a parede abdominal foi seguido por alguns cirurgiões, que o acharam vantajoso em virtude de facilitar a exploração do appendice e dos annexos.

Ao segundo pertencem os processos de reclição do grande recto para dentro ou para fóra. O primeiro processo foi empregado pela primeira vez, em 1895, por Jalaguier. Lennander, em 1897, descreveu a mesma incisão, reservando para si a sua descoberta; no entanto o processo já tinha sido descripto e empregado por Battle, em 1896. N'um artigo publicado em 1900 ⁽¹⁾, Lennander, citando o nome de Jalaguier, diz que não é d'admirar que dois ou mais cirurgiões tenham concebido e executado quasi simultaneamente a mesma operação, mas não dá indicações precisas que permitam admittir que tenha sido elle o primeiro a empregar o processo.

O processo, tal qual o descreve Jalaguier, ⁽²⁾ consiste em fazer uma incisão parallela ao bordo externo do grande recto, passando a centimetro

(1) Pozzi—Revue de Gynecologie,—1900, p. 771.

(2) Jalaguier — Presse médicale, 3 - II - 1897.

e meio por dentro d'este bordo, de maneira que o seu terço superior fique situado acima da linha ilio-umbilical. Cae-se assim directamente sobre a lamina anterior da bainha do grande recto, que é fendida de cima abaixo em todo o comprimento da incisão cutanea e a centimetro e meio ao bordo externo. Os dois labios da incisão aponevrotica são presos por meio de pinças e o externo é disseccado de dentro para fóra, até ao bordo externo do musculo. Este bordo é libertado com a sonda cannelada e reclinado para dentro por meio d'um ou dois afastadores.

Assim nos fica a descoberto a lamina posterior da bainha, que se fende longitudinalmente a um centimetro e meio do vertice do angulo dietro formado pela sua reunião com a lamina anterior. Esta incisão interessa tambem o peritoneu.

O segundo processo (incisão com reclinção grande recto para fóra) foi empregado por Lennander em 1897, e descripto, em 1900, (1) por este mesmo cirurgião, que lhe reserva o nome de incisão juxta-média. Este processo differe apenas do precedente em se reclinhar o grande recto para fóra, sendo, além d'isso, feitas as incisões á distancia de centimetro e meio a dois centimetros da linha branca.

Além das incisões lateraes que acabamos de ennumerar, ha outras mais ou menos obliquas, d'entre quaes as mais importantes são as de Roux

(1) Pozzi, loc-cit.

e a de Mac-Burney empregadas no tratamento cirurgico da appendicite.

A incisão de Roux é parallela ao ligamento de Poupart e o seu meio corresponde á espinha iliaca antero-superior, da qual dista cerca de 2 centimetros. Na laparotomia assim praticada, a aponevrose do grande obliquo é seccionada na direcção das suas fibras, mas em compensação, as do pequeno obliquo e as do transverso são cortadas quasi transversalmente.

Para obstar a este inconveniente, Mac-Burney ⁽¹⁾ imaginou uma incisão que tem o seu nome e que é ainda hoje considerada na Inglaterra como a incisão d'escolha no tratamento da appendicite.

Esta incisão deve ser feita perpendicularmente a uma linha que une a espinha iliaca antero-superior á cicatriz umbilical, e estar situada a cêrca de dois centimetros e meio da mesma espinha. O comprimento é de dez centimetros, dos quaes 3 devem estar situados acima da linha ilio-umbilical. Esta incisão interessa a pelle e o tecido cellular sub-cutaneo. O grande obliquo e a sua aponevrose são fendidos a todo o comprimento da ferida e as fibras musculares e aponevroticas separadas sem as seccionar.

Os dois labios musculo-cutaneos são então afastados para pôr a descoberto o pequeno obliquo, cujas fibras cruzam obliquamente ao do grande. Com o cabo do bisturi separam-se as fibras do

(1) Mac Burney — Annals of Surgery, VII - 1894.

pequeno obliquo e as do transverso, tendo sempre o cuidado de as não cortar. Collocam-se dois afastadores a meio dos labios d'esta botoeira, no fundo da qual nos fica o tecido cellular sub-peritoneal e o peritoneu, que se abre em seguida.

* * *

Ahi ficam descriptas, posto que muito summariamente, as diversas incisões que têm sido praticadas nas laparotomias.

A qual d'ellas dar a preferencia?

No nosso humilde entender, julgamos que a linha branca é um sitio mal escolhido pelo que respeita á cicatrização; em primeiro logar, porque devemos concordar que, quanto mais espessos forem os bordos da ferida, mais probabilidades ha de ter uma cicatriz solida; em segundo logar, quanto menos gordura contiverem os labios da incisão, mais firme será a cicatriz; finalmente em terceiro, quanto mais homogeneos forem os tecidos, mais igual é a incisão e melhor se opera a cicatrização. A gordura, pobre em vasos, é incapaz de fortificar uma cicatriz. E' talvez por estas razões que alguns cirurgiões modernos fazem a incisão ao longo da linha branca, ou um pouco ao lado, e vão procurar os bordos internos dos rectos, cujas bainhas abrem, para os unir por meio d'uma sutura.

A incisão de Kütner, a que Rapin chama *in-*

cisão esthetica, tem entre outros inconvenientes o de necessitar a disseccção d'um retalho muito grande, quando seja preciso prolongar a incisão.

Sem pôrmos completamente de parte a incisão ao lado da linha branca com abertura das bainhas dos rectos e reunião dos bordos internos d'estes musculos, parece-nos que a melhor incisão para as laparotomias medias é a de Lennander (incisão juxta-media). Effectivamente, seguindo este processo, as duas cicatrizes aponevroticas dos folhetos das bainhas ficam separadas por uma faixa muscular perfeitamente sã e intacta, que se oppõe á sahida das visceras.

Lennander procede a reunião da parade do seguinte modo: o peritoneu e o folheto posterior da bainha são unidos por uma primeira sutura, o musculo, reclinado para fóra, é trazido até á linha media e fixado ahi por alguns pontos. Os bordos da aponevrose anterior da bainha são suturados á parte, e a pelle e o tecido cellulaer são unidos por meio d'uma serie de pontos profundos e superficiaes.

Do mesmo modo para as laparotomias lateraes daremos a preferencia ao processo de Jalaguier, que nos parece dar, como o precedente, uma cicatriz solida, em virtude da interposição d'um musculo são entre as duas linhas de sutura.

As incisões de Max-Schuller e de Roux tem o inconveniente de seccionar as aponevroses e os musculos mais ou menos perpendicularmente ás suas fibras, predispondo assim para a eventração.

A de Mac-Burney tem, além do inconveniente de necessitar o emprego de muitos afastadores, que com certeza estorvam o cirurgião, o de gastar muito tempo em separar as fibras aponevroticas e musculares.

II — *Comprimento da incisão*

Ha já alguns annos era de costume, em cirurgia abdominal, fazer grandes incisões. As feridas asepticas cicatrizavam por primeira intenção e os cirurgiões trabalhavam á vontade n'um campo operatorio largo. Chegou-se, no emtanto, a reconhecer que a extensão da cicatriz não era indifferente. Foi Pozzi um dos primeiros que fez ver as vantagens das pequenas incisões; com ellas, as probabilidades d'infeccão diminuem e, por consequencia, as causas d'eventração.

O comprimento medio da incisão será de 6 a 8 centimetros, dimensões estas que serão sufficientes na maioria dos casos. Porém nos casos de suppurações pelvicas, de tumores volumosos, e d'hemostase difficil não devemos hesitar em prolongar a incisão.

