

Alberto de Mattos Carvalho

N.º 17.

# Contusões Abdominaes

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

Typ. de A. F. VASCONCELLOS, SUCCESSORES  
51, Rua de Sá Noronha, 51

1899

94/7 EME

Pa. o dia 24 de junho, pelas 12 horas  
da manhã

Presidente ~~Paulo~~ Roberto  
Bellaminio do Coronario Frias

Pres. mes.  
Luz mes.

tes  
arg

- Arg. Henrique de Almeida Brandão
- João de Moraes Baldas
- Antonio ~~de Almeida~~
- ~~Antonio de Almeida~~
- ~~Antonio de Almeida~~
- Carlos Alberto de Lima
- Luis de Freitas Viçosa
- Ricardo de Almeida

# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

DR. AGOSTINHO ANTONIO DO SOUTO

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

## Corpo Cathedratico

### Lentes cathedratcos

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| 1. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia descriptiva geral . . . . .                                | João Pereira Dias Lebre.          |
| 2. <sup>a</sup> Cadeira — Physiologia . . . . .   | Antonio Placido da Costa.         |
| 3. <sup>a</sup> Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica . . . . .        | Illydio Ayres Pereira do Valle.   |
| 4. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa . . . . .                 | Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |
| 5. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina operatoria.  | Dr. Agostinho Antonio do Souto. : |
| 6. <sup>a</sup> Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos. . . . . | Candido Augusto Corrêa de Pinho.  |
| 7. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna . . . . .                 | Antonio d'Oliveira Monteiro.      |
| 8. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica medica . . . . .  | Antonio d'Azevedo Maia.           |
| 9. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica cirurgica . . . . .   | Roberto B. do Rosario Frias.      |
| 10. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia pathologica. . . . .                                      | Augusto Henrique d'A. Brandão.    |
| 11. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia . . . . .  | Ricardo d'Almeida Jorge.          |
| 12. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica.                    | Maximiano A. d'Oliveira Lemos.    |
| Pharmacia . . . . .   | Nuno Freire Dias Salgueiro.       |

### Lentes jubilados

- |                         |   |                         |
|-------------------------|---|-------------------------|
| Secção medica . . . . . | } | José d'Andrade Gramaxo. |
|                         |   | Dr. José Carlos Lopes.  |
|                         |   | Pedro Augusto Dias.     |

### Lentes substitutos

- |                            |   |                                  |
|----------------------------|---|----------------------------------|
| Secção medica . . . . .    | } | João Lopes da S. Martins Junior. |
|                            |   | Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.  |
| Secção cirurgica . . . . . | } | Clemente J. dos Santos Pinto.    |
|                            |   | Carlos A. de Lima.               |

### Lente demonstrador

- |                            |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| Secção cirurgica . . . . . | Luiz de Freitas Viegas. |
|----------------------------|-------------------------|

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

(Regulamento da Escola, de 23 de abril de 1840, artigo 155.º)

*A meus paes*

Tudo quanto n'esta pagina vos disse  
não seria senão um pallido reflexo  
da minha dedicação.

---

*A meus irmãos e irmãs*

*Dedicada amizade.*

# *A meus tios*

E EM ESPECIAL A

*D. José Manoel de Carvalho.*

*Dr. Maximino de Mattos Carvalho.*

*Joaquim de Mattos Carvalho.*

Se recebo hoje um diploma de  
medico, devo-o á vossa dedicada  
e generosa protecção.

Aos meus condiscipulos

*Um abraço.*

AO MEU DISTINCTÍSSIMO PRESIDENTE

Dr. Roberto B. do Rosario Frias

*Homenagem ao seu muito saber  
e sympathia pelo seu character.*

## CONTUSÕES ABDOMINAES

O assumpto que faz objecto do presente trabalho póde, como naturalmente se deduz da epigraphé, ser dividido em duas partes; a primeira versará sobre contusões em geral; na segunda far-se-ha a applicação dos principios geraes expostos na primeira ao caso especial de ser o abdomen a região em que se exerceu a acção traumatica. Parece-nos necessaria a primeira parte porque, sabido é de todos os clinicos, nem o prognostico nem o tratamento de qualquer contusão dependem exclusivamente da sua natureza traumatica, mas antes nos são indicados por elementos muito variados, como sejam o mechanismo da sua producção, a natureza e a fórma do agente contundente, o estado geral do organismo que recebe o choque, etc. e assim, mais acertado se nos afigura tratar estes elementos em capitulo especial.

A segunda parte, principal objecto da nossa dissertação, será precedida d'uma resenha anatomica do abdomen e será constituida pelo estudo d'alguns casos que tivemos occasião d'observar durante o nosso quinto anno medico, na clinica do ex.<sup>mo</sup> snr. dr. Julio Franchini, além d'outros que nos são relatados na litteratura medica. Ficamos muito áquem da méta que deveria attingir todo aquelle que competentemente tratasse este assumpto; mas para taes defeitos, de resto tão vulgares em trabalhos d'esta ordem, contamos nós com a benevolencia do esclarecido jury que tem de examinar-nos.

## Contusão em geral

Conhecida desde tempos remotissimos, esta variedade de lesão traumatica foi referida em diversas epochas por varios cirurgiões, que d'ella nos deixaram estudos mais ou menos detalhados; o primeiro trabalho completo, porém, sobre este assumpto, constituiu uma these de concurso que elevou ao professorado medico-cirurgico o eminente sabio francez Velpeau. Apresentada ha cêrca de sessenta annos a obra de Velpeau attinge tal grau de perfeição que, podemos affirmar, desde então para cá pouco ou nada mais se tem escripto a tal respeito, a não serem as monographias de Laugier e Billroth (1868), de J. Fabre em 1875, relativas a uma questão de taxonomia, aquellas, e esta referente a uma doença especial do calcanhar, affecção dolorosa, denominada pelo auctor, a exemplo de Velpeau, contusão chronica. Poderiamos ci-

tar ainda, a titulo de curiosidade bibliographica, a thèse de Cruveilhier sobre contusão em geral (1816), a de Lefaurie sobre considerações clinicas acêrca da contusão dos membros (Paris, 1846) etc.

Entrando, pois, no assumpto começaremos por definir o que se entende por contusão; com Paul Lefert podemos dizer :

«Contusão é toda a lesão traumatica produzida por pressão com attrição dos tecidos no ponto lesado e sem apresentar solução de continuidade dos tegumentos». Outras definições, mais ou menos parecidas, foram apresentadas no decorrer dos tempos, taes como a de Velpeau que lhe chamava: «uma solução de continuidade dos tecidos vivos, acompanhada de derrames de liquidos organicos, devida á acção compressiva, directa ou indirecta, d'agentes exteriores, mas sem divisão dos tegumentos», e a de Follin que a denomina «lesão dos tecidos devida a pressão subita, não acompanhada de solução de continuidade da camada tegumentar», etc.

Em todas ellas, a final, nós encontramos mencionadas as tres características seguintes: 1.º) mechanismo de producção — pressão; 2.º) integridade da camada tegumentar; 3.º) extravasamento de liquidos organicos.

Este segundo character distingue as contusões das feridas contusas, destringa esta que tem sido impugnada por varios auctores, como perfeita-

mente inutil, quer sob o ponto de vista theorico, quer sob o ponto de vista pratico; este é o modo de vêr de Marchand e de Verneuil, para os quaes a verdadeira caracteristica está no mecanismo de producção da diéreses por pressão. Perfilharam-lhes a opinião Laugier e Billroth que descrevem conjunctamente contusões e feridas contusas, aquelle no *Nouveau dict. de medu. et chir. pratiques*, t. IX, 312, 1868, este na sua *Pathologie chirurgique générale*. Certo é porém que o proprio Verneuil, exigindo n'uma boa definição caracteres etiologicos, pathogenicos e anatomo-pathologicos, implicitamente reconhece que a diversidade d'estes ultimos, nas contusões e feridas contusas, justifica a distincção d'estas duas categorias de lesões, tão identicas nos seus caracteres etiologicos e pathogenicos; em todo o caso, na sua definição, Verneuil, e com elle Marchand, omittem o distinctivo entre ferida contusa e contusão, ao passo que chamam particular attenção para a condição — attrição dos tecidos no ponto lesado. Parece-nos que, tratando separadamente as duas variedades do traumatismo por pressão, P. Lefert é mais rasoavel, sobretudo debaixo do ponto de vista didactico. E uma vez assente a definição de contusão passaremos a estudar os seus caracteres etiologicos, pathogenicos e anatomo-pathologicos :

**Etiologia.** — Como elemento etiologico consideremos toda a especie de corpos que possam actuar

por pressão sobre os tecidos esmagando-os, mortificando-os, mas sem nunca os cortar ou perfurar; são os corpos de largas dimensões, os corpos rombos cujas superfícies não apresentam pontas nem gumes capazes de furar ou cortar. No mecanismo de produção das contusões podemos encarar o agente traumático como um projectil arremessado contra o organismo, seguindo uma trajectória mais ou menos rectilínea, mais ou menos inclinada sobre a região contusa; conforme o maior ou menor peso do projectil, a sua direcção assim a contusão será mais ou menos accentuada, mais ou menos extensa, mais ou menos profunda. Mas não devemos limitar as nossas considerações ao agente traumático; convém, é mesmo indispensável, attender também ao organismo, ao seu estado de repouso ou de movimento, aos tegumentos e órgãos subjacentes da região lesada etc., e, sob este ponto de vista, diremos que a intensidade do effeito da contusão está na razão directa da resistencia que, ao projectil offerece o órgão atacado: maxima nos pontos em que a pelle é pouco extensível ou mobilisável ella é minima nas regiões onde os tegumentos são muito mobilisáveis e extensíveis; notável nos órgãos cujo parenchyma é delicado e frágil, como o cerebro e os órgãos glandulares, o effeito da contusão será minimo nos órgãos de consistencia dura, como o tecido osseo e o tecido fibroso. Emfim da direcção da força contundente e da mobilidade do órgão atacado (particularmente d'esta)

depende o effeito maximo ou minimo da contusão; hajam vista as disposições protectoras dos testiculos, dos olhos, etc., que evitam o perigo e conservam a sua integridade anatomica desviando-se, por assim dizer, da esphera d'acção do agente traumatico. E' que na producção da contusão nós podemos considerar os dois elementos projectil e organismo, como constituindo uma verdadeira alavanca em que o agente traumatico representa a *potencia*, a região attingida o *ponto d'apoio* e os órgãos correspondentes á mesma região a resistencia; uma vez feita esta concepção, claramente se nos representa tudo quanto deixamos dito: a uma alavanca de maior braço de potencia é possível uma maior resistencia para a producção d'um effeito desejado; para a mesma força d'impulsão um mesmo projectil determina effeitos differentes conforme as distancias e a substancia dos órgãos attingidos.

Nem sempre o agente traumatico é um corpo existente no meio exterior: muitas vezes é o nosso proprio organismo que, em movimento, vae chocar-se contra qualquer objecto estranho; n'estas condições a potencia é representada pelo nosso corpo, a ponto d'apoio pelo objecto exterior e a resistencia pelos órgãos comprehendidos na trajectoria que segue o nosso organismo ao approximar-se do objecto com que se encontra, tal é o caso da quédia sobre o solo. Devemos ainda mencionar o caso a que Verneuil dá o nome de pluralidade

dos pontos d'apoiio e que corresponde aos belliscões, ás mordeduras; quando os pontos d'apoiio são varios podem estes existir fóra do organismo, como nos casos supracitados de mordedura, etc., ou então podem existir fóra e dentro do organismo, como nas mesmas mordeduras quando entre os maxillares (agentes contundentes que oppõem mutua resistencia) existe um osso que resiste a seu turno; póde o organismo, só por si, offercer dois pontos de resistencia: taes são os casos dos traumatismos nas pernas que, immobilizadas pela massa do corpo, recebem o choque que vae contundir as partes molles por causa da resistencia que interiormente oppõe a tibia; os casos de contusão abdominal onde a columna vertebral representa um papel analogo áquelle que, no exemplo precedente, desempenha a tibia.

Ainda devemos referir que a contusão se limita ao ponto attingido quando a direcção do projectil é perpendicular á região, emquanto que é mais extensa quando aquella direcção é obliqua; n'este ultimo caso, as partes superficiaes, impellidas pelo agente contundente podem ser simplesmente desviadas ou mesmo arrancadas e laceradas. D'aqui se depreheende a importancia que, para o diagnostico, tem o reconhecimento exacto das circumstancias que rodeiaram o accidente, especialmente a noção exacta da direcção do movimento e dos pontos da applicação da potencia e da resistencia; melhor, da linha que une a potencia e o ponto d'ap-

poio, é geralmente n'esta linha que se encontram a diérese e a attrição dos tecidos.

Ainda a oppôr ao que deixamos dito sobre a resistencia dos tecidos devemos mencionar os casos em que os tecidos duros e resistentes como o osseo e o fibroso se limitam a attenuar a violencia do choque recebido transmittindo-o em seguida a órgãos mais friaveis que vão ser desorganizados a distancia, bem como os casos em que tecidos molles, malleaveis, como os musculos, os tecidos vasculares em erecção, reservatorios mucosos contendo liquidos incompressiveis ou mesmo producções pathologicas de conteudo liquido, se tornam, em virtude de taes mutações physiologicas ou não, capazes de resistencia e soffrem, consequentemente, todos os prejuizos causados pela violencia do choque.

