

N.º 2
N.º 437

PATHOGENIA E THERAPEUTICA

DA

HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA A

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

E DEFENDIDA SOB A PRESIDENCIA DO EX.^{mo} SNR.

PEDRO AUGUSTO DIAS

POR

CASIMIRO DE LEMOS COELHO FERRAZ



PORTO

TYPOGRAPHIA DE VIUVA GANDRA

80 = RUA D'ENTRE-PAREDES = 80

1879

24/2 E4C

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ILL.^{mo} E EX.^{mo} SR. CONSELHEIRO, MANOEL M. DA COSTA LEITE

SECRETARIO

ILL.^{mo} E EX.^{mo} SR. ANTONIO D'AZEVEDO MAIA

CORPO CATHEDRATICO

LENTES CATHEDRATICOS

1. ^a Cadeira — Anatomia descrip- tiva e geral.....	OS ILL. ^{mos} E EX. ^{mos} SNRS. João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira — Physiologia.....	Dr. José Carlos Lopes.
3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos. Materia medica	João Xavier de Oliveira Barros
4. ^a Cadeira — Pathologia exter- na e therapeutica externa..	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira — Medicina opera- toria	Pedro Augusto Dias.
6. ^a Cadeira — Partos, molestias das mulheres de parto e dos recem-nascidos.....	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
7. ^a Cadeira — Pathologia inter- na e therapeutica interna...	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira — Clinica medica..	Manoel Rodrigues da Silva into.
9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica	Eduardo Pereira Pimenta.
10. ^a Cadeira — Anatomia patho- logica.....	Manoel de Jesus Antunes Lemos.
11. ^a Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia geral.....	Dr. José F. Ayres de Gouveia Osorio.
12. ^a Cadeira — Pathologia ge- ral, semeiologia e historia medica	Ilidio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia.....	Felix da Fonseca Moura.

LENTES JUBILADOS

Secção medica.....	{ Dr. José Pereira Reis. Dr. Francisco Velloso da Cruz. José d'Andrade Gramacho.
Secção cirurgica	{ Antonio Bernardino d'Almeida. Luiz Pereira da Fonseca. Conselheiro, Manoel M. da Costa Leite.

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica.....	{ Antonio d'Azevedo Maia. Vicente Urbino de Freitas.
Secção cirurgica	{ Augusto Henriques d'Almeida Brandão. Vaga.

LENTE DEMONSTRADOR

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

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

(Regulamento da escola de 23 d'abril de 1840, art. 155.)

A MEU PAE E MINHA MÃE

A TODA A FAMILIA PRADO

E' bem expressiva a razão por que vos reuno n'uma mesma pagina. Só vós a podeis comprehender.

Este insignificante trabalho pertence-vos. Aceitai-o como prova de eterno affecto e amor

DO VOSSO
HUMILDE FILHO E DEDICADO AMIGO

Casimiro.

ÀS MINHAS IRMÃS

E

AOS MEUS IRMÃOS

ESPECIALMENTE

BELMIRO DE LEMOS COELHO FERRAZ

Off.º

O VOSSO IRMÃO

Casimiro.

A

Ex.^{ma} Sr.^a D. Rosa Maria da Silva Magalhães

E

Pedro José de Magalhães

como testemunho de verdadeira amizade e gratidão

Off.

O auctor.

AOS MEUS CONDISCIPULOS

E

AOS COMPANHEIROS DE CASA

como signal d'amisade, recordação e saudade

Off.

O auctor.

AO MEU PRESIDENTE

O ILL.^{mo} E EXC.^{mo} SNR.

PEDRO AUGUSTO DIAS

Em penhor de profundo respeito, sympathia
e admiração pelo seu talento e alma generosa

Off.

O DISCIPULO RECONHECIDO

Casimiro de Lemos Coelho Ferraz.

Durante o meu tirocinio escolar, o estudo das hernias foi um dos que mais particularmente attrahiu a minha attenção.

A elevada proporção d'esta molestia que segundo as estatisticas de Malgaigne, é d'um herniado para vinte individuos,—a gravidade extrema do estrangulamento, accidente perigosissimo a que toda a hernia está sujeita e causa frequente de morte rapida,—a urgencia de meios therapeuticos promptos de que em tão apertado transe é forçoso ao clinico lançar mão para obstar á acção mortifera de tal flagello,—os esforços, emfim, as discussões e as investigações até hoje tentadas no intuito de esclarecer os problemas pathogenicos sem que se tenha ainda attingido toda a luz desejavel, taes foram os principaes pontos pelos quaes me impressionou este elevado capitulo da pathologia, levando-me a fazer uma alta idéa da sua importancia, e induzindo-me a tomal-o para assumpto do meu trabalho.

Entre os variados assumptos de medicina sobre

modo refractarios á aquisição de theorias solidas, surge em primeira escala a pathogenia do estrangulamento herniario. Ao percorrer este campo onde se tem exercido a actividade d'espíritos esclarecidos, d'intelligencias robustas, d'experimentadores conscienciosos, adquire-se o desengano desconsolador de que estamos longe ainda de alcançar a solução cabal dos problemas.

Este longo e porfiado trabalho attinente ao mecanismo do estrangulamento não tem sido porém improficuo, porque, condemnando ao ostracismo as idéas reinantes outr'ora e coadunando harmoniosamente os factos clinicos e experimentaes, tem incontestavelmente estatuido dados luminosos que nos permitem esperar do futuro mais amplas interpretações.

A resolução do problema pathogenico do estrangulamento herniario não tendo sido alcançado ainda, não serei eu humilde neophyto da sublime sciencia medica quem pretenda derramar luz n'uma questão tão espinhosa. A minha tarefa teve pois de reduzir-se á compilação methodica das theorias até hoje expendidas sobre a pathogenia do estrangulamento, apresentando-as e discutindo-as á luz do criterio que me pôde fornecer a minha debil intelligencia.