Algumas operadas succumbem a uma peritonite, porque uma incisão muito pequena não permittiu ao operador isolar a grande cavidade peritoneal da pequena bacia.

Se quizermos prolongar a incisão para cima do umbigo, é preferivel conduzil-a pela esquerda. Spencer Wells diz que se deve respeitar a veia

umbilical, que se dirige para a direita, para cima e para traz, porque nem sempre se acha obliterateda.

III—*Modo de praticar a sutura*

Podemos dividir em dois grandes grupos as suturas actualmente empregadas para fechar a incisão após a laparotomia: sutura em massa ou n'um só plano, e sutura em varios planos ou em andares.

a) *Sutura em massa*— Para praticar esta sutura, espeta-se a agulha a 2 ou 3 centímetros da incisão e faz-se atravessar successivamente todos os planos da parede, dirigindo-a de maneira que ella vá sahir perto do bordo do folheto peritoneal. Em seguida faz-se entrar a agulha perto do bordo do outro labio peritoneal, e atravessar todos os planos até sahir n'um ponto symetrico d'aquelle em que penetrou. Ao passar a agulha, é preciso ter o cuidado de proteger o intestino para o não ferir. Os pontos d'entrada e de sahida devem ficar ao mesmo nivel, e as extremidades do fio fixam-se por meio d'uma pinça hemostatica.

Procede-se em seguida á passagem do segundo fio, fixando as extremidades da mesma maneira, e assim successivamente. O intervallo entre os pontos deve ser de dois a trez centímetros. Depois de todos collocados, atam-se successivamente, tendo o cuidado de affrontar os labios da incisão tanto quanto seja possivel. Resta-nos finalmente appli-

car uma série de pontos superficiaes intercalares para unir a pelle e o tecido cellular sub-cutaneo.

O material ordinariamente usado n'esta sutura é constituido pela agulha de Reverdin e crina de Florença.

Este processo de reunião dos labios da ferida abdominal é geralmente empregado pelos cirurgiões allemães e, sobretudo, pelos inglezes. Em França ainda tem alguns adeptos, d'entre os quaes citaremos Ricard e Delbet.

A maior parte dos cirurgiões portuguezes põem de parte a sutura em massa e praticam a sutura em planos; comtudo, cumpre-nos dizer que aquella é ainda hoje usualmente empregada cá em Portugal por cirurgiões distinctissimos, como são os professores Sabino Coelho e Azevedo Maia. No emtanto, o professor Azevedo Maia modificou um pouco o processo classico, affrontando a superficie livre da serosa peritoneal d'um lado contra o labio sangrento do lado opposto. Este affrontamento é feito n'uma pequena extensão (em largura) para não prejudicar a reunião dos tecidos superficiaes.

No caso cuja observação apresentamos no fim d'este trabalho (Observação II), seguiu-se este processo na sutura da parede abdominal.

b) Sutura em planos ou andares. — Este processo de sutura, imaginado por Kovacs, foi vulgarisado em França por Pozzi e é empregado hoje pela maior parte dos cirurgiões, tanto portuguezes como estrangeiros. A sutura por este processo

póde ser feita em dois, em trez, ou em mais planos. Para typo de descripção escolhemos a sutura em trez planos. Estes planos são constituídos: 1.º pelo peritoneu; 2.º pelos musculos e aponevroses, ou só aponevroses; 3.º pela pelle e tecido cellular sub-cutaneo.

A reunião no primeiro plano pode ser feita por meio de sutura continua ou por pontos separados. Quer se faça uso d'um ou d'outro processo, devemos ter o cuidado de unir bem os dois labios peritoneaes, de modo a não deixar botoeiras.

O segundo plano comprehende sómente a aponevrose quando se faz a incisão sobre a linha branca, ou se, depois de ter fendido uma aponevrose, se reclina o musculo para fóra ou para dentro. E' musculo-aponevrotico quando a incisão interessa o musculo. A reunião faz-se por meio de sutura continua ou por pontos separados, sendo estes mais vantajosos em virtude da grande resistencia das aponevroses.

Finalmente a pelle e o tecido cellular sub-cutaneo são affrontados, ou por meio de pontos separados, ou por meio d'uma sutura intra-dermica.

Na sutura dos dois planos profundos emprega-se geralmente o catgut de preferencia á sêda, em virtude d'aquelle ser facilmente absorvido; na do plano superficial emprega-se o fio de prata ou a crina de Florença; porém, para a sutura intra-dermica usar-se-ha o catgut ou a sêda.

Tal é o processo typo da sutura em planos, porém esta apresenta um grande numero de va-

riedades segundo se multiplica ou reduz o numero d'aquelles. E' assim que La Torre ⁽¹⁾ faz a sutura em cinco planos, mesmo no caso de laparotomia media, reseccando a linha branca e avivando os bordos internos dos rectos.

Wylie e Ott empregam um processo mixto entre a sutura em massa e a sutura em andares. Estes cirurgiões começam por fazer uma linha de sutura comprehendendo toda a espessura das paredes abdominaes, mas, antes de apertar os pontos, fazem uma outra profunda interessando só a aponevrose (Wylie), ou a aponevrose e o musculo (Ott).

*

* *

Como acabamos de vêr, as opiniões dos cirurgiões, quando tratam da escolha do processo para a reunião dos labios da ferida abdominal, divergem; uns preferem a sutura em massa, outros fazem-n'a em andares. Devemos porém dizer que aquella tem perdido muitos dos seus adeptos, que hoje suturam em andares.

Terrier, que em 1887 dizia «la seule suture vraie et bonne est la suture à points séparés comprenant tous les tissus, les autres plus compliquées sont inutiles», mudou d'opinião em 1890 e concordou com Berger que as probabilidades d'e-

(1) La Torre — La Gynecologie, 1897, pa. 353.

ventração post-operatoria diminuiam com o emprego da sutura em planos.

Vejam os agora as estatísticas. Winter ⁽¹⁾, n'uma série de 1000 laparotomias em que praticou a sutura em massa, obteve um terço de eventrações post-operatorias; adopta a sutura em andares n'uma nova série de 212 operações e notou esta complicação sómente em 12 casos. Martin ⁽²⁾ emprega a sutura em massa em 350 laparotomias que lhe dão eventrações em 21 0/0 dos casos; pratica depois a sutura em andares em 89 casos e a percentagem baixa a 8,9 0/0.

Effectivamente parece-nos que o processo de suturar em andares offerece boas condições para a formação d'uma cicatriz sólida: coaptação perfeita, affrontamento de planos constituídos por tecidos da mesma natureza, garantia da integridade da cicatriz aponevrotica depois da ablação dos pontos superficiaes, etc., preceitos estes que não são realisados pela sutura em massa. O unico inconveniente que lhe apontamos é o dos pontos perdidos, que, não sendo perfeitamente asepticos, tornam-se ás vezes causas de longas suppurações.

Não queremos dizer com isto que abandonemos por completo o processo de sutura em massa, pois devido á simplicidade e rapidez com que póde ser executado, achamos que está perfeitamente indicado nos casos em que é necessario

(1) Winter — Societé allemande de gynécologie, 1895.

(2) Martin — Les suites de l'ovariotomie, 1897.

terminar a operação o mais depressa possível, e n'aquelles em que a asepsia não foi rigorosamente mantida.

Vejam os agora quantos planos devemos fazer na sutura em andares. Parece-nos que, para não multiplicar os pontos perdidos, a sutura d'escolha deve ser a de tres planos, quer se trate d'uma laparotomia media ou lateral, quer se faça a incisão em pleno musculo ou com reclinção d'este. Nas laparotomias em que se tenha feito a incisão em pleno musculo, o primeiro plano ou profundo é constituido pelo peritoneu e pela aponevrose posterior; o segundo ou medio é formado pelo musculo e pela aponevrose anterior; finalmente o terceiro ou superficial comprehende a pelle e o tecido cellular sub-cutaneo.