Do que deixamos exposto ácerca de pontos d'apporto e de potencias infere-se claramente que nem sempre o agente que contunde é um corpo estranho, mas antes existe no proprio organismo, como são os casos da quêda sobre os calcanhares, os de luxação em que a extremidade ossea luxada vae contundir as partes molles adjacentes.

**Anatomia pathologica.** — N'um fóco de contusão completa, contusão de quarto grau dos auctores, nós encontramos tres zonas concentricas que podem denominar-se, segundo o estado das partes molles: 1.º) zona mortificada; 2.º) zona entorpe-

cida e 3.º) zona irritativa. Estas tres zonas que, em descripção rigorosa constituem o fóco traumatico d'uma ferida contusa, podem assignar-se á contusão de quarto grau onde a primeira zona é, senão immediatamente mortificada, em imminecia de mortificação, como nol-o demonstra a formação quasi constante d'uma escára superficial.

A Dupuytren e Velpeau se deve esta descripção anatomo-pathologica das contusões, que aquellos auctores deduziram da analogia existente entre as queimaduras e as contusões; o mesmo fundamento presidiu á classificação em graus.

Contra este modo de vêr levantaram-se Marchaud e Verneuil que vêm nas duas categorias de lesões mais dissemelhanças que analogias; se queimaduras e contusões produzem muitas vezes a mesma mortificação de tecidos e a effectuam por identico processo (suspensão da irrigação sanguinea e do influxo nervoso), é, todavia, certo que os tecidos atacados de queimadura são primitiva e irremediavelmente desorganizados, mortos, emquanto que os tecidos contusos ficam ainda, em geral, capazes de voltar á vida. O tecido contuso, uma vez que a circulação se restabeleça pôde reviver. Os effeitos nocivos da contusão não estão na rasão directa do grau d'atricção dos tecidos, muitas vezes contusões insignificantes dão origem á gangrena, ao passo que n'outros casos, contusões violentas deixam as partes attingidas em estado de voltarem ainda á vida. A sorte ultima das partes

atingidas não depende pois do grau d'attrição, da violencia da contusão. Do contacto a que essas partes ficam sujeitas consecutivamente á acção do traumatismo é que depende, em ultima analyse, o destino final das mesmas partes, quer o contacto seja com liquidos physiologicos como o sangue e a lymphá, quer seja com liquidos pathologicos accidentalmente formados, por alteração d'aquelles, ou esta alteração seja consecutiva ao traumatismo ou existisse já anteriormente, como acontece nos diabeticos, nos paludosos, etc. Verneuil e Marchand consideram nos fócios de contusão a existencia d'uma parede e d'um conteúdo, e isto, principalmente, porque estes auctores tratam em conjuncto as contusões propriamente ditas e as feridas contusas; nós, porém, que, com P. Lefert, separamos o estudo das duas especies de lesões, não seguiremos a exposição de Verneuil. Devemos, todavia, dizer a rasão que nos leva a dividir tal estudo; é simples: se é certo que entre ferida contusa e contusão ha apenas a differença de existencia, ou não existencia de solução de continuidade dos tegumentos, é tambem certo que em todas as outras feridas, perfurantes e incisas, ha um grau maior ou menor de contusão; isto mesmo se deduz da impenetrabilidade da materia, pois quer na incisão, quer na perfuração, nunca a separação dos elementos anatomicos se opéra senão debaixo de uma pressão mais ou menos forte.

Ora, se realmente nas feridas perfurantes e in-

cisas ha contusão, nós deveríamos, a adoptar a exposição e o modo de vêr de Verneuil e Marchaud, tratar em conjuncto todas as feridas e a contusão; separando as feridas perfurantes e incisas, temos equal direito e equal dever para estudar á parte as feridas contusas.

Na exposição anatomo-pathologica das contusões nós seguiremos, portanto, os tratadistas modernos, tomando sempre em consideração a classificação apresentada no principio d'este capitulo. De resto, o facto de ser o fóco traumatico umas vezes circumscripto outras vezes diffuso; o facto de elle não poder ser limitado a rigor senão bastantes dias após o accidente; o facto de, muitas vezes haver lezões a distancia, provocadas por vibrações internas transmittidas ao longe pelos órgãos immediatamente contundidos; tudo isto nos traz a convicção de que, n'um estudo d'estes, é inutil a consideração de capsulas e conteúdos. Não queremos dizer com isto que, algumas vezes, se não fórme uma verdadeira neo-membrana limitando as zonas interessadas; sómente affirmamos, a nosso vêr muito rasoavelmente, que a maior parte das vezes tal membrana não existe, nem pôde existir attentas as distancias que separam as partes lesadas por um mesmo traumatismo. Posto isto, entremos no assumpto:

**PRIMEIRO GRAU.** — Têm por característica anatomo-pathologica a apparição de uma echymose, devida á ruptura de alguns vasos capilares e á in-

filtração sanguínea consecutiva no tecido celular, e a pequena alteração da estrutura dos elementos anatomicos.

A echymose apresenta-se sob a forma de uma mancha vermelho-escura, livida, limitada a principio, passando mais tarde, ao mesmo tempo que augmenta em extensão, por colorações diferentes, violeta, azulado, verde e amarello-castanho, dependentes de successivas modificações chymicas da hemoglobina do sangue. Com o tempo estas colorações vão desaparecendo, a mancha torna-se pouco a pouco mais clara, até se desvanecer completamente com a reabsorpção do liquido infiltrado. Nem sempre a echymose apparece, como á primeira vista poderia suppôr-se, na região interessada pelo traumatismo; muitas vezes, pelo contrario, este signal apparece a maior ou menor distancia dos pontos contusos e só passado algum tempo depois do accidente: estes phenomenos dependem da profundidade attingida pela acção traumatica e do caminho que então segue o sangue derramado nas malhas do tecido celular, obedecendo á acção da gravidade e guiado pelos planos resistentes (aponevroses, em geral) que encontra, *chemin-faisant* para a periferia. São bons exemplos de echymoses á distancia as do véo do paladar e da conjunctiva, nas fracturas da base do craneo. Não se conclua, porém, da presença de uma echymose em tal ou tal região pela causa productora «contusão»; muitas vezes esta lesão apparece espontaneamente,

ou após um esforço, em certas doenças adynamicas, no escorbuto, etc. A sua presença revela, entretanto, quando seja devida a contusão, que esta foi feita durante a vida, pois que jámais se conseguiu produzir echymoses por contusões *post-mortem*.

SEGUNDO GRAU.— Nas contusões d'esta categoria apparece-nos, além da echymose e do edema mais notaveis, um derrame liquido que pôde ser constituido por sangue, por serosidade ou por materias gordas. Quando o derrame é sanguineo resulta, como nas contusões de primeiro grau, da ruptura de vasos sanguineos, mas mais volumosos; n'estes casos fórma-se uma cavidade, mais ou menos circumscripta, que, segundo é mais superficial ou mais profunda, menos ou mais volumosa, toma os nomes de *bossa sanguinea* ou de *bolsa sanguinea*. A bossa sanguinea apparece, em geral, poucos momentos após o accidente, tem por séde o tecido cellular e repousa sobre um plano osseo; a bolsa sanguinea, mais volumosa que a bossa, apparece mais tardiamente e é mais profundamente situada. Uma e outra soffrem com o tempo modificações anatomo-pathologicas importantes: ou, porque o liquido derramado se reabsorve na totalidade, a bossa, ou bolsa, desaparece; ou, porque só seja reabsorvida a parte liquida (sôro) e os coagulos persistam endurecidos, constitue-se o denominado «tumor fribinoso»; ou, o sôro não é tambem reabsorvido e fórma-se em torno d'elle uma verda-

deira capsula, fica formado um *kysto hematico*; ou ainda, se o ferido é um diathesico (alcoólico, diabetico, paludoso, e a contusão foi d'uma certa violencia, quasi sempre o fóco é atacado de inflamação e de suppuração dando origem á formação d'um *abcesso sanguineo*.

Se o derrame é constituido por serosidade só se torna apreciavel um certo tempo depois do accidente; mostra-se então sob o aspecto de uma tumefacção extensa, não renitente, tremula, dando á pressão manual a sensação de ondulação. A pelle da região apresenta-se sã, cercada por um rebordo duro produzido por inflammação periphérica. Este derrame raras vezes se inflamma; póde ficar estacionario, mas póde tambem ser reabsorvido. Muitas vezes a propria região onde apparece a tumefacção já é um signal presumptivo da natureza do derrame seroso; este tem, com effeito, como sédes de predilecção, as regiões onde a pelle é muito movel sob as partes subjacentes, como, lombos, parede abdominal, etc., e é produzido pela pressão obliqua que, fazendo escorregar a pelle sobre as partes subjacentes, rompe os tractus cellulosos que as unem. O liquido seroso derramado deve provir dos vasos sanguineos ou dos lymphaticos, ou dos dois ao mesmo tempo, quer sob a fórma de transudação serosa dos primeiros antes de serem destituidos da sua integridade, quer da ruptura dos segundos. Esta categoria de derrames foi entrevista, ou melhor, nitidamente indicada por Pel-

letan, observada por Velpeau e bem descripta, a primeira vez, por Morel-Lavallée. O liquido dos derrames serosos foi examinado por diversos auctores, como Robin, Quévenne, etc., que o encontraram formado por uma especie de sôro sanguineo e um deposito pouco abundante de gottas gordurosas, leucocythos, hematias alterados e granulações de hemoglobina precipitada. Com relação á pathôgenia d'estes derrames, deixamos acima apontada a opinião de Verneuil; outros auctores apresentaram diversas opiniões, sendo digna de maior consideração a de Grynfelt (de Montpellier) que assemelha os derrames serosos aos hygromas agudos formados em cavidades sub-cutaneas e em tudo analogos ás bolsas mucosas; para este auctor o liquido seria proveniente da superficie dos espaços conjunctivos, identicos ou quasi identicos, segundo as modernas theorias, aos espaços lymphaticos.

Outras vezes o liquido derramado é de natureza *gordurosa*; estas collecções occupam geralmente, as mesmas localisações que os derrames serosos, e muitas vezes são tomados por derrames sanguineos. São constituidos, na sua maior massa, por globulos gordurosos esmagados e reunidos, e provenientes do tecido adiposo. Estes derrames foram, pela primeira vez, mencionados por Gosselin e estudados mais tarde por Anger, Broca e por Castaignan que, na sua these *Des epachements huileux dans les lésions traumatiques* apresentada á faculdade de Paris em 1875, nos dá um estudo cri-

tico das observações até então conhecidas, bem como um resumo das theorias pathogenicas do phenomeno, até então emittidas.

Para Casteignan a gordura dos derrames provém de varias fontes; ruptura das vesiculas do tecido adiposo, medulla ossea ou ainda da transudação, das materias gordas contidas no sangue, atravez das paredes dos capillares. O mesmo auctor concede á presença dos globulos gordurosos, no derrame, um certo valor prognostico, segundo a sua appareição é precoce ou tardia; no primeiro caso podemos affirmar que se trata apenas de uma ruptura de vesiculas do tecido adiposo, caso de pouca gravidade; no segundo caso devemos suspeitar de uma lesão ossea ou da gangrena do tecido cellular, o que é mais grave.

Poderíamos ainda fallar de infiltrações gazosas, por vezes verdadeiros derrames, devidos quer á penetração do ar athmosphérico, quer a uma producção *in situ* e cujo mechanismo não é ainda hoje bem conhecido; estas infiltrações, porém, e estes derrames são particularmente observados nas feridas traumaticas contusas, ou outras, e raras vezes nas contusões propriamente ditas.

TERCEIRO GRAU. — Aqui é mais profunda a alteração dos tecidos que se apresentam em imminecia de mortificação; os tegumentos tomam a côr violacea, marmorea, perdem calôr a ponto de nos darem a sensação do frio, e ficam muito entorpecidos. Ha grandes perturbações de circulação e d'in-

nervação locais, stupor dos tecidos muito pronunciado, suspensão de vitalidade e, quasi sempre, formação d'uma escára superficial. Esta escára pôde limitar-se á zona mortificada, mas, se apparecer uma inflammação, mesmo franca, a mortificação pôde estender-se á zona ischemiada e ainda á zona irritativa.

**QUARTO GRAU.** — A maior parte das vezes acompanhada, ou melhor, seguida de choque traumático no ferido, a contusão de quarto grau tem por característica infallivel, a *gangrena* das partes lesadas; a pelle livida, fria e insensivel, cobre uma massa fluctuante formada pelas partes molles trituradas, reduzidas a uma verdadeira calda, cheia d'esquirolas numerosas quando a contusão apanhou tecido osseo. Este conteúdo subcutaneo dá-nos, á palpação, uma sensação especial, uma especie de crepitação que faz lembrar o ruido produzido por um sacco de nozes quando mexido. Abstemo-nos, para não alongar de mais este capitulo, d'entrar em detalhes mais minuciosos sobre a anatomia-pathologica das contusões, especialmente de quarto grau, pois ainda sobre gangrena poderíamos dizer alguma coisa, quer sobre o seu modo de producção, quer sobre as suas consequencias; isto, porém, faria mais objecto d'um estudo sobre gangrenas do que sobre anatomia-pathologica de contusões.

**Symptomatologia.** — Seguiremos ainda na exposição dos symptomas a mesma ordem que nos guiou

na anatomia pathologica; isto mesmo simplifica-nos muito o trabalho porque varios signaes ficam descriptos, ou pelo menos mencionados no referido paragrapho. Os symptomas das contusões variam extremamente, como a ratiõ se vê, com a região affectada, de modo que é impossivel apresental-os em conjuncto, em syndroma, convindo a todos os casos; ha, porém, um certo numero de perturbações que, embora com intensidade variavel, pôde dizer-se que acompanham todas as contusões. Estas perturbações são de duas especies: *perturbações circulatorias* e *perturbações nervosas*; ja nos referimos ás primeiras, a proposito d'anatomia pathologica, e basta-nos accrescentar que ellas consistem em hyperemias e ischemias, cujo mechanismo de producção pôde depender de lesões directas sobre os vasos ou da repercução de lesões nervosas. Assim se encontram hyperemias por paralysisia dos vasoconstrictores ischemias por obstaculos á circulação de retorno, por obstrucção vascular impedindo a leva do sangue arterial, etc. Esta ordem de perturbações é por vezes tão pouco clara que quasi pôde dizer-se, ou não existem ou não merecem attenção; outro tanto não podemos avançar no que respeita a perturbações nervosas, pois que estas nunca faltam. A menor contusão, ainda mesmo quando não produza diereze, é sempre acompanhada de symptomas nervosos, mais ou menos variados, mais ou menos intensos; estes symptomas dependem do grau de violencia da contusão e, em não

menor grau, do estado moral do individuo na occasião do accidente, do seu estado constitucional, da região interessada, etc.

Podemos pois, d'um modo geral, dizer que, nos quatro graus de contusão, os symptomas nervosos differem apenas na intensidade com que se apresentam; assim nós vemos que os symptomas funcionaes se reduzem á dôr, mais ou menos viva, nas contusões de primeiro grau, muito viva nas de segundo, e substituida por um entorpecimento pronunciado nas contusões de terceiro e quarto grau. Excitação ou depressão nervosas podem estas existir desde o minimo grau até á verdadeira syncope; tudo depende das variadas condições que acima deixamos apontadas; podem apparecer no momento do traumatismo para desaparecerem mais tarde, ou podem só se revelarem tardiamente e deixarem sempre vestigios; todos conhecem exemplos de neuralgias despertadas por traumatismos, e persistindo indefinidamente, rebeldes a todos os meios therapeuticos.

Processos morbidos consecutivos á acção traumatica, nevrites, nervromas, etc., podem justificar a persistencia da referida hypersthesia. Não nos alongamos mais em apresentar symptomas reservando-nos para, na segunda parte d'este trabalho, mostrarmos a infinidade de perturbações que podem acompanhar a contusão, conforme os órgãos interessados, o estado geral do ferido, etc.

**Diagnostico.** — Nem sempre facil, por vezes mesmo extremamente difficil, no diagnostico da contusão não temos um unico signal que possa denominar-se pathognomonic; nem a ecchymose nem qualquer outro signal póde garantir-nos a certeza do nosso diagnostico. Estão n'estas condições os casos em que o clinico é chamado a prestar os seus serviços tempos depois do accidente e quando nem o doente nem quem o rodeia póde dar-nos indicações sobre o modo como appareceu a lesão; sempre, porém, que o ferido ou circumstantes nos possam esclarecer os commemorativos são sufficientes para nos dizerem muito. Uma difficuldade grande a vencer está na descoberta dos órgãos lesados quando o traumatismo tenha attingido qualquer cavidade visceral, ou ainda nos membros quando a contusão tenha sido demasiado violenta; só passado algum tempo podemos, e nem sempre, suspeitar da presença ou ausencia de lesões d'órgãos importantes. Muitas vezes, mesmo, sômos enganados voluntariamente pelos enfermos que desejam occultar a causa do seu mal; tal é o caso de Velpeau que, examinando um individuo portador d'um tumor n'uma das nadegas, perguntou se elle teria em tempo soffrido algum traumatismo n'aquella região; o doente nega tenazmente ter soffrido tal, quando era certo que a causa do dito tumor (bossa sanguinea) fôra um pontapé. Outras vezes o enfermo procura simular os effeitos da contusão para conveniencias pessoaes; ou então ainda podemos ser enganados involunta-

riamente, como aconteceu a Verneuil n'um caso de fractura do collo do fémur. Finalmente devemos attender ás perturbações derivadas da repercussão do traumatismo a distancia, longe do fóco de contusão; que, como já dissemos, podem ser variadissimas e de grande importancia. Quando existam derrames a rapidez ou morosidade da sua apparição levar-nos-hão a suspeitar da sua natureza sanguinea ou serosa.

**Prognostico.**—O resultado final das contusões depende de circumstancias tão variadas que mal pôde dizer-se, em face d'uma lesão d'esta natureza, se ella hade terminar pela cura ou pela morte.

Comquanto as contusões sejam, em geral, tanto mais graves quanto mais elevado é o seu grau, nós vêmos muitas vezes uma contusão de primeiro grau matar ao passo que vêmos curar uma contusão do quarto grau. Já durante o nosso tirocinio escolar tivemos occasião de vêr uma contusão da côxa esquerda d'um rapaz, com destruição e modificação imminente das partes molles; era de terceiro grau; este doente, no emtanto, curou, apezar de intercurrentemente ser atacado de tetano traumatico. Um outro caso, tambem do nosso tempo, relativo a um caminheiro que foi apanhado sob um caminho de ferro, apezar de muito mais robusto e d'apresentar, apparentemente pelo menos, menos estragos do que aquelle já citado, teve de soffrer tres intervenções cirurgicas e afinal morreu; n'este doente havia a fractura dos

condylos do fémur e a ruptura, por arrancamento, dos tres ramos do tronco tibio-peroneal. Depois, ainda para mostrar o imprevisto d'estas lesões, basta recordarmos um certo numero de casos citados em medicina legal, como a morte subita por um leve traumatismo na larynge, por uma pancada no epigastro, etc. No prognostico, pois, das contusões devemos proceder sempre com a maxima reserva, sobretudo quando o enfermo nos não seja bem conhecido; e fazemos esta restricção porque uma das influencias que mais se faz sentir sobre a terminação das contusões, como dos outros traumatismos, é o estado diathesico de que o doente é por vezes portador.

Como elementos que egualmente influem devemos citar a idade que faz variar a terminação d'estas lesões: assim nas creanças observam-se frequentemente inflammações agudas, osteites, osteomyelites, abscessos ossifluentes, osteo-sarcomas, hyperostoses, etc.; a profissão que faz com que uma contusão produza um neoplasma ou um abscesso quando exercida no seio d'uma mulher nova, uma ama, por exemplo. Resta-nos dizer duas palavras sobre o tratamento das contusões em geral, para passarmos á segunda parte d'este estudo.

**Tratamento.** — Como para a anatomia pathologica e para a symptomatologia, nós referir-nos-hemos, no tratamento, aos diversos graus de contusão, e resumil-o-hemos no seguinte schema:

PRIMEIRO GRAU. — Repouso da parte lesada, compressão dôce e methodica, applicações frias e posição elevada da parte affectada.

SEGUNDO GRAU. — Os mesmos cuidados que para as contusões do grau anterior, e mais as applicações de compressas frias embebidas de liquidos adstringentes; em certos casos, esmagamento brusco da bossa sanguinea, punctão aspiradora aseptica ou ainda abertura larga seguida de lavagens antisepticas da bolsa, se os meios precedentes tiverem falhado.

TERCEIRO GRAU. — Pulverisações e banhos antisepticos até eliminação das partes necrosadas; depois lavagens antisepticas e penso oclusivo.

QUARTO GRAU. — Extirpação a ferro das partes gangrenadas seguida de reunião das partes sãs e tratamento apropriado da ferida simples que d'ahi resultar.

Tomemos agora cada um d'estes graus em separado e vejamos o que ha de racional e o que ha d'empírico em cada uma das applicações therapeuticas.

É racional o repouso da parte lesada, ou melhor, o repouso no leito de todo o organismo porque os movimentos não só despertam ou exaggeram a dôr mas ainda irritam ou provocam a inflamação das partes contusas; assim é que nas contusões d'um dos olhos nós devemos conservar o doente na obscuridade, quer vendando-lhe os dois olhos, quer isolando-o n'um quarto escuro; que nas con-

tusões do thorax nós procuramos immobilisar as partes contusas cingindo o thorax por tiras d'adhesivo, prejudicando assim a respiração thoracica que será substituida pelas respirações abdominal e perineal; que nas contusões do intestino nós immobilisamos este por meio do opio, etc. São ainda racionaes as applicações frias e a compressão methodica porque uma e outra tendem a procurar reabsorpção do liquido exsudado ou extravasado; as proprias applicações frias actuam por uma especie de compressão, pois que produzindo a vaso-constricção da pelle arrastam a retracção da derme e, por conseguinte, a compressão dos liquidos transvasados. E, quer estes liquidos se hajam infiltrado *en nappz*, quer se tenham reunido em fóco, é certo que a compressão methodica favorece, diffundindo-os mais, a sua reabsorpção. A posição elevada da parte lesada deriva naturalmente dos nossos conhecimentos sobre o modo como se faz a circulação de retorno: dependente de contracções musculares, pois que as paredes das veias não teem contracções proprias, a immobilidade necessaria da parte lesada, o repouso do organismo viria difficultar, senão impedir esta circulação, destruindo assim por um lado os beneficios que prestava por outro. O emprego dos liquidos adstringentes, tão popularmente usados, embora seja uma aquisição da pratica, é entretanto a consequencia natural do fundamento que nos leva a empregar as compressas frias; augmentar a acção vaso-constrictiva do frio eis o pa-

pel therapeutico dos liquidos adstringentes nas contusões.

Relativamente ao esmagamento brusco do tumor sanguineo tão preconizado por Bar-le-duc e Champion é até certo ponto condemnado por Verneuil que vê n'ella os mesmos inconvenientes da massagem, uma segunda contusão capaz d'aggravar a primeira e de provocar a inflammacão do fóco. Para este illustre cirurgião é preferivel a compressão methodica por meio de faxas elasticas, pelo apparelho de Scultet ou pelo de A. Guerin, a todos os outros meios de diffusão do derrame, como sejam o frio e o esmagamento. Quando estes meios não consigam produzir a reabsorpção do derrame tomam então o seu logar os processos cirurgicos, como sejam a *drenagem* proposta por Chassaignac e a *puncção aspiradora* praticada por Voillemier; o primeiro d'estes processos innocente, ao que parece deduzir-se d'um certo numero de factos apontados na *Chimique Chirurgicale*, 1862, p. 208, não parece de necessidade pois que nada prova que os casos apontados não curassem sem emprego de tal meio. O mesmo diremos das puncções aspiradoras, um e outro processo poderiam, talvez, empregar-se sem grande receio quando fossem seguidos: o primeiro de repetidas injecções de tintura d'iodo, agua phenicada, etc.

A incisão larga do tumor sanguineo só deve ser feita quando haja signaes evidentes d'inflammacão do fóco com suppuração; é tanto menor o pe-

rigo da abertura quanto menor fôr a quantidade de sangue n'elle contida, ou quanto mais completa fôr a transformação purulenta. Para as contusões de terceiro grau são da primeira vantagem os pulverisadores, pensos-humidos, que desinfectando constantemente as partes atacadas conserva sempre as mesmas a uma temperatura suave e propria para evitar inflammações; tem ainda a vantagem de evitar o lado irritante dos pensos seccos.

Para os casos de esphacelo confirmado a melhor indicação é a extirpação das partes necrosadas, quanto mais cedo melhor; todos conhecem a rapidez com que a gangrena invade as partes sãs que estão em continuidade com o fóco gangrenoso; todos sabem egualmente a facilidade com que das partes esphaceladas se destacam embolias que podem ir ao longe produzir estragos irremediaveis.

## II

### Contusões abdominaes

Limitando-nos, como dissemos no capitulo precedente, ás contusões propriamente ditas do abdomen, nós dividiremos, com Follin, estas lesões em tres categorias, segundo o traumatismo interessa exclusivamente os tegumentos, toda a espessura da parede abdominal ou os contentos visceraes. E' claro que, mesmo nos casos mais simples, já os effeitos da contusão devem variar, e variam mais ou menos, com a região attingida pelo agente traumatico, o que implica uma certa variabilidade de symptomas; mas é principalmente nos casos mais graves, n'aquelles em que são interessadas as visceras, que a symptomatologia depende muito do órgão attingido, não só pelas perturbações que leva ao seu funcionamento physiologico, mas tambem

pela posição que este occupa, pelas suas relações de visinhança, etc. Estas considerações levam-nos a dizer que por muito grande que seja o nosso desejo de schematisar vêmo-nos sempre forçados a dividir o assumpto, a relacionar a pathologia, com a anatomia e com a physiologia, e mais com aquella do que com esta; e dizemos que mais vantajoso nos é ter presente a anatomia do que a physiologia, porque, se em todas as regiões do organismo ha processos pathologicos cuja marcha só a anatomia nos explica, a região abdominal é, por excellencia, uma d'aquellas em que mais frequentemente apparecem taes processos. Referimo-nos aos productos pathologicos que, segundo as disposições anatomicas da região podem ficar no logar da producção, ou emigrarem para longe seguindo as malhas dos tecidos, os planos resistentes, etc.

São conhecidos os casos de contusões abdominaes dando origem á formação de abscessos, frios ou quentes, que vão apparecer a distancia sob a pelle, ou que, pelo contrario, ficam *in situ* colligidos, arrastando perturbações variadas pela compressão que exercem sobre os órgãos que os rodeiam, etc.