Nos casos d'incisão com reclinção lateral ou media, os planos são os mesmos, excepto o segundo que é formado unicamente pela aponevrose.

Na nossa segunda observação foi feita, como acima referimos, a sutura em massa; a eventração recidivou, mas, em virtude de se ter estabelecido uma suppuração muito intensa, não pudémos averiguar que parte coube a cada uma das causas na recidiva. E' natural que tenha sido a suppuração.

IV—*Hematomas da sutura*

Para se obter uma boa cicatriz, é indispensavel fazer uma boa hemostase. Um certo numero d'eventrações post-operatorias são devidas aos hematomas da sutura. Estes podem ser retro-musculares ou sub-cutaneos. Os primeiros são ás vezes bastante volumosos e o sangue que os constitue provém, ou dum arteriolo que apenas se mordeu com a pinça sem o laquear, ou d'uma hemorragia *en nappe*. O sangue accumula-se entre a face profunda do musculo e o peritoneu, e assim se fórma a hematoma.

Em certos casos, sobretudo n'aquelles em que ha adherencias entre o peritoneu parietal e um tumor subjacente, a parede abdominal acha-se muito vascularisada e a hemostase é difficil; o cirurgião espera fazer parar a hemorragia por meio da sutura, mas se esta não é bastante para a sustar, o sangue accumula-se nas malhas do tecido cellular e constitue o hematoma sub-cutaneo.

O hematoma sub-cutaneo fórma uma saliência mais ou menos volumosa por baixo da pelle, que no fim de cinco ou seis dias toma uma côr violacea como a das echymoses; se tirarmos um ou dois pontos da sutura, o sangue coagulado sae para o exterior pela brécha formada pela separação dos bordos da ferida. N'estas condições a cicatrização do plano superficial faz-se geralmente por segunda intenção, porém a cicatriz pode ser

solida, porque o plano musculo-aponevrotico não foi aberto.

O hematoma retro-muscular aseptico pode ser tolerado quando não adquire grande volume. O sangue coagulado é absorvido, deixando um ponto fraco na cicatriz. Pelo contrario os hematomas volumosos deslocam a sutura, determinam um empastamento profundo e eliminam-se geralmente por um trajecto inter-muscular, preparando assim um caminho para a eventração consecutiva. Mas o sangue coagulado na sutura não constitue sómente um obstaculo mecanico á reunião immediata; a maior parte das vezes elle soffre a transformação purulenta: o hematoma aseptico torna-se suppurado. Effectivamente todos nós sabemos com que facilidade os agentes pathogenicos se desenvolvem nas collecções sanguineas, e como a sua virulencia se exalta n'este meio de cultura.

Se agora nos lembrarmos que no decorrer de uma laparotomia a deposição de microbios na ferida é quasi inevitavel, acharemos a razão porque os hematomas suppuram tão facilmente. Um grande numero d'abcessos da parede abdominal não tem outra origem.

A presença do hematoma é pois desfavoravel á cicatrização; para nos prevenirmos contra elle, devemos fazer uma hemostase rigorosa e se houver exhudação sanguinea nos bordos da incisão, ou se tivermos a menor duvida sobre a possibilidade d'uma hemorragia secundaria, não devemos hesitar em deixar um dreño inter-muscular ou

sub-cutaneo, dreno este que se póde tirar no fim de 48 horas.

V — *Suppuração*

A suppuração dá ferida abdominal, além dos perigos d'uma infecção generalisada que acarreta aos operados, tem ainda como resultado impedir a cicatrização por primeira intenção; ora devemos concordar com Lucas-Championnière que affirma que «les cicatrices vraiment puissantes, vraiment solides sont celles qui ont été faites par première intention.» (1) A suppuração pode ser originada pela infecção *ab initio*, ou por uma necrose aséptica. Esta ultima observa-se sobretudo nos casos em que o tecido cellulo-adiposo, muito pobre de vasos sanguineos, é esmagado por pontos de sutura muito apertados. E' este um dos inconvenientes da sutura em massa em que, para unir perfeitamente os bordos da ferida, é preciso apertar muito os pontos.

Mas as mais das vezes a suppuração tem como inicio a infecção. Os aspectos clinicos sob os quaes se nos apresenta a infecção parietal são muito variaveis. Ora ella se faz acompanhar dos symptomas d'um flegmão diffuso: hyperthermia, dôr aguda, pungitiva, insomnia, etc.; ao fim de 48 horas a pelle ruborisa-se e passados trez ou qua-

(1) Lucas Championnière — *Traité des hernies.*

tro dias os labios da ferida separam-se, deixando sahir um liquido sero-purulento.

Se a adhesão dos bordos do peritoneu é completa, o doente escapa aos perigos d'uma peritonite septica. Ora a infecção se apresenta sob a fórma d'um abcesso quente, que as mais das vezes occupa todo o comprimento da incisão. Este abcesso é superficial ou profundo e abre-se geralmente para o exterior ao fim de oito ou dez dias. O pús n'elle collectado é mais ou menos espesso e ás vezes bastante fétido.

Existem, finalmente, casos d'infecções attenuadas que formam indurações profundas bem localisadas, que ao fim de vinte dias degeneram n'uma série de pequenos abcessos. Os fios empregados na sutura, quando são mal tolerados pelos tecidos, eliminam-se por este mecanismo.

Variavel na sua fórma clinica, a infecção póde ser primitiva ou secundaria. E' primitiva quando é devida a uma falta d'asepsia no decorrer da operação: mãos do operador ou dos ajudantes, instrumentos, fios de laqueação ou de sutura; primitiva ainda se durante uma intervenção septica (collecção pelvica suppurada, peritonite, appendicite, etc.) o pús vem contaminar a ferida parietal. E' secundaria quando a inoculação é consecutiva á applicação d'um penso post-operatorio septico, ou quando parte d'um foco visinho. Os drenos são geralmente os intermediarios. Finalmente, é ainda secundaria quando se estabelece n'um fóco de necrose aseptica, de que acima fal-

lamos. A suppuração é, pois, também primitiva ou secundaria.

A eventração post-operatoria não é, no entanto, corollario forçado da suppuração da cicatriz; porém, a suppuração, além d'augmentar a extensão da cicatriz, é desfavoravel á sua consolidação. Podemos considerar como graves e ordinariamente seguidos d'eventração: os flegmões que se desenvolvem na sutura e que invadem toda a espessura da parede, assim como os abscessos profundos que teem quasi sempre como consequencia a separação do plano musculo-aponevrotico. Pelo contrario consideraremos como benignas as suppurações superficiaes e de pouca duração, que só excepcionalmente produzem complicações post-operatorias devidas á cicatriz.

Para nos prevenirmos contra a suppuração recommendamos aquillo que devemos ter sempre presente antes de praticarmos uma intervenção cirurgica: asepsia rigorosa tanto da parte do operador e ajudantes, como da dos objectos (instrumentos, fios, etc.) empregados. Ao proceder á sutura, não esqueceremos que muitas suppurações são iniciadas na necrose dos tecidos esmagados por pontos muito apertados; devemos, portanto, sem prejudicar a perfeita reunião dos bordos da ferida, apertar os pontos o menos possivel para não produzir aquelle esmagamento.