Não é, porém, ás consequencias remotas dos traumatismos abdominaes que visam as considerações n'este trabalho; aos effeitos immediatos, aos resultados proximos dedicamos aqui a nossa attenção, procurando estabelecer com a maior precisão possivel quaes os órgãos lesados, quaes os sympto-

mas correspondentes, quaes as terminações possíveis e quaes as indicações therapeuticas a preencher. Das tres categorias de casos que, segundo Follin, se nos podem apresentar, a primeira corresponde á simples contusão da parede abdominal, sem rupturas musculares e sem lesões das visceras abdominaes, estes casos ficam comprehendidos no estudo das contusões em geral, que deixamos feito na primeira parte d'este trabalho. Ahi poderemos vêr os diversos graus de contusões e a elle podemos applicar os preceitos therapeuticos indicados a proposito das contusões em geral; não nos occuparemos, pois, d'estes casos para evitarmos repetições inuteis. Restam-nos assim duas ordens de traumatismos abdominaes que mais attenção nos merecem, especializando a terceira categoria de Follin, isto é, as contusões com lesões visceraes.

**Contusões com ruptura muscular.** — A estructura anatomica das paredes abdominaes mostra-nos que, se todos os musculos que d'ella fazem parte podem ser lacerados por effeitos de uma contusão, são, em todo o caso, os rectos aquelles que estão em melhores condições para soffrer tal injuria; as suas intercepções aponevroticas dando origem a logares de menor resistencia, a sua bainha incompleta, pois falta na sua parte postero-inferior, a sua função physiologica consistindo particularmente no levantamento da bacia, são predicados que tornam a ruptura d'estes musculos mais frequentes que a

de todos os outros. E se alguns casos de ruptura do grande e do pequeno obliquos têm sido observados, como affirmam Plaignaud e Larrey, é todavia certo que taes casos são verdadeiras raridades e que as rupturas musculares interessam quasi sempre na sua porção infra-umbilical onde estes são desprovidos de bainha aponevrotica.

Estas rupturas musculares podem effectuar-se por dois mechanismos differentes: 1.º) por contusão; 2.º) por esforço.

No primeiro caso concebe-se que seja preciso um traumatismo assáz violento para determinar a ruptura; quasi sempre estes accidentes succedem a quedas de logares elevados, a desmoronamentos, a coices de cavalgadas, etc., mas nem só da violencia do traumatismo depende o effeito de que nos occupamos; muitas vezes a ruptura dos musculos rectos sobrevêm após um choque insignificante, como no caso referido por Pollock: «um individuo, n'uma occasião em que tira uns livros de uma estante recebe o choque d'um d'elles sobre o abdomen, choque bastante para lhe produzir uma ruptura do musculo recto». E' claro que n'este caso de Pollock nós devemos tomar em consideração a contracção instinctiva que naturalmente se deu logo que o paciente viu a possibilidade de ser attingido pelo livro que cahia; esta contracção, collocando os musculos em condições de offerecer maior resistencia ao agente traumatico, favoreceu a ruptura. Quando a ruptura sobrevêm ao simples

esforço é quasi certo que os musculos não são sãos, pois que esforços pequenissimos, como o de um leve accesso de tosse ou de um vomito, podem dar, e dão origem a rupturas musculares. Estes casos apparecem particularmente na convalescença de algumas pyrexias graves, como a febre typhoides, nas quaes a nutrição dos diversos elementos organicos é profundamente alterada, demasiadamente deprimida. Casos ha, porém, onde a ruptura muscular se encontra, produzida pelo esforço, como são os casos de Ricierand e Lemoine, os de Charvot e Couillault em que as causas vulnerantes eram esforços para movimentos de gymnastica ou para equitação. Devemos ainda citar um caso excepcional, relatado por Vidal em que a ruptura do musculo recto succede a esforços de coito; todos estes casos, bem analysados, nos mostram que é nos movimentos de elevação da bacia que os musculos rectos se rompem mais frequentes vezes, e que a falta de bainha aponevrotica, na sua porção postero-inferior, influe muito na séde da ruptura, pois é precisamente n'essa porção que mais vezes a encontramos. A ruptura muscular pôde ser completa, interessando toda a espessura do musculo, ou parcial interessando apenas algumas fibras quer da camada profunda quer da espessura do musculo; algumas vezes encontra-se um coagulo sanguineo, maior ou menor, entre os topos do musculo lacerado, o qual pôde reabsorver-se ou dar logar a um tumor hematico, como no caso observado por Lemoine; ou-

tras vezes a cavidade que contém o sangue assemelha-se á cavidade de um aneurisma diffuso, como n'um operado de Richardson.

As lesões anatomo-pathologicas variam pois desde a simples laceração de algumas fibras com pequeno derrame sanguineo e integridade da aponevrose anterior, até á separação completa dos dois topos musculares, laceração da bainha aponevrotica, grande derrame sanguineo, rupturas vasculares, etc.

Casos ha tambem em que a ruptura muscular se faz em dois tempos: primeiro uma laceração parcial que mais tarde, quer expontaneamente, quer sob a acção de um novo esforço se completa. Com o andar do tempo, e sob a influencia do repouso, o derrame accumulado entre os topos musculares organisa-se e a lesão repara-se por meio de uma cicatriz fibrosa. Como symptomas das rupturas dos musculos rectos do abdomen nós temos os signaes physicos ecchymose e depressão, além das perturbações funcçionaes nos movimentos de flexão e extensão do tronco e da dôr. A ecchymose póde apparecer precoce ou tardiamente segundo a bainha aponevrotica foi ou não lesada; este signal apparece na linha branca com a côr amarello-esverdeada, póde estender-se ao longo da mesma linha mas nunca desce abaixo da prega da virilha; é ainda a disposição anatomica das aponevroses da parede anterior do abdomen que explica o limite da marcha da mancha ecchymotica. Embora desprovido da apone-

vrose propria na sua porção infra-umbilical (face posterior) os exsudatos que ahí se produzam são contidos pela fascia transversalis que vem unir-se á arcada de Poupard, ao mesmo tempo que a aponevrose do grande recto anterior; d'aquí a impossibilidade da ecchymose apparecer abaixo da mesma arcada, e, por conseguinte, abaixo da prega da virilha. A depressão correspondente ao espaço deixado vazio pelo afastamento dos topos musculares é algumas vezes assás nitida para se revelar á simples inspecção; outras vezes, porém, a abundancia do derrame bem como a contracção dos musculos podem tornal-a de mais difficil apreciação. Quando o derrame encha por completo o espaço de separação dos topos só pela palpação nos é possível reconhecer a existencia da lesão, e ainda assim esta só nos apparece um tanto nitida quando o hematoma se conserva liquido.

Este tumor hematico é muitas vezes a unica lesão que nos apresentam certos feridos; immobilizado pela contracção muscular, doloroso á pressão, molle e pastoso a principio, torna-se mais tarde duro e nitidamente limitado; adherente ao musculo, ou mesmo contido na sua espessura, o tumor sanguineo é irreductivel quando o doente se dobra no sentido posterior para exagerar a extensão dos musculos abdominaes.

Estes signaes que deixamos apontados como pertencendo ao hematoma servem-nos para o distinguir nos das hernias, unicos estados pathologicos

que poderíamos confundir com elle. Além dos signaes physicos devemos mencionar os symptomas funcçionaes, entre os quaes têm primeira importancia a dôr e a impossibilidade de executar os movimentos de flexão e extensão do tronco; a dôr extremamente viva, apparece subitamente na occasião precisa em que se faz a ruptura e é por vezes acompanhada por uma sensação de laceração, ou mesmo de um estalido que o doente percebe nitidamente. Aos symptomas funcçionaes juntam-se frequentes vezes signaes de lesão peritoneal, como sejam dôr abdominal diffusa, nauseas, vomitos, constipação de ventre, etc., particularmente quando se trata de rupturas musculares por contusão. D'um prognostico geralmente benigno as rupturas musculares do abdomen podem todavia, tornar-se graves quando o organismo esteja depauperado por uma doença anterior, quando os musculos se encontrem em degeneração granulo-gordurosa ou vitrea; n'estas condições é muito para temer a formação de abscessos por suppuração do derrame traumatico. Couillault attribue á ruptura do musculo grande recto e á suppuração consecutiva a formação de alguns abscessos que muitas vezes apparecem na cavidade de Rétzins.

Comprehende-se ainda que a ruptura d'estes musculos arraste comsigo o enfraquecimento da parede abdominal e predisponha assim para a formação, ou melhor, para a apparição de uma hernia parietal; sempre, pois, que aos symptomas já men-

cionados se juntem signaes de estrangulamento ou de reacção peritoneal, cumpre-nos ser reservados no prognostico e mais cautelosos ainda no diagnostico e no tratamento. Póde, é verdade, acontecer-nos o que se deu com o já referido doente de Richardson, em que o hematoma acompanhado de symptomas peritoniticos o levaram a intervir com receio d'hernia estrangulada; mas, mais vale prevenir do que remediar, e quando tenhamos de deparar com simples lesões de ruptura muscular pouco ou nenhum prejuizo podemos causar ao doente com a intervenção que, quando existam realmente lesões visceraes, será o seu unico salvatério.

A therapeutica d'estes casos póde dizer-se exclusivamente medica, se abstrahirmos d'aquelles em que a alteração preexistente da nutrição muscular conduza á suppuração; n'estas circumstancias compete-nos abrir largamente os abscessos situados na bainha do musculo, ou na sua espessura, e tratá-los segundo os preceitos antisepticos. Para os casos de ruptura completa, ou mesmo incompleta, todo o tratamento se cifra na immobilisação, e repouso do doente, acompanhada do uso de uma ligadura compressiva sobre penso algodoado; convém muito collocar o doente em condições taes que realizem uma approximação maxima dos dois topos musculares, o que se obtem obrigando a ter o dorso um pouco levantado, ao mesmo tempo que sustentará as coxas em flexão sobre a bacia. Nos casos em

que a dôr persista intensa após a immobilisação e compressão, ou ainda quando aos signaes de ruptura se addicionem symptomas peritoneaes, recorreremos ás applicações de gêlo e mesmo ás injeccões subcutaneas de morfina.

Attendendo agora a que o ponto de ruptura fica, para o futuro, *locus minoris resistencieae*, aconselharemos ao doente o uso de um cinto elastico que, reforçando a parede abdominal, previna qualquer eventração de visceras; estas hernias, comquanto tenham pouca tendencia a estrangular-se, nem por isso deixam de ser incommodas porque, pela sua situação e pela difficuldade de applicação de uma funda, são muito difficeis de conter.

Entrando agora no estudo dos casos em que a acção traumatica attingiu as visceras abdominaes, parece-nos azado o momento para, n'um rapido esboço, apresentarmos a anatomia topographica do abdomen, seguiremos, n'esta exposição, a divisão classica do abdomen em nove regiões, separadas entre si por quatro linhas, duas horisontaes e duas verticaes.

As linhas horisontaes, denominadas *sub-costal* e *supra-iliaca*, passam respectivamente abaixo das falsas costellas e pelas espinhas iliacas antero-superiores (ou, segundo Testut, a linha supra-iliaca é

tangente aos pontos mais elevados das cristas iliacas); as duas linhas verticaes passam, perpendicularmente ás horisontaes, pelo meio dos ligamentos de Poupard: emquanto que aquellas dividem a parede anterior do abdomen em tres zonas superior, média e inferior respectivamente denominadas *epigastrica*, *umbilical* e *hypogastrica*, as linhas verticaes dividem cada uma d'estas zonas em tres regiões diferentes cujos nomes são: epigastro, (ao centro) e hypocondrios (aos lados) para a zona epigastrica; região umbilical e flancos para a segunda zona; hypogastro e fossas iliacas para a zona hypogastrica. A cada uma d'estas regiões correspondem visceras ou partes de visceras cujo conhecimento exacto é de primeira importancia para o diagnostico e prognostico das lesões de que nos occupamos; começaremos pois, não pela descripção minuciosa d'essas visceras, mas apenas pela indicação da sua posição topographica relativamente umas ás outras e todas em relação á parede abdominal. Assim temos:

**Epigastro.** — Estendendo-se desde a base do appendix xiphoideu até á linha subcostal, esta região aloja, no sentido antero-posterior, a porção esquerda do figado, parte da face anterior do estomago com os orificios esophagico e pylorico, o epiploon gastrico-hepatico e o hiato d'Winslow. O labio anterior d'este hiato separa a arteria hepatica, os canaes cystico, choledoco e hepatico, que lhe fi-

cam adiante, da veia porta que lhe fica atraz com as terminações do pneumogastrico direito e com alguns ramos do sympathico. Por detraz do estomago nós encontramos a cavidade posterior dos epiploons, as duas ultimas porções do duodeno, o pancreas, o tronco celiaco e seus ramos, a arteria meseuterica superior, lymphaticos que a rodeiam e plexo solar; a veia cava inferior á direita e a aorta á esquerda, repousando ambas sobre a columna vertebral que fórma o fundo da cavidade.

**Hypochondrio direito.** — Protegido na sua parte superior pelas falsas costellas, como a região anterior o é pelo appendice xyphoideu, o hypochondrio direito aloja todo o lobulo direito do figado com o fundo da vesicula biliar, o angulo direito do colon e uma pequena porção do colon transverso, a extremidade superior do rim direito e a respectiva capsula supra-renal; contém ainda a primeira porção do duodeno, e ás vezes parte da segunda porção, a cabeça do pancreas, dois ramos da arteria hepatica e o plexo hepatico.

**Hypochondrio esquerdo.** — Mascarado, como o direito, pelas falsas costellas, encerra a grande tuberosidade do estomago e o baço, ligados entre si pelo epiploon gastro-splénico, o angulo esquerdo do colon, arteria e veias splénicas, rim esquerdo na sua parte superior e a capsula supra-renal correspondente; contém ainda a cauda do pancreas e al-

gumas vezes, uma parte do lobulo esquerdo do figado.

**Região umbilical.** — Offerece-nos, de diante para traz, o grande epiploon, o colon transverso, em cima, a massa do intestino delgado em baixo, o mesenterio, a aorta e a veia cava inferior encostadas ainda á columna vertebral; contém ainda vasos chyliferos e ganglios lymphaticos.

**Flancos.** — Contêm os colons, ascendente á direita e descendente á esquerda, algumas circumvoluções do intestino delgado; a parte inferior do rim correspondente com o seu uretere e uma abundante atmospheria de tecido cellulo-gorduroso.

**Hypo-gastro.** — Contém a extremidade inferior do grande epiploon, intestino delgado, a bexiga quando distendida, os ureteres e o recto. N'elle encontramos ainda o utero quando gravido de mais de tres mezes, o qual, de resto, se encontra igualmente nas outras regiões abdominaes que deixamos apontadas.

**Regiões inguinaes ou fossas iliacas.** — São occupadas: a direita pelo cecum, a extremidade terminal do ileon e a anastomose da arteria mesenterica superior com a terceira colica direita, a esquerda pelo S iliaco e alguns ramos dos vasos mesenteri-

cos inferiores. Não nos referimos em especial ao peritoneu que occupa toda a cavidade abdominal fornecendo envolucros á maior parte das visceras.

Da simples leitura d'este resumo anatomico se deprehendem algumas particularidades sobre o prognostico das contusões abdominaes; assim nós vêmos que os órgãos contidos nos hypochondrios, protegidos como são pela especie de couraça que lhes formam as falsas costellas devem, á *ratione*, ser menos frequentemente atingidos e, quando o sejam, devem experimentar um choque assás attenuado. Pelo contrario as visceras correspondentes as regiões ombilical, epigastrica e hypogastrica, cobertos apenas por tecidos molles e flacidos, devem ressentir-se muito mais de qualquer traumatismo; devem experimentar ao maximo o choque em toda a sua intensidade. Bem sabemos que, algumas vezes, a contracção instinctiva dos musculos rectos anteriores arrasta consigo uma resistencia assás notavel para amortecer o choque e, por consequente para evitar ás visceras subjacentes a acção traumatica em toda a sua violencia; o exemplo já citado de Pollock, porém, mostra-nos que tal contracção é sufficiente para dar logar á ruptura dos musculos contrahidos, sob um traumatismo insignificante, e isto leva-nos a admittir que um choque mais violento poderá levar a sua acção nociva um pouco mais longe e, após a ruptura muscular, interessar ainda os contentos abdominaes correspondentes. N'estas circumstancias o meio instinctivo de defeza

torna-se um motivo de maiores estragos <sup>1</sup>; em vez de simples lesões visceraes produzir-se-hão simultaneamente lesões das paredes. Em todo o caso, se é certo que os órgãos contidos nos hypochondrios são menos sujeitos á acção dos traumatismos, é também muito certo que as suas lesões são mais graves do que as das visceras das regiões inferiores. Isto mesmo se deduz *à priori* do conhecimento da histologia do figado e do baço cuja circulação abundantissima expõe a hemorragias fatalmente mortaes e cuja fragilidade de tecido nos impede toda a hemostase; deriva-se da noção que todos temos sobre a acção irritante em extremo que a bilis exerce sobre a serosa peritoneal, da presença dos plexos hepatico e solar cujas commoções podem ser sufficientes para originar um desenlace fatal, da presença do estomago cuja ruptura produzindo o derrame de succo gastrico no abdomen arrastaria desordens irremediaveis, além da impossibilidade absoluta de se substituir tal órgão durante a sua inutilisação. Nós sabemos que o estomago póde dispensar-se para o acto da digestão; os succos pancreatico e biliar desempenhariam o seu papel como se os alimentos houvessem soffrido a digestão gastrica; ainda na falta d'estes, nós sabemos, pela physiologia, que

<sup>1</sup> Para Chauveau a contracção dos musculos abdominaes favorece a ruptura das visceras immobilizando as, por reduccão da cavidade abdominal, e impedindo-as assim do menor desvio.

o succo intestinal, só por si, é capaz de digerir todos os alimentos; não é pois á substituição da função que nos referimos quando acima dizemos ser impossível substituir o estomago durante a sua inutilisação. Referimo-nos apenas á substituição do deposito e ás perturbações variadas, soluços, vomitos continuos, etc., que sempre apparecem nas lesões de tal órgão; muito embora podessemos alimentar o doente por via rectal, ou ainda por uma fistula artificial do duodeno, as perturbações mechanicas dependentes da lesão estomacal aniquilariam todos os nossos melhores exforços. Os traumatismos do epigastro, então, podendo interessar órgãos importantes como a cabeça do pancreas, o lobulo esquerdo do figado, as terminações do canal choledoco e do esophago, o plexos solar, etc., impõem-se-nos como dos mais graves; são bem conhecidos os casos de morte subita consecutiva a contusões do epigastro, casos que, muitas vezes, só podem explicar-se pelo insufficiente recurso da inibição.

Posto isto abordemos o estudo das contusões abdominaes com lesões visceraes, e como nos collocamos n'um ponto de vista principalmente clinico, seguiremos n'este trabalho o caminho seguinte:

Symptomas, anatomia e physiologia pathologicas, diagnostico, prognostico e tratamento; d'onde a onde introduziremos uma observação, quer nossa, quer tirada da litteratura medica.

## Symptomatologia

Diferente na sua evolução para cada caso especial, a symptomatologia inicial das contusões abdominaes é, dil-o o grande cirurgião militar Francez De Moty, com raras excepções, a mesma para todos os casos; quer se trate d'uma simples contusão da parede abdominal, quer se trate d'um traumatismo interessando as visceras, a não serem as lesões de vasos importantes que matam por hemorragia interna, os symptomas iniciaes são os mesmos e dependem geralmente da commoção do systema nervoso. Não concorda plenamente com esta opinião o eminente professor Jalaguier que, mesmo para a symptomatologia de começo estabelece tres typos clinicos; parece-nos mais acertado o modo de vêr de Moty pois das suas observações se infere claramente a quasi identidade symptomatica no momento

do accidente. O proprio Jalaguier, a proposito do seu primeiro typo clinico, diz: «cet ensemble symptomatique n'a du reste, rien qui soit spècial à la rupture; il peut se rencontrer aussi bien dans la contusion simple que dans la rupture la plus grave.» Das primeiras tres horas que seguem o accidente, pois, nós podemos expôr um quadro symptomatico que convenha a todas as especies de contusões do abdomen e que é a seguinte: <sup>1</sup> 1.º — Syncope completa, ou não, suores e pallidez da face, arrefecimento das extremidades, pulso pequeno e irregular e diminuição do impulso cardiaco e vomitos; 2.º — algum tempo depois observa-se o retorno dos vomitos e soluços (nem sempre constantes), dôr local surda e contracção dos musculos abdominaes, cephalalagia e abaixamento da temperatura axillar; 3.º — repulsão por toda a ingestão, face inquieta e immobildade do ferido.

Taes são os primeiros symptomas a que dá logar uma contusão abdominal; no rosto do paciente notam-se frequentes vezes o terror e a esperanza e no seu olhar lê-se a interrogação muda sobre a gravidade do seu estado. O estado d'estupefacção em que fica prostrado attribue-o *de Moty* á commoção do systema nervoso exclusivamente. Uma vez dissipados estes phenomenos de começo, se chegam a dissipar-se, se elles não são apenas o preludio d'uma morte que ha de dar-se a breve trecho, apparecem-

<sup>1</sup> De Moty — *R. de chirurgie*, n.º 11 — 1890.

nos então symptomas que de modo nenhum podem conglobar-se n'um typo clinico unico; d'ahi em diante os phenomenos morbidos apresentados pelos doentes variam mais ou menos segundo a localisação e a extensão das lesões materiaes produzidas. Vemos então apparecer variantes symptomaticas que não poucas vezes nos causam verdadeiras surpresas. Quantas vezes a um inicio apparatuso e tragico não vemos succeder a calma e o repouso do ferido, e uma terminação feliz que ninguem pudéra prever e muito menos esperar?.. Quantas vezes ainda o cortejo symptomatico inicial nos apparece com o aspecto promettedor de lesões insignificantes e d'um resultado feliz para, vinte e quatro ou trinta e seis horas mais tarde, nos mostrar o reverso da medalha completamente ensombrado e agoirento de fatalidades inevitaveis?..

Assim, apóz esse periodo inicial todo cheio de sombras umas vezes, todo cheio de luz algumas outras, nós vamos assistir a um agravamento progressivo do estado do ferido, a um augmento d'acuidade dos diversos symptomas; ou ainda, e estes são os casos raros mas felizes, offerece-se-nos á observação uma attenuação crescente de todos os signaes alarmantes, um bem-estar relativo do patiente, um conjuncto symptomatico, emfim, que nos enche de esperanza. No primeiro dos casos nós vemos os vomitos tornarem-se biliosos; a dôr, a principio localisada e surda, irradiar para todo o abdomen e ser exacerbada pela mais leve pressão; a respiração

torna-se exclusivamente thoracica, ou porque a intensidade da dôr, provocando a contractura dos musculos abdominaes, inutiliza os movimentos do diaphragma que deixa de baixar-se, ou porque a ruptura do intestino seja sufficientemente larga para dar logar a um derrame immediato do seu conteúdo, á accumulacão de gazes sob o peritoneu, á tympanite, que Jobert considerava, e que ainda hoje se considera signal pathognomiconico de ruptura do tubo digestivo. As funcções do tubo digestivo, ora são completamente abolidas notando-se a falta absoluta d'excreções gazosas ou outras, ora são perturbadas notando-se dejecções dyarrheicas e, por vezes, sangrentas. Quasi sempre retenção d'urinas e algumas vezes anuria. A temperatura interna conserva-se, em geral, normal ou um pouco inferior, estando em perfeita discordancia com o pulso que bate 120 a 140 pulsações por minuto. Aos symptomas que deixamos descriptos juntam-se outros como são a dyspnea que se torna extrema; a facies abdominal com olhos encovados, maçãs salientes e pallidez terrosa, a lingua secca, arrefecimento e cyanose das extremidades, estado de collapso e morte, algumas vezes subita. Esta é a marcha que se observa nos casos realmente graves em que o desenlace é a morte. Outras vezes o apparatus scenico inicial é identico e, duas ou tres horas mais tarde, renasce a calmaria para se conservar, mais ou menos completa, durante 12 ou 24 horas, algumas vezes mais tempo ainda. Quando n'estas circumstancias, nos é dado

entrever um raio d'esperança, quando a situação parece extraordinariamente melhorada, eis que, subito, se manifestam os symptomas terriveis da peritonite aguda. Esta evolução é, para Moty, a mais frequentemente observada nas contusões do abdomen com lesões visceraes. Ha, porém, ainda uma terceira cathegoria de factos não menos dignos de attenção e não menos curiosos sob o ponto de vista da physiologia pathologica; são aquelles em que os phenomenos iniciaes se nos mostram insignificantes, ou chegam mesmo a não se manifestar, dando-nos assim a alternativa de concebermos a ideia d'um perigo nullo para, 12 ou 36 horas depois, nos causarem a inesperada surpresa de vermos morrer rapidamente um ferido sob a influencia de accidentes peritoneaes.

São exemplares curio-sissimos d'esta ultima cathegoria de factos os referidos por Jalagnier e observados por Polaud, Chavasse e Holland: Polaud teve occasião d'observar uma creança de treze annos d'idade que conseguiu andar a pé uma milha, depois de ter levado um socco no abdomen que lhe produziu uma ruptura completa e total do duodeno; esta creança apesar do bom estado apparente em que ficou depois do traumatismo, estado que lhe permittiu uma marcha tão longa, morreu, como era de natural em face de tal lesão, 13 a 14 horas apoz o accidente.

Chavasse, conta um caso d'um militar que, tendo soffrido um coice no abdomen ás 3 horas da ma-

nhã, conservou-se, apesar da violencia da dôr experimentada, no quartel até ao romper do dia e pôde apresentar-se sósinho á hora da visita; foi enviado para uma enfermaria do hospital onde ficou em tratamento expectante, justificado pela ligeireza dos symptomas apresentados; na noite seguinte, depois d'um vomito, o estado geral aggrava-se progressivamente e o doente morria, 34 horas depois do accidente, em estado de colapso; o coice no ventre tinha produzido uma secção total do jejuno que a autopsia demonstrou.

O caso observado por Holland é ainda do mesmo theor; não o transcrevemos para não alongar este capitulo.