VI — *Drenagem*

Quando um cirurgião hesita em fechar completamente o abdomen, teme duas complicações: a hemorragia ou a suppuração. A drenagem é empregada para evitar estes dois perigos. O «Mickelicz» simples ou cheio de tiras de gaze aséptica exerce uma certa compressão sobre as superfícies da ferida, é hemostático e drena por capillaridade tanto o sangue como o pús. Outras vezes a drenagem da ferida faz-se por meio d'uma tira de gaze ou d'um tubo de cautchuc de maior ou menor calibre. Qualquer que seja a variedade, a drenagem da ferida, debaixo do ponto de vista da eventração posterior, é um perigo. A' maneira dos pediculos extra-peritoneaes e dos kystos marsupializados, ella impede a reunião primitiva, deixando um orificio ou espaço vasio que será preenchido pelas granulações secundarias; ora a cicatriz assim formada é, na maioria dos casos, de má qualidade e deixa-se distender facilmente.

E' para evitar este inconveniente que alguns cirurgiões collocam os chamados *fios d'espera*, procurando assim obter uma reunião secundaria por primeira intenção; as extremidades d'estes fios só são atadas depois de se supprimir a drenagem definitivamente. Tem-se incriminado a drenagem de favorecer a infecção da sutura, e, realmente, assim succederá todas as vezes que empregarmos drenos que não estejam perfeitamente asépticos; mas

se n'uma sutura um ponto suppura por qualquer circumstancia, os drenos d'esse ponto contaminados expõem os mais proximos a uma infecção quasi inevitavel.

Como acabamos de ver a drenagem favorece a eventração. Que fazer pois? — Proscreevel-a da pratica? — Não é essa a nossa opinião, pois a nosso ver o dreno é um bom meio que o cirurgião tem ao alcance, não só para sustar uma hemorragia rebelde, como tambem para limitar uma suppuração. Todas as vezes que desconfiarmos da hemostase ou da asepsia da ferida operatoria devemos collocar um dreno de gaze durante 24 a 48 horas, periodo este durante o qual a presença de uma simples tira de gaze não prejudica grandemente a cicatrização. Se a suppuração se estabelece n'um ponto, devemos drenar esse ponto e cobril-o com um penso independente para evitar a diffusão do liquido septico por todo a sutura. N'este caso podemos tentar a reunião secundaria por primeira intenção.

Pelo que diz respeito ao «Mickulicz» empregal-o-hemos sómente quando não podermos obter a drenagem por outro meio; assim, por exemplo, n'uma hysterectomia por via abdominal, faremos a drenagem pela vagina por meio d'uma tira de gaze, supprimindo d'este modo o «Mickulicz».

VII — *Estado geral*

D'entre os factos d'ordem geral que impedem a formação d'uma boa cicatriz, citaremos os seguintes:

a) *Adipose.* — N'alguns individuos a pannicula sub-cutanea acha-se de tal modo desenvolvida, que a maior parte da espessura da parede abdominal é constituida por gordura. N'estas condições os tecidos teem pouca vitalidade e a cicatrização será prejudicada.

b) *Emmaciação.* — O estado cachectico dos doentes emmaciados por uma suppuração prolongada é tão nocivo á formação d'uma boa cicatriz como a infiltração gordurosa; a pelle acha-se adelgada, as superficies dos bordos da incisão são descoradas e os musculos amarellados. N'estes casos, por mais cuidados que se tenham com a sutura, a reunião será insufficiente como a nutrição geral e a eventração apparecerá n'um futuro mais ou menos proximo.

c) *Distensão da parede.* — Outras vezes, porém, a deficiencia da nutrição da parede abdominal é d'ordem mecanica e devida á distensão produzida por prenhezess multiplas, por uma ascite abundante ou por um tumor volumoso: fibroma uterino, kysto ovarico, etc. N'estes casos, as condições que a parede offerece para a formação d'uma cicatriz solida e resistente são pessimas: grande incisão, mau estofo, terreno enfraquecido.

Devemos, pois, antes de intervir, attender ao estado geral dos doentes e, a não ser nos casos urgentes, esperaremos que este estado nos forneça probabilidades d'uma boa cicatrização.

VIII — *Hygiene post-operatoria*

Nos paragraphos precedentes passamos em revista as principaes causas que se oppõem á formação d'uma boa cicatriz e os meios de que, a nosso ver, podemos lançar mão para as aniquilar. Resta-nos agora dizer que, por mais solida que seja uma cicatriz, ella constitue sempre um *locus minoris resistentie* ao nivel do qual, sob a influencia d'um esforço violento, poderá apparecer uma eventração. As cicatrizes são, com effeito, formadas por tecido fibroso, tecido este que não tem a vitalidade nem a resistencia dos tecidos sãos, e precisam d'uma ajuda na sua lucta contra a pressão intra-abdominal, do contrario acabarão por ceder.

E' por isso que, mesmo nos casos em que se achem reunidas todas as condições necessarias para uma boa cicatrização, recommendamos o uso diario e persistente do cinto abdominal que, se bem que tenha sido accusado por alguns gynecologistas de produzir a atrophia da cicatriz, tem innumerias vantagens debaixo do ponto de vista do prophylaxia das eventrações post-operatorias.

CAPITULO IV

Tratamento

Estudaremos n'este capitulo o tratamento palliativo e curativo; o preventivo já o expuzemos no capitulo precedente, á medida que nos referimos ás diversas causas.

A) Tratamento palliativo

O tratamento palliativo das eventrações consiste na applicação d'um cinto appropriado. Ordinariamente é um cinto abdominal munido d'uma almofada, que se applica directamente sobre a séde da eventração. Póde tambem empregar-se uma simples faixa em substituição do cinto. Quando a eventração é reductivel, faz-se primeiramente a redução e applica-se depois o cinto. Se se tratar d'uma eventração irreductivel, far-se-ha uso d'um suspensorio adaptado a um cinto

especial para o tornar bem fixo. As pequenas eventrações são geralmente bem contidas por este modo e, na maioria dos casos, o uso do cinto é bastante para fazer desaparecer as perturbações funcionaes; as dôres e as perturbações gastro-intestinaes cessam, e os doentes sentem-se alliviados.

Mas muitas vezes o cinto é mal supportado ou a eventração mal contida, quer pelo seu volume, quer pela sua séde, e n'estes casos é necessario recorrer ao tratamento curativo, de que nos vamos occupar em seguida.

B) Tratamento curativo

I — Indicações

Antes de tentar n'um doente a cura radical d'uma eventração post-operatoria, o cirurgião deve precisar bem as indicações da intervenção. Como dissemos precedentemente, um certo numero de doentes podem vantajosamente passar sem a operação. Nos individuos cachecticos, n'aquelles cuja saude se acha profundamente alterada por uma tara organica: diabete, albuminuria, cardiopathias, etc., devemos esperar sempre maus resultados da operação. Em compensação, ha indicações precisas que resolvem o doente a pedir a operação e o cirurgião a pratical-a.

Pelo volume excessivo que podem adquirir, certas eventrações constituem um estado tal, que

a vida activa se torna impossivel; de mais, trata-se na maioria dos casos de individuos pobres que são obrigados a trabalhar para provêr á sua subsistencia. Esta consideração não póde deixar de exercer uma certa influencia sobre a decisão que o operador hade tomar. Outras vezes, a hernia ventral, posto que pouco volumosa, é a séde de dôres frequentes que certamente são devidas ao repuxamento das adherencias epiploicas e intestinaes. Estas eventrações devem ser operadas porque são dolorosas.

Como dissemos quando nos occupamos do tratamento palliativo, os cintos nem sempre são bem tolerados e, além d'isso, nem sempre são sufficientes para conter a hernia; esta insufficiencia ou inutilidade é ainda uma indicação da operação. Finalmente o estrangulamento, quando se produz, constitue uma indicação operatoria urgente.