Resta-nos dizer ainda com relação a symptomatologia e seu valor diagnostico, que se os phenomenos nervosos de começo são communs a todos os traumatismos do ventre, independentemente da sua violencia e da variedade de lesões a que deram origem, é certo todavia que a sua duração tem uma relativa importancia para a diagnose da natureza da lesão: em geral, nos casos pouco graves em que não ha lesões visceraes o estupor do começo, se apparece, dura pouco tempo; a breve trecho nós vemos que o pulso se torna mais fórte, e o estado geral melhora visivelmente, ficando o doente sem outros symptomas inquietadores que não sejam uma dôr abdominal fixa, peso em todo o ventre e, ás vezes, abahulamento, constipação ou ainda diarrhea, que pôde ser sangrenta. N'estas circumstancias nós temos

toda a rasão para contar com um resultado feliz; não esqueçamos, porém, que frequentes vezes este estado engana e é seguido d'um renascimento de todos os symptomas graves e da morte. E' ensejo opportuno para entrarmos na explicação d'estas ex-quisitices valendo-nos d'anatomia e da phisiologia pathologicas.

Já nos referimos, na exposição anatomica acima feita, aos plexus nervosos abdominaes; estes plexus sendo constituídos por anastomoses dos pneumogastricos e do sympathico, todos os phenomenos nervosos observados nas contusões do abdomen devem considerar-se provenientes da lesão, funcçional ou organica d'estes plexus e, por conseguinte, da irritação ou da paralyisia dos pneumogasticos e do sympathico. Se recordarmos, por outro lado, que os effeitos da irritação dos referidos nervos dão origem a phenomenos inversos, nós devemos observar o seguinte: em todos os casos d'irritação isolada do pneumogastrico obteremos uma contracção das fibras longitudinaes do intestino com relaxamento das fibras circulares e, conseguintemente, augmento do calibre do intestino; quando seja irritado o sympathico observaremos phenomenos inversos dos precedentes: contracção das fibras circulares com diminuição do calibre intestinal, e relaxamento das fibras longitudinaes.

Quando a excitação se dê no intestino, os dois nervos são irritados ao mesmo tempo e d'ahi um certo numero de resultados que não são de modo

algun precisos, mas traduzidos por contracções. De Moty <sup>1</sup> diz: se fosse possível isolar os tres modos d'irritação deveríamos observar:

1.º IRRITAÇÃO DO PNEUMOGASTRICO. — Contractão longitudinal das fibras do intestino e, se a irritação se propaga para a origem do nervo, retardação dos movimentos cardiacos; phenomenos inversos se observam nos casos de paralyisia do nervo.

2.º IRRITAÇÃO DO SYMPATHICO. — Contractão das fibras circulares e acceleração dos movimentos cardiacos, perturbações das funcções da bexiga nos casos da irritação se propagar para baixo.

Nos casos d'estupôr ou paralyisia do tronco nervoso observam-se phenomenos inversos.

3.º IRRITAÇÃO DOS DOIS NERVOS AO MESMO TEMPO. — Obteríamos dados incompletos, mas d'um grande auxilio para a explicação de alguns phenomenos inesperados como a cephalalgia, a paralyisia vesical, a retardação dos movimentos cardiacos, etc.

Este conjuncto de phenomenos foi attribuido por alguns auctores, entre outros, Beck, á commoção medullar; a ausencia porém, de perturbações sensitivo-motoras nos membros inferiores, leva-nos a rejeitar a opinião de Beck e seus sequazes para adoptarmos a theoria de Moty.

É certo que nos parece difficil calcular a parte

<sup>1</sup> *Loc. cit.*, pag. 888.

que cada um dos systemas nervosos cerebro-spinal e sympathico, toma na producção dos phenomenos observados, como nos não parece facil dizer qual dos seus estados (irritação ou paralysisia) corresponde aos ditos phenomenos; mas lembramos que a contusão do epigastro provoca perturbações reflexas cardio-pulmonares e as da região umbilical expõem mais aos phenomenos de paresia vesical. Este mesmo facto da inexcitabilidade succeder muitas vezes á irritação e vice-versa, faz-nos comprehender que, com o volver do tempo, mais difficil nos seja determinar se os phenomenos nervosos observados dependem d'uma irritação ou d'uma paralysisia dos mencionados plexos, e que estes mesmos phenomenos variem com os diversos doentes, e com os variados periodos da doença. Vejamos, pois, como os dados physiologicos acima expostos, podem adaptar-se á explicação das variantes progressivas que se observam no decorrer d'um traumatismo abdominal; vem ao caso para a terceira cathegoria de factos que tomamos em consideração, e que são aquelles em que os accidentes peritoneaes se manifestam tardiamente, apesar de lacerações do intestino, por vezes totaes. Comprehende-se que, no momento de producção da ruptura, os plexos abdominaes irritados déem lugar á contracção das fibras longitudinaes no ponto lesado e ao relaxamento das fibras circulares (acção do pneumogastrico); n'estas condições realisa-se o augmento de calibre do intestino na parte lesada,

emquanto que abaixo e acima d'essa parte as fibras circulares, não interessadas, soffrem tambem uma contracção diminuindo assim o calibre do intestino. O que succede a isto?... a dilatação da parte aberta evita o derrame immediato do seu conteúdo no abdomen, ao mesmo tempo que a retracção das partes supra e infra-jacentes impede o affluxo do seu conteúdo para o fóco de ruptura; d'aqui a ausencia d'inflammação peritoneal e dos respectivos symptomas. Mais tarde, porém, quando á irritação nervosa inicial succede o estupôr dão-se os phenomenos inversos: retracção da porção aberta e dilatação das porções adjacentes; qual o resultado?... é variavel com o tempo que mediou entre o momento da ruptura e aquelle em que terminou a irritação; todos sabem que o organismo se defende por si proprio contra os agentes que tentem lesal-o na sua integridade anatomica ou physiologica; temos os exemplos nos desvios dos vasos e dos nervos diante d'um agente vulnerante, na producção da crosta epidermica consecutiva a qualquer excoriação, na elasticidade da pelle que cede, distendendo-se diante do agente traumatico, para não romper, etc.

Aparte, porém, a defesa contra a acção vulnerante, o organismo tem tambem a propriedade de reparar tanto quanto possivel os estragos resultantes da mesma acção; é para esse effeito que tem logar as hypertrophias e hyperplasias do tecido conjunctivo, a formação de neo-membranas cic-

triciaes, etc., cujo grau de perfeição e solidez dependem muito da questão de tempo. Todas as vezes que consigamos collocar o organismo em boas condições de reacção, em repouso, e livrar os tecidos lesados de todo o abalo, os tecidos cicatriciaes formam-se com relativa rapidez; se, pelo contrario, qualquer abalo vem perturbar o repouso das partes feridas, as producções de reacção local, mal organisadas ainda, cedem ao movimento e destroem-se, deixando o campo traumatizado no primitivo estado e, por vezes, provocando a reaparição dos primitivos symptomas. Tal é o que se passa no nosso caso: se conseguirmos immobilisar o intestino até que neo-membranas cicatriciaes adquiram a resistencia sufficiente para obturar solidamente a ferida, ou melhor: se durante o periodo irritativo, que produz a dilatação da parte ferida, as neo-membranas de defeza, se formarem e adquirirem a solidez necessaria, a paralyisia consecutiva trará consigo a contracção da parte lesada que esvasiará o seu conteúdo nas partes adjacentes, por igual mechanismo dilatadas; o derrame peritoneal não terá logar e os accidentes de peritonite deixarão de manifestar-se. Se, contrariamente, os meios de defesa não attingiram a resistencia sufficiente até ao momento em que desaparece a irritação, as modificações de calibre do intestino acima relatadas, darão logar a effeitos inversos: o conteúdo da porção aberta será derramado ao peritoneu, ao mesmo tempo que as partes adjacentes, agora con-

trahidas, lançarão os seus contentos na parte lesada e, consecutivamente, no peritoneu; o derrame peritoneal augmentará e os accidentes peritoneaes manifestar-se-hão tanto mais violentos quanto mais enfraquecida estiver já a resistencia do organismo. Do nosso tirocinio escolar recordamos um caso que mostrava nitidamente a primeira das eventualidades que deixamos apontadas. «Um homem de 50 annos, approximadamente, entrou para a enfermaria de clinica medica d'esta escóla, por motivo de perturbações de digestão; este individuo queixava-se ao mesmo tempo da presença d'um tumor que occupava a fossa iliaca direita, e parte do flanco do mesmo lado. A exploração physica indicava-nos realmente a existencia do referido tumor, que se apresentava de consistencia dura, movel, dando som baço á percussão; o estado geral do doente era regular e a temperatura normal. Do interrogatorio pôde saber-se apenas que alguns annos antes (não nos recordámos do numero exacto, mas lembra-nos que eram bastantes) o paciente soffrera um traumatismo n'aquella região que curou pelo simples repouso durante algum tempo; os tegumentos haviam sido respeitadas. Durante dois dias foi o nosso homem objecto d'explorações successivas por parte dos alumnos do quinto anno e seu respectivo professor; não se chegava a diagnostico algum positivo quando, ao terceiro dia d'estada na enfermaria, o doente é acommettido d'uma reacção febril intensa, suores frios abundantes e continuos,

e, no quarto dia de madrugada, fallecia com todos os symptomas de peritonite. A tumefacção conservava-se no mesmo lugar e no mesmo estado. Procedendo-se á autopsia encontrou-se, não sem surpresa, uma perfuração larguissima no colon ascendente, proximo do cecum, sobre a qual se adaptara outr'ora o epiploon, actualmente destacado; as paredes do colon esclerosadas e transformadas attingiam a espessura de 0<sup>m</sup>,015, sem exaggero. A analyse hystologica da peça revelou, se bem me recordo, a presença de elementos cirroticos. Fosse, porém, qualquer a natureza da onkoplasia, o que é fóra de duvida, é que n'este individuo se havia dado alguns annos antes, uma ruptura do intestino grosso e que essa ruptura foi reparada pelo proprio organismo sem que se produzisse o menor signal de peritonite.

Um exemplo da segunda eventualidade é citado por Jalaguier <sup>(1)</sup> e foi observado por de Moty n'um soldado de cavallaria que soffrera um coice d'um cavallo no ventre, d'onde lhe resultou uma perfuração do intestino delgado; o doente é transportado para o hospital em estado não muito inquietador e, quatro horas após o accidente, os symptomas aggravam-se d'um modo assustador, exigindo a intervenção cirurgica immediata. Este doente havia sido submettido aos opiaceos internamente e frigo-

(1) *Traité de chirurgie*, pag. 358.

ríficos externamente; apesar de tudo novos abalos vieram movimentar as partes lesadas, sem que houvesse meios de reparação assaz desenvolvidos. Algumas considerações mais sobre physiologia pathologica deveríamos apresentar, mas reservamo-las para outro logar que nos parece mais apropriado.

Sob o ponto de vista anatomo-pathologico, podemos dizer, com de Moty, que as lacerações são quasi sempre grandes, raras vezes pequenas, algumas vezes totaes; nem só, porém, a lacerações dão origem as contusões abdominaes que attingem as visceras: aqui cabe ainda a divisão, que fizemos na parte geral, das contusões em graus.

Tambem no intestino se podem encontrar diversos graus de contusão, indo desde a mais leve, ecchymose, até ao esphacelamento completo. Não fazemos um paragrapho especial sobre etiologia, porque o fizemos já na parte geral; não nos referimos ás causas predisponentes, porque o deixamos feito em seguida á resenha d'anatomia topographica do abdomen; passaremos pois, immediatamente, ao estudo das lesões e do seu mechanismo de producção. Pondo de parte os primeiros graus, entre-mos já no estudo das perfurações, ou antes, das lacerações que podemos dividir em *totaes e parciaes*, segundo a secção do intestino é completa, ou sómente interessa uma parte da sua circumferencia; estas ultimas podem subdividir-se em *completas e incompletas*, segundo interessam todas ou só

parte das tunicas que formam a parede do intestino. Com relação ás lacerações *parciaes incompletas*, ha casos verdadeiramente curiosos, como o de Jobert, referido por Jalaguier, em que a ruptura interessou apenas as fibras longitudinaes no colon, e era acompanhada d'ecchymoses multiplas nos intestinos. Das lacerações *parciaes completas* diremos que a sua fórma depende essencialmente, assim como o seu aspecto e a sua extensão, da fórma e da força do agente vulnerante, bem como da retracção das fibras longitudinaes e circulares da camada muscular do intestino. Muitas vezes as lacerações perfurantes são multiplas, quer em ansas differentes sobrepostas, quer na mesma ansa, sendo então devidas á fórma do agente vulnerante e ao modo como actua.

Estas ultimas perfurações encontram-se frequentes vezes nas contusões por coice de cavalgadura e explica-se a sua producção pela fórma da ferradura: « em geral, excavada na sua parte média, a ferradura attinge o intestino pelos bordos lateraes e pelo meio do arco; a direcção do movimento é obliqua. A ansa intestinal assim apanhada em tres pontos da sua superficie, dilata-se na parte média que, sob o augmento de pressão devida á interrupção da sua communicação com as partes adjacentes, estala. É este o mecanismo de ruptura que os auctores denominam por *fractura* (éclatement); a parte estalada occupa sempre a parede opposta á inserção do mesenterio, a ruptura tem,

geralmente, a fôrma oval d'eixo maior paralelo ao eixo do intestino, e vae diminuindo da serosa para a mucosa. Estas lesões por fractura só se produzem quando a ansa intestinal contusa é apanhada n'uma extensão sufficiente (o<sup>m</sup>,o5 o minimo) e quando está repleta de liquido, ou que a mucosa turgescente represente o papel de liquido; o conteúdo gazoso não attinge geralmente (em virtude da sua grande compressibilidade) uma tensão assaz forte para determinar a ruptura. Estas perfurações são excessivamente graves porque quasi sempre, senão sempre, são grandes e deixão herniar a mucosa que fôrma assim um canal incapaz de se obliterar; esta rebeldia á obliteração provém certamente da incapacidade do tecido mucoso para proliferar. A theoria d'este mechanismo deve-se a de Moty e foi confirmada por experiencias de Heschl; podemos applical-a egualmente ás rupturas totaes do intestino, assim como aos estragos, por vezes observados, do epiploon, do peritoneu e do mesenterio. Algumas theorias mais foram apresentadas para explicar o mechanismo de ruptura por contusão. Uma, patrocinada por Jobert e Legouest, invoca o esmagamento entre o agente contundente e o rachis (pincement); esta theoria foi calorosamente defendida por Chavasse que a considera como applicavel á maioria dos casos, e, até certo ponto, completada por Chauveau que faz intervir a resistencia offerecida ao agente vulnerante pelo conteúdo do intestino, como causa sufficiente para fa-

zer estalar as tunicas de dentro para fóra; esta consideração de Chauveau explica, talvez, o reviramento da mucosa para fóra e a producção de rupturas a distancia do ponto contuso. Duplay quer ainda que o conteúdo intestinal, só por si, offereça a resistencia sufficiente para desempenhar o papel de ponto d'apporto, Chavasse, porém, critica a observação de Duplay e, sem rejeitar por completo as ideias d'este auctor, avança comtudo, que egual importancia como ponto d'apporto devem ter as ansas intestinaes subjacentes á ansa contusa.

Para os estragos produzidos no mesenterio Jaguier admite dois mechanismos: o esmagamento directo contra a columna vertebral e o arrancamento; este ultimo, para explicar as rupturas do mesenterio nas suas inserções ao intestino, deve suppôr um agente vulnerante sufficientemente volumoso que, fixando o orgão nas partes profundas desloque, ao mesmo tempo, a ansa intestinal a que se insere a parte arrancada.

Algumas considerações mais d'anatomia pathologica faremos no capitulo seguinte ácerca do prognostico.

Prognostico e diagnostico são, no tratamento de qualquer doença, dois elementos essencialmente dependentes entre si; não ha prognostico possivel sem um diagnostico e para aquelle ser exacto é absolutamente indispensavel que este seja preciso. Quando virmos as difficuldades, por vezes insuperaveis, com que deparamos ao fazer o diagnostico

das lesões que nos occupam, comprehenderemos a reserva delicada que sempre devemos ter na apresentação do prognostico respectivo. Sob este ponto de vista nós dividiremos, á face d'anatomia pathologica, os casos de contusão abdominal em tres categorias: « casos leves, casos medios e casos graves ».

**Casos leves.** — Chamaremos assim a todos os casos em que o traumatismo se limitou á parede abdominal, as contusões parciaes sem perfuração e as perfurações parciaes completas sufficientemente pequenas para não permittir derrame e curadas espontaneamente quer por adherencia a uma ansa visinha, quer ao epiploon. Em geral estes casos são benignos, e a ausencia dos signaes de perfuração e de derrame junta á desappareição progressiva dos symptomas iniciaes são meios sufficientes de diagnostico; é preciso, porém, não confundir o termo *leves* com o termo benigno, pois que, se na sua maior parte os casos ligeiros são benignos, alguns apparecem, todavia, que desmentem a constancia de tal benignidade. Basta que as tunicas externa e média privadas de mucosa, e ás vezes atacadas na sua vitalidade, se mortifiquem, para que a quéda da escara dê logar a uma peritonite mortal, ou ainda, nos casos de perfuração curavel espontaneamente, se a phlegmasia reparadora se propaga pouco a pouco e se generalisa sob condições que desconhecemos, a morte póde sobrevir, e em geral

sobrevém, mais ou menos precocemente. Esta peritonite sem perfuração pôde attribuir-se á infecção do peritoneu por productos vindos do intestino, atravez da muscular e da serosa alteradas. De Moty aconselha a reserva do prognostico, durante quinze dias, o minimo. Comprehende-se ainda que a destruição d'uma pequena porção de mucosa seja o ponto de partida d'uma ulcera que mais tarde se ha de revelar, assim como uma perfuração, espontaneamente curada, possa dar logar a accidentes tardios por transformação da estructura da parede intestinal, como no caso que referimos a proposito de reacções reparadoras. Devemos, pois, ter sempre presente a possibilidade d'estés revezes, d'estas aggravações inesperadas que transformam em grave um caso ligeiro.

**Casos medios:**— Comprehende todos os casos que exigem mais de vinte dias de tratamento; aquelles em que, haja ou não perfuração, se produz uma peritonite de media intensidade, seguida de complicações ulteriores. N'estes casos, ainda quando a peritonite faz correr alguns perigos, os doentes curam geralmente bem, e a terminação pôde reputar-se optima quando a cura se faz sem aperto; quando a cura se faz á custa de stenose intestinal, esta tem tendencia a augmentar os seus effeitos e, mais tarde, nós assistimos ao desenrolar d'um quadro symptomatico simulando um cancro, uma ulcera com cachexia progressiva que conduz á morte;

podemos ainda observar a formação d'um anus *contra natura* quando o foco de peritonite se abre para o exterior, ou então a passagem da inflamação ao estado chronico, constituindo uma verdadeira peritonite progressiva parcial de Mickulicz que conduz á morte no praso de um a tres mezes. Que o prognostico deve ser aqui ainda mais reservado provam-n'ò as duas observações seguintes <sup>(1)</sup>:

« Uma creança de 14 annos é derribada por uma carruagem; apresenta accidentes graves iniciaes; aos onze dias entra em convalescença e morre aos quarenta e sete dias com uma laceração do intestino delgado. »

« N'uma rixa entre varios individuos um d'elles é attingido por um pontapé no ventre; entra para o hospital apresentando accidentes iniciaes de media intensidade que se attenuam progressivamente até que, aos dez dias, o homem deixa o hospital para voltar ao seu trabalho; oitenta e quatro dias mais tarde morre, e a autopsia revela a presença de laceração intestinal. »

Podemos ajuntar a esta categoria de casos medios todas as contusões do abdomen que se acompanhem dos accidentes seguintes:

a) Perturbações digestivas diversas, taes como o soluço, o vomito, paralysisia intestinal, constipação, etc. ;

(1) *The glasgow med. Jour.*, 1872 a 73. t. v, pag. 30.

b) Perturbações urinarias, como a paralyisia da bexiga;

c) Perturbações cardiacas;

d) A peritonite primitiva.

Esta classificação é talvez um pouco arbitrária, mas a evolução d'alguns casos que, apesar da peritonite primitiva, terminam d'um modo feliz, parece justificá-la. O diagnostico d'estes casos me-  
dios só póde fazer-se, em geral, tardiamente; só apoz oito dias d'observações continuadas é que, muitas vezes podemos chegar a acceitar um diagnostico quasi seguro.

Por certo que é muito tempo para conseguir noções tão vagas, mas diz, e diz muito bem de Moty: <sup>(1)</sup> « *ou ne pent pas être plus précis que la nature* »; por outro lado a analyse de varios casos demonstra que não poucas vezes uma contusão extensa, embora simples, é menos perigosa do que uma perfuração pequena; confirma-o, por exemplo, o seguinte caso observado por Jobert:

« Um homem soffre um esmagamento pela roda d'um vehiculo, e cura-se no pequeno espaço de dez dias; uma pneumonia mata este homem um mez depois, e a autopsia revela-nos a existencia d'uma perfuração do jejuno obliterado por adherencia com o epiploon. »

(1) *Loco cit.*, pag. 898.

**Casos graves:** — N'esta classe incluiremos todos os casos de perfuração por fractura (*èclatement*), por contusão e arrancamento e ainda os casos de perfurações tardias, consecutivas á queda d'uma escára.

Devemos dizer desde já que é geralmente admitido em clinica que a gravidade d'uma perfuração do tubo digestivo é tanto maior quanto mais proxima do estomago ella estiver; com effeito, *à priori* mesmo se diria isto, pois que a digestão e a absorção far-se-hão tanto melhor quanto maior fôr a extensão do tubo digestivo intacto a seguir ao estomago; *á postèriori* porém, depois da analyse d'alguns casos e tendo presente a anatomia abdominal e a séde mais vulgar das lesões intestinaes, vêmo-nos forçados a regeitar tal lei como absoluta, e a estabelecermos condições para a sua admissão.

Nas rupturas do intestino por fractura a perfuração existe sempre na face opposta á inserção do mesenterio, na convexidade da ansa, por consequente; ora a convexidade das ansas intestinaes, sobretudo as que ficam mais proximas do estomago, são todas intraperitoneaes, o que faz com que seja impossivel, ou pelo menos muito difficil, a formação d'um anus *contra natura*, e, portanto, a cura expontanea. Para esta especie de lesões a gravidade da perfuração não nos parece assim depender da maior ou menor distancia que a separa do estomago.

Se tivermos em vista as lacerações produzidas por qualquer outro mechanismo podemos talvez

admittir a referida lei, porque algumas vezes a lesão é, pelo menos em parte, extra-peritoneal e o pus pôde assim abrir um caminho para o exterior; então é possível que esta terminação deva a sua frequência e a facilidade de produzir-se á sua situação na parte inferior do tubo digestivo. De Moty, todavia, quer que os casos de anus *contra natura*, consecutivos a contusões abdominaes, sejam devidos a pequenas perfurações por contusão na parte inferior do intestino e que, d'este modo, sejam classificados entre os casos medios. Na nossa classe de casos graves só entram pois aquelles que não offerecem um unico exemplo de cura sem intervenção cirurgica.

O prognostico dos casos graves é, como se deduz do que fica exposto extremamente sombrio, particularmente para as perfurações por fractura, para as perfurações tardias, consecutivas á queda d'escáras e para as secções completas.

Um diagnostico completo quando se trata de traumatismos abdominaes, sem diereze dos tegumentos deve satisfazer a quatro requisitos fundamentaes: extensão da lesão, a sua fórma, a sua séde e as complicações que a acompanham ou que devem recear-se. Já vimos que os casos de contusões simples das paredes bem como os de lesões intestinaes que denominamos *casos leves*, são, até certo ponto, de facil diagnose; o que sobre tal assumpto dissemos, quando nos occupámos d'elles, parece-nos, senão para satisfazer, ao menos para

remediar. Quanto aos *casos medios* e *graves* as difficuldades são maiores e a confusão justifica-se pela dependencia em que as lesões intestinaes estão, sob o ponto de vista da sua marcha, dos dois factores seguintes: a) fórma e extensão da laceração; b) passagem do conteúdo intestinal para o abdomen. E' mais que sabida a gravidade d'uma perfuração pequena n'um intestino cheio e a benignidade relativa d'uma perfuração larga n'um intestino vazio; emquanto que a primeira é rapidamente mortal, a segunda pôde muito bem terminar pela cura.

A séde, a extensão e as complicações d'uma laceração intestinal pôdem deduzir se: dos symptomas proprios ás lesões do intestino; dos commemorativos que nos indiquem o lugar onde foi recebido o traumatismo bem como o estado de repleção ou de vacuidade do tubo digestivo, a fórma do agente vulnerante e a direcção do movimento, etc. E, o que dizemos para as lesões do intestino, dil-o-hemos egualmente para as lesões das outras visceras. Resta-nos porém um ponto importante a estabelecer: poderemos diagnosticar com segurança a presença ou a ausencia d'uma perfuração intestinal? Quatro signaes existem para tal reconhecimento e podemos affirmar que nenhum d'elles é absolutamente pathognomonic; se dizemos absolutamente é porque um d'elles pôde, em certos casos, ser pathognomonic. O primeiro signal, esse unico que ás vezes nos indica certeza, consiste n'uma dôr

viva, seguida d'alteração das feições que o doente experimenta quando, se a perfuração existe realmente, o obrigamos a ingerir uma porção de liquido dez a doze horas após o accidente; comprehende-se que só passado este tempo o signal possa ter valor, pois que antes d'isto, logo após a produção da ferida, o espasmo do pyloro e a intolerancia do estomago pódem ser sufficientes para determinar esses effeitos, haja ou não haja perfuração. Este elemento de diagnostico, porém, só dá resultados seguros nas lesões visinhas do estomago, e uma razão a mais que impõe o seu emprego só passadas bastantes horas sobre o momento do accidente é que, nos casos de perfurações pequenas, pódem estas estar já em via d'obliteração, e as contracções intestinaes, que a ingestão do liquido vae despertar, destruirão as reparações que por ventura se hajam espontaneamente produzido. Em todo o caso, sempre que algumas horas (10 a 12 segundo de Moty) após o accidente nós tenhamos duvidas que nos façam hesitar na intervenção o emprego d'este meio deve ser realisado; se o resultado é positivo nós temos a certeza immediata da existencia d'uma perfuração e uma ideia approximada da sua séde; se o resultado fôr negativo nós concluimos que, se existe perfuração, esta deve estar situada longe do estomago e, o que é essencial, não aggravamos a situação do doente.