II — *Princípios geraes do tratamento*

Qualquer que seja o processo empregado, estabelecemos como principio que no tratamento cirurgico das eventrações post-operatorias, o cirurgião deve, para obter um bom resultado, observar os preceitos seguintes:

a) Proteger o intestino com todo o cuidado, á medida que se pratica a excisão do sacco, e saturar o peritoneu o mais depressa possivel. Tem-se notado, com effeito, que a peritonite é mais fre-

quente nos casos em que a serosa peritoneal se acha exposta durante muito tempo.

b) Depois da excisão do sacco e dos envoltórios, procurar as bainhas dos rectos, abri-las ao nível do bordo interno dos musculos, e suturar estes um ao outro, ou melhor ainda, cruzar em X dois feixes musculares, cruzamento este que se obtem suturando a extremidade livre do feixe da direita ao musculo da esquerda e vice-versa.

c) Não fazer drenagem senão nos casos em que se julgue indispensavel, porque fazendo-a, ha probabilidades de recidiva da eventração; comtudo, é prudente deixar um pequeno dreno debaixo da pelle, ou entre os musculos, para evitar a accumulção dos derrames serosos e sanguineos.

d) Fazer a sutura em planos e, sempre que se julgue necessario, protegê-la com pontos de reforço passados profundamente.

III — *Processos operatorios*

Os processos empregados no tratamento das eventrações post-operatorias podem ser agrupados n'um ou n'outro dos dois methodos seguintes:

Methodo extra-peritoneal e methodo intra-peritoneal.

A) Methodo extra-peritoneal

a) *Processo de Simon-Simon* (de Heidelberg) depois de reduzir a viscera herniada, faz refluir os involucros para dentro da cavidade abdominal; procede então ao avivamento dos bordos da fenda por meio d'uma incisão que interessa a pelle e o tecido cellular sub-cutaneo até ás camadas mais profundas, de maneira a obtêr uma superficie d'avivamento de 2 centimetros de largo.

Em seguida reúne por meio d'uma sutura superficial os bordos internos e posteriores da ferida. N'este momento da operação as duas superficies avivadas, parcialmente reunidas, formam um angulo diedro d'aresta posterior.

Simon pratica depois a reunião das duas superficies avivadas, por meio de uma serie de suturas superficiaes e profundas, de modo a obtêr um affrontamento perfeito. Finalmente colloca um dreno no angulo inferior da incisão para eliminar os productos segregados pela pelle e pela ferida, sem o que se accumulariam no espaço situado atraz da sutura.

Hegar e Balandin publicaram alguns casos de cura por este processo, que hoje cahiu em desuso.

b) *Processo de Chrobak* — Este cirurgião disseca a pelle dos involucros, que separa do peritoneo; faz em seguida refluir o sacco para dentro da cavidade abdominal e sutura os bordos internos das bainhas dos rectos, sem as abrir. Chrobak

pratica depois duas suturas: uma profunda de reforço e a outra superficial para a pelle, e faz a drenagem nas duas extremidades da ferida.

Goullioud modificou o processo de Chrobak, abrindo as bainhas dos rectos e reunindo-as por meio de dois planos de suturas sem se preoccupar com os musculos.

c) *Processo de Mouratoff*—Mouratoff faz a incisão da pelle e do tecido cellular sub-cutaneo, abre a bainha dos rectos e procede ao avivamento dos bordos internos dos musculos que em seguida affronta por meio d'uma sutura; depois reúne os labios da ferida por meio de pontos passados profundamente atravez da pelle e de quasi toda espessura dos musculos rectos, mas que não chegam ao peritoneu que fica assim intacto.

d) *Processo de Quénu*—O processo de Quénu⁽¹⁾ pode resumir-se nos 6 tempos seguintes:

- 1.º—Fazer a incisão da pelle e do tecido cellular sub-cutaneo e a dissecação de dois retalhos.
- 2.º—Procurar e depois abrir a bainha dos rectos.
- 3.º—Suturar (sutura continua) os bordos das laminas posteriores, apanhando na sutura o plano fibro-seroso.
- 4.º—Suturar os dois musculos rectos depois de ter préviamente descollado as bainhas, utilizando para esta sutura as intersecções aponevóticas.
- 5.º—Suturar (sutura continua) os bordos das laminas anteriores das bainhas.
- 6.º—Final-

(1) Quénu — Bulletins de la Societé de Chirurgie de Paris — 1896, pag. 179.

mente suturar a pelle e tecido cellular sub-cutaneo por meio de pontos separados ou empregar a sutura intra-dermica, sendo conveniente n'este caso reforçal-a por alguns pontos passados profundamente. Tal é, em resumo, o processo empregado por Quénu desde 1896.

e) *Processo de J. L. Faure* — Faure ⁽¹⁾ publicou em 1898 um processo muito engenhoso que differe do precedente especialmente na maneira de suturar as bainhas e os musculos.

Assim, este auctor reúne os dois grandes re-ctos e as suas bainhas por meio d'uma sutura continua, feita com uma tira aponevrotica talhada á custa d'estas bainhas. As vantagens d'este processo são assim resumidas pelo auctor: «c'est une suture souple et plastique, une suture vivante qui fait bientôt corps avec les parties qu'elle est destinée à unir et qui les solidarise les unes aux autres mieux que n'importe quelle soie, exposée d'ailleurs à s'éliminer et à nécessiter des interventions ultérieures insignifiantes, mais insupportables.»

B) *Methodo intra-peritoneal*

a) *Processo de Maas*. — Maas faz a excisão de um retalho da superficie cutanea, circumscrevendo-o por meio d'uma incisão elliptica e, depois de

(1) J. L. Faure — Gaz. hebdom. de médecine et de chirurgie, 17 — II — 1898.

ter feito entrar o intestino na cavidade abdominal, abre o peritoneu. Em seguida dispõe as suturas da seguinte maneira: um primeiro plano reúne os labios da ferida peritoneal; um segundo plano reúne os musculos rectos, e finalmente um terceiro approxima os labios da ferida cutanea.

b) *Processo de Maydl.*— Depois de ter, a exemplo de Maas, excisado uma porção do envolucro da eventração por meio d'uma incisão elliptica interessando toda a espessura d'este, Maydl pratica a abertura da cavidade peritoneal e faz refluir o intestino para dentro do abdomen. Após isto, elle dispõe assim os planos das suturas: peritoneu, labios posteriores das superficies dos rectos, corpo muscular e labios anteriores das superficies de secção, pelle e tecido cellular sub-cutaneo. Entre o primeiro e o segundo plano de suturas, Maydl colloca um tubo de drenagem.

c) *Processo de Pozzi.*— Em 1897, Pozzi⁽¹⁾ apresentou á Sociedade de Cirurgia de Paris um novo processo para a cura radical das eventrações post-operatorias. Este processo consiste essencialmente no seguinte: 1.º—Circumscrever a cicatriz por uma incisão elliptica, interessando a pelle e o tecido cellular sub-cutaneo; dissecar um retalho do lado esquerdo, approximando-nos do rebordo fibroso que fórma o collo do sacco. 2.º—Abrir o peritoneu na parte mais externa, com a condição porém de

(1) Pozzi — Bull. de la Societé de Chirurgie de Paris — b
1897, pag. 170.

que a reunião pareça possível depois da excisão do sacco. Graças a esta botoeira peritoneal excêntrica, evitamos cahir sobre um ponto adherente do intestino. 3.^o Servindo-nos do dedo como guia, prolongar com a thesoura curva a secção do peritoneu em toda a extensão do bordo esquerdo. 4.^o—N'este momento, collocar o operando em posição declive e proteger o intestino com uma compressa humida e quente. 5.^o—Revirar para fóra as paredes do sacco, de maneira a podermos examinar a sua face interna. Se houver adherencias, destruir com o dedo as mais fracas; as mais resistentes seccional-as entre pinças e laqueal-as com catgut. 6.^o—Logo que o sacco esteja livre das adherencias, proceder á secção do peritoneu, seguindo o bordo direito da incisão. Esta incisão symetrica da primeira, supprime as paredes do sacco. 7.^o Depois de reseccado o sacco, proceder á reunião do peritoneu por meio de sutura continua.

Para a sutura do resto da parede, Pozzi emprega o processo de Quénu, com a unica differença de que sutura os rectos conjunctamente com as laminas anteriores das bainhas, ficando-nos assim um plano de menos.

Quando a approximação dos bordos internos dos musculos não se faz sem grande tracção, Pozzi usa do seguinte artificio: faz uma serie d'incisões verticaes e parallelas em pleno musculo, dissociando d'esta maneira alguns feixes musculares, de modo que n'estas condições obtem facilmente a approximação.

d) *Processo de Dauriac — Processo de cruzamento parcial dos rectos.*— Este processo, inventado por J. S. Dauriac para a cura radical das hernias umbilicaes, foi descrito por Tillaux ⁽¹⁾ em 1895, n'uma prelecção sobre a cura radical da hernia umbilical. O illustre professor da Faculdade de Medicina de Paris, referindo-se ao processo que nos occupa, faz d'elle uma descripção tão magistral, que resolvemos reproduzir integralmente as suas palavras. «Voici, diz elle, comment M. Dauriac a conduit son opération: La tumeur herniaire étant assez volumineuse, il a fait autour de sa base une incision elliptique la circonscrivant. Il a reconnu ensuite, sous la peau et le tissu cellulaire dissequés la gaine des droits de chaque coté et a pénétré dans cette gaine par une incision portant sur le feuillet antérieur, parallèle à son bord interne et très rapproché de ce bord. Faisant alors la laparotomie, il a ouvert le ventre par une nouvelle incision elliptique, circonscrivant le pédicule de la hernie et empiétant sur le feuillet postérieur de la gaine des droits. Rabattant ensuite cet opercule ainsi détaché, il a abordé le collet et l'épiploon hernié. Cet épiploon lié par petits paquets, a été lui-même réséqué et cela a pris un certain temps. M. Dauriac a aussitôt procédé à la suture du plan profond de la paroi abdominale, plan constitué par le péritoine et le feuillet postérieur de la gaine des droits.

(1) Tillaux — De la cure radicale de la hernie ombilicale, *Semaine medicale*, 6 — III — 1895.

Cette pratique présente le grand avantage de permettre à l'opérateur de faire la plus longue et la plus importante partie de son opération, le ventre étant fermé et la cavité péritonéale à l'abri de toute infection. Il s'est alors préoccupé des muscles droits. Les décollant à l'aide du doigt par leur face profonde, sans les isoler de leur feuillet antérieur, il les a rapprochés l'un de l'autre, au moyen d'un fil passé en haut et en bas à la limite inférieure et supérieure de l'incision abdominale, en plein muscle et allant de l'un à l'autre. Ces deux fils étant serrés les droits se trouvent accolés comme dans le procédé de M. Quénu.

Ici commence la partie vraiment originale du procédé de M. Dauriac. Vous l'avez vu faire sur chaque muscle une incision dans le sens de sa longueur parallèle à ses fibres et le séparant en deux bandelettes. A chacune de ces bandelettes adhère la partie correspondante du feuillet antérieur de sa gaine. La bandelette externe déterminée par l'incision dans chaque muscle sera respectée et assurera la continuité musculaire primitive. Au contraire, par une incision transversale située un peu au dessous du fil qui rapproche les deux muscles à la partie supérieure, la bandelette interne sera séparée du reste du muscle, au quel elle n'adhère plus que par son extrémité inférieure.

Cette bandelette unique de chaque côté, se retracte beaucoup moins une fois détachée que les deux bandelettes dont la formation était autre

fois préconisée par M. Dauriac alors qu'il pratiquait son incision transversale à mi-hauteur de chaque bandelette musculaire interne. On peut par cela même la rapprocher plus facilement du muscle du côté opposé et la manœuvre est rendue d'ailleurs plus aisée par l'accolement préalable des deux droits.

Il ne restait plus qu'à entrecroiser les deux bandelettes musculaires détachées par leur partie supérieure. M. Dauriac l'a fait très aisément et a réuni la languette provenant du muscle du côté droit à la ligne de section résultant de l'incision qui avait détaché le bout supérieur de la bandelette du côté gauche, au moyen de points de suture de direction longitudinale allant dans le sens des fibres. Pour donner plus de solidité à cette suture et l'empêcher de céder, en dissociant les fibres du muscle, l'opérateur a fait passer ses fils dans le bout supérieur au-dessus du fil à direction transversale qui rapproche les droits. Dans le bout inférieur le fil passe à la fois à travers le muscle et le feuillet antérieur de sa gaine. M. Dauriac conseille d'ailleurs de disposer sur ce bout inférieur un fil transversal en chaîne, sur le quel viendra prendre appui la suture, tout comme pour le bout supérieur.

L'entre-croisement ayant été complété par la suture du second bout musculaire, il a été passé une grosse soie transversalement à travers la partie persistente du muscle du côté droit, la partie centrale de l'entrecroisement et la partie persis-

tente du muscle du côté gauche; cette soie, une fois serrée, a établi ainsi une parfaite continuité entre les parties persistentes de chaque muscle et celles qui se sont entre-croisées. L'opération a été terminée par le rapprochement de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.»

Eis ahí as palavras que Tillaux consagrou á descripção do processo de Dauriac. Este processo foi, como acima dizemos, imaginado para a cura radical das hernias umbilicaes, mas o distincto professor d'esta Escola, o Ex.^mo Snr. Dr. Roberto Frias, generalisou a sua applicação á cura radical das eventrações, operando este anno na enfermaria de clinica um caso d'eventração post-operatoria por este processo.

A operação foi coroada do melhor exito como se pode vêr pela observação que apresentamos no fim d'este trabalho (Observação I). E' assim mais um processo que o erudito professor nos trouxe para a cura radical das eventrações.

Pela descripção que acabamos de fazer dos differentes processos, deprehende-se que, áparte pequenos detalhes de technica, a maior parte d'elles differem, para cada um dos methodos, pela maneira de fazer a sutura da parede abdominal.

E' assim que no methodo extra-peritoneal,

Chrobak, Quénu e Faure praticam a 1.^a parte da operação identicamente, principiando apenas a differir no modo de praticar as suturas; do mesmo modo no methodo intra-peritoneal, Maydl, Pozzi e Dauriac conduzem a operação d'uma maneira analoga até ao momento de reunir os labios da ferida abdominal, onde se começam a estabelecer as differenças.

Será indifferente a escolha de qualquer dos methodos? Parece-nos que não. A nosso vêr, o methodo extra-peritoneal está naturalmente indicado nos casos em que ha adherencias extensas e resistentes entre o intestino e o sacco. O emprego do methodo intra-peritoneal n'este caso seria perigoso e arriscaria o operador a romper o intestino no momento de destruir as adherencias.