A apparição immediata d'accidentes peritoneaes indica, quasi com certeza, a existencia d'uma per-

furação; se, porém, taes accidentes são tardios na sua apparição, quando a sua intensidade é média, este signal não póde já servir-nos de guia pois que a peritonite póde existir mais ou menos intensa sem que haja perfuração, assim como póde faltar quando existe uma perfuração. São exemplos d'estes factos os poucos casos que temos referido no decorrer d'este trabalho. Depois a manifestação d'uma peritonite depende d'elementos tão variados: resistencia do peritoneu, quantidade e grau septico do derrame, estado geral do ferido, a sua idade, etc., que difficilimo se nos torna apreciar-lhe a significação, calcular a sua intensidade, etc., tudo isto mostra que a peritonite tem valor, mas simplesmente de probabilidade.

A presença de sangue nas dejecções póde resultar d'uma simples excoriação da mucosa; tanto basta para tornar insignificante o seu valor como meio de diagnostico de perfuração intestinal, mas, por outro lado, quasi sempre os traumatismos abdominaes se acompanham de perturbações de defecação (diarrheia ou retenção de fezes) que nos torna impossivel a investigação de tal signal.

A immobilisação do apparelho digestivo sendo mesmo uma das primeiras indicações therapeuticas a satisfazer tambem por seu turno nos impede de apreciarmos o referido signal. Finalmente, a existencia d'um derrame peritoneal dar-nos-hia valiosas indicações se nós lhe conhecessemos a natureza; mas quem nos assegura que tal derrame não é consti-

tuido por sangue? De Moty affirma tel-o encontrado abundante em alguns casos que curaram e nos quaes, todavia, ninguem admitiria a reabsorpção d'um tal derrame se elle fosse alimentar. Este signal, pois, só tem verdadeiro valor quando a sua apparição coincide com a dos symptomas de peritonite, e ambas são precoces; já quando a peritonite se manifesta apenas passadas horas sobre a apparição do derrame, não podemos affirmar a existencia de perfuração. O liquido póde ser sangue, e a peritonite póde provir d'uma contusão intestinal sem perfuração completa. Tudo quanto deixamos dito sobre derrames refere-se apenas a derrames liquidos porque os gazes podem escapar-se do intestino para a cavidade peritoneal sem que signal algum nos revele a sua presença; isto é, pelo menos, a opinião do cirurgião russo Moritz.

## Tratamento

Duás especies de therapeutica se podem empregar, e empregam realmente, no tratamento das contusões abdominaes: *a)* therapeutica medica exclusiva; *b)* therapeutica medico-cirurgica. A primeira para os casos que chamamos leves e, ainda algumas vezes, para os *médios*; a segunda para uma grande parte d'estes ultimos e sempre para os *casos graves*.

A pouco se reduzem os elementos com que conta a therapeutica dos casos leves, a therapeutica medica, mas, em compensação, taes meios satisfazem; a immobilisação do tubo digestivo, sendo um requisito indispensavel para uma boa cura, requer o emprego dos opiaceos que podemos ministrar em pilulas de um a cinco centigrammas; muitas vezes vale mais empregar a morphina em injecções hy-

podermicas, o que evita a producção de movimentos intestinaes sempre prejudiciaes á cicatrisação que, por ventura, possa ter-se iniciado. Outro requisito necessario para uma boa immobilisação é a ligadura do abdomen sobre penso algodoado; tem a vantagem de conservar em repouso todo o intestino e de approximar mais as ansas, favorecendo assim a formação de adherencias. Junte-se ao que fica exposto a dieta absoluta e teremos exgotado o arsenal da therapeutica medica applicavel a todos os casos de contusão abdominal.

A therapeutica medico-cirurgica, indicada já na sua parte medica, acrescenta aos meios de que esta dispõe os recursos preciosos da cirurgia abdominal que tanto tem progredido n'estes ultimos annos. Suturas intestinaes, enterorrhaphias e enterotomias, reseccões intestinaes e entero-anastomoses, taes são as maravilhosas conquistas da arte moderna, a causa que produziu enorme baixa nas estatisticas de mortalidade por lesões intestinaes.

A Bouilly cabe a honra d'inaugurar a laparotomia para lesões do intestino; em 1883 teve este eminente cirurgião o ensejo de laparotomisar um homem portador d'umas perfurações intestinaes; Bouilly fez uma reseccão seguida d'enterorrhaphia circular de Lembert. Ao terceiro dia da operação formou-se um anus *contra natura* e aos 10 dias o doente morria pela ruptura d'adherencias que uma sondagem precoce provocou. O primeiro caso de cura pertence ao eminente cirurgião militar fran-

cez, de Moty, que em 1889 fez, após laparotomia, uma sutura do duodeno; a cura foi perfeita <sup>1</sup>. Depois seguem-se outras operações felizes entre as quaes merece especial menção o caso do cirurgião inglez Croft, em 1890: o doente de Croft apresentava uma ruptura do intestino e uma laceração do mesenterio; foram resecadas uma ansa do intestino e uma cunha do mesenterio fazendo-se seguidamente a interorrhaphia circular. O doente cura-se sem febre nem complicações. Estes dois casos que apontamos dizem tanto quanto poderia desejar-se a favor da intervenção cirurgica que a conclusão não admitte a menor hesitação: «todas as vezes que fortes razões nos levem a suspeitar d'uma ruptura grave do tubo digestivo a laparotomia impõe-se». Quem nos dirá, porém, a tempo que a lesão intestinal é grave? Já vimos as difficuldades enormes com que se lucha para o estabelecimento d'um diagnostico exacto de ruptura do intestino; isto nos mostra quão prudentes devemos ser na questão da intervenção cirurgica.

Nós sabemos que o resultado d'uma intervenção d'esta ordem depende essencialmente do ataque geral que o organismo soffreu, ou antes, do grau de intoxicação pelos productos septicos; quando esta seja tão profunda que o systema nervoso seja compromettido nas suas funcções a intervenção deve

<sup>1</sup> *Jalaguier*. Loc. cit., pag. 365.

ser rejeitada. Sempre que a peritonite se acompanhe d'uma sideração profunda do systema nervoso não devemos intervir; no caso contrario a intervenção é absolutamente indicada. Uma temperatura igual ou inferior a 35 graus, diz Bouilly, é sempre uma contra-indicação, e o mesmo diremos das lesões graves das grandes visceras. Duas indicações importantes podemos e devemos tomar em consideração; umas derivam da lesão do intestino, as outras da peritonite; se a peritonite apparece precocemente e é acompanhada de febre que indique uma resistencia do organismo á infecção, devemos limitar-nos ao emprego de meios puramente medicos, salvo se o derrame augmentar, n'este caso deveremos abrir o abdomen por uma pequena incisão e, seguindo os conselhos de Bouilly, fazer no peritoneu lavagens asepticas ou mesmo antisepticas. Esta intervenção tem sobre a laparotomia as duas vantagens de não despertar reflexos peritoneaes, e de não descobrir todo o feixe intestinal. Estes casos não podem bem chamar-se casos graves, mas antes casos médios mascarados por symptomas graves. Quando os casos são graves o unico caminho a seguir é a intervenção, laparotomia, elliminação das partes necrosadas ou compromettidas, etc.

Resumindo tudo o que temos dito sobre indicações therapeuticas chegamos pois ás seguintes conclusões :

1.<sup>a</sup> Nunca devemos empregar a laparotomia exploradora como meio de diagnostico.

2.<sup>a</sup> Deve praticar-se a laparotomia sempre que haja vomitos sangrentos ou tympanite, localisada na região hepatica, ou generalisada (logo depois do accidente).

3.<sup>a</sup> Deve pôr-se em pratica a laparotomia sempre que o estado de *shock* se prolongue por muito tempo; sempre que um ponto do abdomen exista localisada uma dôr viva, exacerbada pela pressão (logo após o ataque).

4.<sup>a</sup> Quando seja logo após o accidente, seja tardiamente, se manifestem symptomas peritoneaes: — vomitos biliosos repetidos, dôr abdominal á pressão, ventre meteorisada, temperatura pouco elevada, etc. — é certo o derrame de materias fecaes e a intervenção impõe-se-nos urgente.

# OBSERVAÇÕES

---

## OBSERVAÇÃO I

(Clínica do Dr. Franchini)

F., de 35 annos, apresenta uma ferida perfurante, de grandes dimensões, muito proxima do umbigo, do lado direito da linha média e interessando toda a parede abdominal. Este individuo seguindo n'uma bicycleta por uma estrada, foi n'uma curva d'esta abalroar com um carro que seguia em direcção opposta; o varal do carro attingiu-o na região supra-mencionada e com tal violencia que, além de atravessar a parede abdominal anterior e produzir grandes estragos intestinaes, o projectou ainda contra uma valêta da estrada. Recolhido á casa de saude do Dr. Franchini foi-lhe feita a laparotomia que revelou uma grande placa de mortificação do intestino. Fez-se-lhe a reseccção da parte necrosada e a enterorrhaphia necessaria.

Apezar d'isto o estado do ferido aggravou-se progressivamente e, tres dias depois, o doente fallecia com symptomas de peritonite e com forte melena.

Pela autopsia reconheceu-se que a sutura da enterorrhaphia estava perfeita, mas que o intestino estava contuso e lacerado em varios pontos.

Esta observação não cabe perfeitamente no grupo das contusões abdominaes que nos propozemos estudar; citamol-a apenas para mostrar que apesar da urgencia com que se procedeu á operação, não foi possivel ainda assim reconhecer e apreciar a importancia de todas as lesões produzidas. Não nos parece, pois, mais uma vez o dizemos, razoavel intervir em casos de contusão abdominal pura sem que fortes razões nol'-o indiquem.

## OBSERVAÇÃO II

(Clinica do Dr. Franchini)

F., de 48 annos, foi atropelado por um carro de bois, passando-lhe uma roda sobre a parte inferior do thorax; queixa-se d'uma dôr muito intensa ao nivel do hypochondrio direito e apresenta vomitos biliosos; por vezes fecaloides, ventre abahulado e tympanisado. O pulso é pequeno e muito frequente e o estado geral mau. Fez-se-lhe a applicação de gelo sobre o abdomen, no dia seguinte o estado geral continuava identico: *faceis* abdominal, temperatura abaixo da normal e presistencia de vomitos, apesar d'este estado não se interveio cirurgicamente e dois dias mais tarde fallecia. Não se fez a autopsia.

Este seria um dos casos em que nos interviriámos, muito embora não podessemos esperar muito, attenta a região contusa e existencia provavel de lesões hepaticas importantes.

## OBSERVAÇÃO III

(Pessoal)

F., de 38 annos, sexo feminino, apresenta na região umbilical, a 3 ou 4 centimetros abaixo e á direita do umbigo, uma ferida contusa com laceração da pelle. Estava a doente,

em pé, deante d'uns bois quando um a attingiu com uma ponta quasi tangencialmente á região; a doente ficou prostrada e sem sentidos que recuperou duas horas depois, com a face pallida e coberta de suores frios, o pulso irregular e pequeno. Quando acordou da lethargia predescripta foi atacada de soluços accusando ao mesmo tempo uma dôr local e cephalalgia. Submettida ao repouso absoluto, immobilisação (opio) e applicações frias sobre o ventre, a doente conservou-se tranquilla e o seu estado melhorou progressivamente até que ao 3.º dia do accidente tudo voltava ao estado normal e citamos esta observação, como um dos casos que com de Moty podemos chamar ligeira.

#### OBSERVAÇÃO IV

(Clinica do Dr. Nogueira)

F., de trinta e tanto annos, carregador do caminho de ferro da Povoa, foi apanhado entre duas carruagens na occasião em que procurava engatal-as, e contuso d'ambos os lados na região dos hypochondrios; apresentou os symptomas iniciaes das grandes contusões e foi recolhido ao hospital d'onde sahiu 8 dias depois para voltar ao trabalho que ainda hoje desempenha.

*Nota.*— Este doente apresenta agora na região epigastrica, mesmo sob o appendice xiphoideu, o phenomeno seguinte: na occasião de qualquer esforço, mesmo pouco violento como um leve esforço de tosse, nota-se a apparição d'um pequeno tumor que desaparece com a desappareição da causa. Talvez algum enfraquecimento da parede abdominal n'este ponto e a saliencia passageira produzida por algum órgão interno no momento da contracção da parede abdominal anterior.

# PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia.** — O folheto retro-renal de Zukerkandl não é uma dependencia do peritoneu.

**Physiologia.** — A capacidade do reservatorio vesical é essencialmente physiologica.

**Therapeutica e materia medica.** — O iodeto de potassio é um bom medicamento na neurasthenia.

**Pathologia geral.** — A existencia de bacillos de Koch nos escarros não implica necessariamente a existencia de tuberculos.

**Anatomia pathologica.** — Não está absolutamente demonstrada a theoria parasitaria do carcinoma.

**Pathologia externa.** — As disposições anatomicas da fascia peri-renal explicam o sentido dos deslocamentos dos rins.

**Pathologia interna.** — Ha estreitas relações de causa ou effeito entre a entero-colite de Glenard e o systema nervoso.

**Operações.** — Nas gastro-enterostomias optamos pelas suturas muco-mucosas e sero-serosas que excluem o botão de Murphy.

**Hygiene.** — Não ha razão (salvo casos excepcionaes) para se tornar obrigatoria a cremação dos cadaveres.

**Partos.** — Nas apresentações muito altas o forceps é um mau instrumento.

---

Visto,  
R. Frias.  
PRESIDENTE

Póde imprimir-se,  
Dr. Souto.  
DIRECTOR INTERINO.