Relativamente á escolha do processo, cumprenos dizer que, pela nossa parte, daremos a preferencia ao processo de Dauriac, seguindo o methodo intra-peritoneal; no extra-peritoneal seremos eclecticos, aproveitando o processo de Quénu para a 1.^a parte da operação e completando-a pelo de Dauriac. Effectivamente o processo de cruzamento parcial dos rectos deu tão bons resultados no caso cuja observação apresentamos, que não podemos deixar de o preconisar.

*
* *

Todos os processos que acabamos de passar em revista são applicaveis ao tratamento das eventrações da linha media.

Resta-nos dizer alguma cousa relativamente á cura radical das eventrações lateraes, tão frequentes depois que se pratica a appendicectomia.

A cura radical das eventrações lateraes apresenta particularidades especiaes que todas derivam da textura da parede abdominal. Estas eventrações são consecutivas a intervenções que tiveram como resultado seccionar as fibras musculares dos obliquos e do transverso em direcções mais ou menos perpendiculares á sua direcção propria. Uma incisão feita parallelamente ás fibras do grande obliquo, por exemplo, secciona as do pequeno obliquo e as do transverso quasi perpendicularmente, e reciprocamente.

Por conseguinte, na cura radical, — partindo do principio que os resultados da operação serão tanto mais satisfactorios quanto mais nos aproximarmos da anatomia normal, — teremos de tomar diversas precauções, e de seguir uma technica particular.

No caso presente não convem empregar o processo de sutura em massa, porque, se podemos com esta sutura estabelecer o contacto entre as fibras d'um dos musculos, outro tanto não succede

com as dos outros dois. A sutura de escolha será, portanto, a sutura em andares.

A operação seria simples se se tratasse de reparar uma parede abdominal sã, aberta experimentalmente; mas na maioria dos casos as supurações preteritas (referimo-nos principalmente ás eventrações consecutivas ás laparotomias motivadas por appendicites suppuradas) comprometeram a vitalidade dos musculos largos que, por este facto, são incapazes de reforçar a cicatriz. E' por este motivo que alguns cirurgiões modernos vão buscar o musculo grande recto para tapar a brécha parietal.

Lejars recommenda a technica seguinte:

A incisão é elliptica como para as eventrações médias e passa acima e abaixo da cicatriz da intervenção antiga. Depois de aberto o peritoneu, destroem-se as adherencias e reduz-se o intestino depois de ter verificado que não foi ferido. O peritoneu é fechado em seguida por meio d'uma sutura continua.

E' agora que começa o tempo mais importante da operação:

Procura-se o grande recto que se mobilisa, libertando as suas duas faces. O plano musculo-aponevrotico lateral é igualmente libertado. Passam-se em seguida 3 pontos em U na espessura do musculo e a pequena distancia do bordo externo; as extremidades dos fios são depois passadas á direita no plano musculo-aponevrotico.

Os pontos são em seguida apertados, de ma-

neira que o grande recto, mobilizado, escorraça por deante do orificio parietal.

A coaptação do musculo e da lamina musculo-aponevrotica é obtida por meio d'uma sutura continua.

Finalmente os labios da aponevrose superficial são reunidos por uma sutura continua, e a pelle e tecido cellular sub-cutaneo são affrontados por uma série de pontos separados.

Denneché⁽¹⁾ apresenta 4 observações d'eventrações lateraes tratadas por este processo, e nas quaes os resultados operatorios foram excellentes.

Eventrações estranguladas

O estrangulamento do intestino nas eventrações post-operatorias não é uma complicação excepcional. Como já tivemos occasião de dizer, Wertheimer⁽²⁾ cita na sua these alguns casos d'este genero. As probabilidades d'estrangulamento são, sem duvida menos numerosas, do que nas hernias ordinarias, visto o collo do sacco ser largo; mas, se se attender á frequencia e grande numero de adherencias epiploicas e intestinaes, assim como ás disposições anatomicas especiaes a certas eventrações: sacco bilobado, diverticular, comprehendese facilmente que uma ansa d'intestino se possa

(1) Denneché—These de Paris—1902.

(2) Loc. cit.

introduzir n'um d'estes orificios anormaes e estrangular-se.

O tratamento das eventrações complicadas de estrangulamento varia com o estado do intestino. Seguir-se-ha n'estes casos a mesma linha de conducta que nos das hernias inguinaes estranguladas: redução e cura radical, se a parede intestinal está viva e o doente em estado de supportar o traumatismo operatorio; desbridamento, anus artificial, ou resecção e drenagem nos casos inversos.

OBSERVAÇÃO I

(PESSOAL)

Eventração 1 anno depois d'uma laparotomia.—Adherencias epiploicas fracas.—Cura radical pelo processo de Dauriac.— Cura.

M. C., de 36 annos d'idade, solteira, creada de servir; deu entrada no Hospital Geral de Santo Antonio no dia 21 de Fevereiro de 1902, sendo-lhe destinada a enfermaria n.º 8 de Clinica Cirurgica.

A doente queixa-se d'um tumor no baixo ventre e de que não segura as urinas.

Nos antecedentes hereditarios e colleteraes não ha nada que se relacione com os padecimentos actuaes.

Antecedentes pessoaes.— A doente teve uma doença em creança, que lhe durou desde a idade de 9 mezes até aos 4 annos, inchando-lhe o pescoço e sendo preciso, por diversas vezes, lancetar-lhe uns caroços que lhe cresciam n'essa região; porém, com o uso prolongado de banhos de mar, melhorou.

Foi menstruada pela primeira vez aos 20 annos e gravidou aos 28. No 8.º mez da sua gravidez deu uma queda sobre o abdomen, que lhe provocou o parto, o qual foi muito laborioso, tendo a doente de recorrer ao hospital em virtude de grandes dôres que sentia no baixo ventre. O feto nasceu morto e muito macerado.

Após este parto, e certamente devido á compressão pro-

longada, a doente ficou sendo portadora d'uma fistula vesico-genital. Ao fim de pouco tempo, recorreu novamente ao hospital para se fazer operar da fistula, soffrendo então a

1.^a *Laparotomia*.— N'esta, que teve em vista atacar a fistula por via abdominal, a incisão foi feita a meia distancia do umbigo e do pubis.

A cicatrização da ferida fez-se dentro de 8 dias, mas a doente não colheu resultado algum da operação, pois continuou a urinar pela vagina como anteriormente. A doente não fez uso do cinto abdominal e deixou o hospital ao fim de 2 mezes.

Cêrca d'um anno depois desta laparotomia, começou a crescer-lhe um tumor no sitio da cicatriz abdominal, tumor este que era a principio do tamanho d'um ovo de gallinha e que d'ahi para cá tem crescido progressivamente.

Nos ultimos tempos, a doente soffre de dôres que irradiam para a região lombar e sente-se muito fraca não podendo fazer o minimo esforço.

Estado actual.— A doente apresenta na região hypogastrica uma saliencia de fórma ovoide, do volume da cabeça d'um feto e estrangulada na sua implantação, parecendo assim ser pediculada. A pelle que a reveste acha-se distendida e é semelhante em côr á das regiões visinhas, excepto na parte media, onde se nota uma facha branca de um centimetro a centimetro e meio de largura e dirigida no sentido longitudinal.

O tumor é molle e reductivel, operando-se perfeitamente a redução quando a doente está em decubito dorsal, ficando apenas um sacco de paredes delgadas e flacidas e de superficie exterior muito enrugada.

Na parede correspondente á bocca do sacco nota-se, atravez dos tecidos, uma botoeira longitudinal por onde se podem fazer passar as paredes do sacco, de maneira a invertel-o como um dedo de luva. Quando a doente toma a posição vertical, o tumor volta ás dimensões primitivas, e pela palpação percebem-se as ansas intestinaes atravez dos envolucros.

O tumor torna-se duro no momento do esforço e a doente tem sentido nos ultimos tempos perturbações gastro-intestinaes.

Pelo que se acaba de lêr, vê-se que a doente é portadora d'uma eventração post-operatoria.

Operação (a 7 de março de 1902).—Esta foi praticada pelo Prof. Roberto Frias, que a conduziu da seguinte maneira :

1.º — Depois de reduzir o contheudo da eventração, fez uma incisão ao longo da linha media, interessando toda a espessura da parede abdominal até ao peritoneu, que em seguida abriu, e prolongou a incisão para cima e para baixo a golpes de thesoura.

No fim d'este tempo operatorio notou-se que a espessura da parede abdominal estava muito reduzida e que havia adherencias entre o peritoneu e o epiploon, adherencias estas que foram destruidas com facilidade.

2.º — Procedeu em seguida á resecção das paredes do sacco, que foram cortadas um pouco acima da botoeira, e á abertura das bainhas dos musculos rectos.

3.º — Na reunião dos labios da ferida abdominal, o distincto cirurgião seguiu o processo de Dauriac, tal qual foi descripto no capitulo do tratamento.

A hemorrhagia foi insignificante, mas, para segurança, deixou-se uma tira de gaze entre os pontos superficiaes, que foi tirada ao fim de 48 horas.

Ao fim de 4 dias a doente queixa-se de dôres na ferida e de sêde; ha hyperthermia. E' -lhe levantado o penso e nota-se um certo rubôr e empastamento na região que se avizinha da extremidade inferior da ferida.

Estes symptomas inflammatorios, certamente devidos a algum ponto mal tolerado, desapparecem progressivamente e ao fim de 5 dias são tirados os pontos superficiaes.

No dia 25 de Março a doente levanta-se pela primeira vez depois da operação e principia a fazer uso do cinto abdominal.

A 18 d'Abril procede-se á operação da fistula e, um mez

depois, a doente pede alta e sae do hospital completamente curada.

Resultados operatorios. — Bons. A doente foi ultimamente entrevistada por nós e contou-nos que já se tinha occupado em trabalhos que demandavam algum esforço, sem que isso lhe provocasse dôres, nem a menor saliencia na cicatriz. Continua ainda a usar o cinto abdominal.

OBSERVAÇÃO II

(PESSOAL)

Eventração 3 annos depois d'uma ovariectomia. — Adherencias extensas e resistentes. — Resecção do sacco e sutura em massa. — Recidiva.

V. C., de 39 annos d'idade, natural do Porto, ajudante d'enfermeira no Hospital Geral de Santo Antonio.

A doente é portadora d'uma enorme eventração e é operada pelo Prof. Azevedo Maia no dia 19 de Janeiro de 1902, na enfermaria n.º 8 (sala de Clinica Medica).

Na historia ancestral não ha nada que se relacione com o estado actual.

Antecedentes pessoaes. — Foi menstruada aos 15 annos e teve 4 gravidezes de têrmo, todas terminadas por partos facéis. A doente tem sido sempre muito fraca e aos 26 annos soffreu uma laparotomia como primeiro tempo d'uma ovariectomia dupla. A doente teve vomitos nos dias que se seguiram á operação e a ferida abdominal suppurou muito durante mezes.

A cicatriz que resultou da ferida abdominal era muito extensa e a eventração principiou a sahir no angulo inferior, passado pouco tempo. Usou o cinto abdominal com o qual colheu bons resultados durante 3 annos, ao fim dos quaes a

eventração começou a crescer desmesuradamente, a ponto de chegar a não poder fazer uso do cinto. Depois que a eventração attingiu um certo volume, a doente não pôde fazer o minimo esforço e sente perturbações gastro-intestinaes.

Estado actual—A eventração, que tem um volume consideravel (cabeça d'adulto), tem por séde a parte media da região hypogastrica e cae adeante das coxas na estação vertical. A sua fórma é mais ou menos arredondada e a pelle que a reveste acha-se bastante distendida e é da côr da das partes circumvisinhas, salvo na parte media, onde apresenta uma larga facha longitudinal esbranquiçada. A eventração reduz-se quando a doente toma a posição de decubito dorsal e os envolveros são muito delgados. O estado geral é regular.

Os symptomas dolorosos e as perturbações intestinaes —cólicas, dôres lombares, dôres ao nivel da cicatriz, difficuldade na marcha, alternativas de diarrhêa e de constipação, vomitos—teem-se accentuado n'estes ultimos tempos.

Operação—Depois d'anesthesiar a doente e de proceder á antisepsia da região, o Prof. Azevedo Maia reduziu o intestino e circumscreveu a eventração por meio d'uma incisão eliptica, interessando a pelle e o tecido cellular subcutaneo; em seguida abriu o peritoneu no angulo inferior da incisão e alargou esta abertura com a thesoura, seguindo a incisão cutanea.

Verificou-se então a presença d'adherencias extensas e resistentes entre o epiploon e o peritoneu que constituia o sacco. Estas adherencias foram cortadas entre pinças.

Procedeu-se depois á resecção do sacco, porém este tempo operatorio, assim como os outros que se lhe seguiram, teve de ser executado o mais depressa possivel, porque sobrevieram vomitos repetidos que tinham como consequencia projectar as visceras abdominaes para fóra da cavidade pela larga brécha aberta na parede; além d'isso, o estado geral não era muito animador.

Na reunião dos labios da ferida abdominal empregou-se

o processo de sutura em massa, affrontando a superficie livre do peritoneu d'um lado contra o bordo sangrento do bordo do lado opposto. N'esta sutura, empregaram-se 7 pontos de crina Florença e, nos intervallos d'estes, foram collocados alguns outros superficiaes para assegurar a coaptação da pelle e do tecido cellular.

Resultados operatorios. — Ao fim de 2 dias depois da operação, a doente principia a sentir picadas na ferida; os vomitos post-anestheticsos repetem-se a cada instante. No 3.º dia ha hyperthermia e é-lhe substituido o penso da ferida, que se acha embebido em pús.

A suppuração estabelece-se no angulo inferior da ferida, estendendo-se depois a toda ella que suppura abundantemente durante 2 mezes.

Logo que se operou a cicatrização, a doente principiou a fazer uso do cinto abdominal, que não' impediu que a eventração recidivasse. A doente não sente ainda grandes perturbações, apezar do volume da eventração ser já consideravel.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — O triangulo de Grynfelt é um ponto fraco das paredes do abdomen.

Physiologia. — A chylificação pôde ser considerada como uma secreção interna.

Pathologia geral. — Nem só as doenças microbianas são contagiosas.

Materia medica. — Nem o mercurio é especifico.

Anatomia pathologica. — O tecido constitutivo d'um tumor não é sempre identico ao tecido d'origem.

Pathologia medica. — Nas infecções gastro-intestinaes, o purgante salino, em dose insufficiente, actúa como substancia pyrectogena.

Pathologia cirurgica. — Na appendicite, sempre que o caso não urja, opto pela intervenção a frio.

Medicina operatoria. — No tratamento das eventrações e das hernias da linha branca, emprego de preferencia o processo de Dauriac.

Obstetricia. — O valor anatomico d'um aperto de bacia não é bastante para indicar ou contra-indicar a symphysiotomia.

Hygiene. — Para bem da Humanidade, urge dar maior latitude ao Regulamento dos Serviços de Saude e Beneficencia Publica.

Medicina legal. — Na maioria dos casos é impossivel determinar se a morte por submersão é um caso de suicidio ou accidente, ou de homicidio.

Visto
O Presidente,
Pinho

Póde imprimir-se
O Director,
Moraes Caldas