E' sem duvida no tratamento do estrangulamento que o vulto sympathico do medico se torna crédor de todas as considerações. Haverá no fôro da cirurgia maior estimulo para despertar a mais seria attenção do medico? Haverá estado pathologico em que seja necessario obrar mais rapida e prudentemente? Certamente não. Que maior satisfação pode haver para o clinico do que é ter salvado das garras da morte uma victima do estrangulamento?!

Como clinico novel, desejoso de evitar no futuro os remorsos de consciencia e d'expellir de mim o labeo da impericia, era-nos dever imperioso conhecer perfeitamente todos os meios curativos indicados em face do estrangulamento.

Levado por estas considerações escolhi para a minha dissertação inaugural a pathogenia e therapeutica do estrangulamento herniario, limitando ainda assim o meu estudo ás hernias inguinaes, por serem mais frequentes e por não dispor de muito tempo.

Confesso, que a minha dissertação não prima pelo brillantismo da phrase, elegancia de estylo que sempre encanta a imaginação do leitor.

Trabalhei com vontade e se o meu trabalho é defficiente como de facto é, ainda assim nutro a esperanza de que será remunerado, como aspiro, confiado na alta sabedoria e benevolencia do illustrado jury.

PATHOGENIA

Rien n'est plus difficile, sinon à comprendre, du moins à démontrer que le mécanisme de l'étranglement...

GOSSELIN.

A pathogenia do estrangulamento herniario ainda não attingiu o seu *desideratum*.

Parece, que a verdade clara e inalteravel tenta occultar-se ao raciocinio, observação e experiencia, mas o progresso dos conhecimentos cirurgicos já tem feito notaveis conquistas.

As trevas principiam a dissolver-se e a luz da verdade a fulgurar na mente dos homens queridos da medicina.

Effectivamente muito se tem alcançado, e n'este caminhar continuo brevemente se chegará ao campo do positivo, da evidencia.

Multiplas e differentes theorias se apresentam com pretensões de explicar completamente o modo como se produz o estrangulamento das hernias, e se algumas nada satisfazem, outras approximam-se consideravelmente da satisfação do fim proposto.

Diversas divisões existem de estrangulamento, mas apenas indico para melhor ordem e facilidade de estudo a seguinte divisão: *estrangulamento primitivo e consecutivo*.

Direi, que debaixo do ponto de vista therapeutico pouca importancia offerece, porque as indicações chirurgicas são geralmente as mesmas.

O mecanismo do estrangulamento herniario é d'uma difficuldade a toda a prova, e varia segundo os diversos casos d'hernia estrangulada.

Gosselin diz: «Rien n'est plus difficile, sinon à comprendre, du moins à demontrer que le mecanisme de l'étranglement, et je préviens à l'avance qu'une explication irréprochable est encore à trouver, et qu'il faut au n'en chercher aucune ou appuyer sur quelques hypothèses celles qui ont été données.»

Estrangulamento herniario primitivo

Surtem numerosas theorias, que pretendem explicar completamente o modo da sua producção; porém pode-se dizer, que não ha uma unica, que se imponha em todas as circumstancias terminantemente ao espirito com provas convincentes.

Sem duvida, que a causa determinante do estrangulamento ha-de estar ou fóra das visceras, colo do sacco e anneis fibrosos, ou nas proprias visceras herniadas, isto é, o estrangulamento ha-de produzir-se de fóra para dentro, ou de dentro para fóra.

Sobre este ponto as opiniões divergem.

Emquanto que uns admittem exclusivamente o estrangulamento de fóra para dentro, outros negam, admitindo unicamente o estrangulamento de dentro para fóra.

Estudemos as differentes opiniões relativas ao assumpto.

Richter admittre, que o estrangulamento é produzido pela contracção spasmodica dos musculos abdominaes e pela pressão exercida pelos anneis sobre o intestino. Ora, hoje, esta theoria apenas se indica como um facto historico para mostrar as phases de transformação porque tem passado as idéas relativas a este assumpto. Effectivamente as rasões em que se appoia-va Richter para acceitar o estado spasmodico geral e local, não tem valor indistruptivel e inabalavel, não tem o cunho de factos verdadeiros que se impõem ao espirito como certeza.

Da theoria de Richter foi aproveitada a condição da contracção muscular para a explicação do estrangulamento por engasgamento gazoso, tal como admittre Guyton e Bertholle, como adiante veremos.

Cooper admittre, que o bordo inferior dos musculos transversos e pequeno obliquo achando-se collocado sobre o collo da hernia póde produzir o estrangulamento ou pelo menos conservá-lo. Hoje esta theoria tambem deixou de ter apologistas, porque suppondo mesmo, que estes musculos exerciam constricção sobre o collo herniario, essa constricção está longe de ter um grão sufficiente para por si unicamente determinar o verdadeiro estrangulamento. E mesmo não ha rasões, que mostrem, que a intervenção d'estes musculos seja permanente.

Sem duvida que a contracção dos musculos abdo-

minaes é uma causa que auxilia a producção do estrangulamento, porque augmenta a tenção intra-abdominal, mas não se pôde considerar esta condição como causa sufficiente de qualquer estrangulamento.

Demeaux e outros admittem, que o estrangulamento primitivo é devido á contracção activa e muito rapida do collo do sacco. Para isto se dar é preciso admittir com Demeaux a existencia d'um tecido contractil constituido por fibras musculares lisas.

Tal modo de vêr não se pôde admittir pelas seguintes razões :

1.^a—A estrutura normal do peritoneo não mostra haver fibras musculares lisas.

2.^a—Para que houvesse tecido contractil, era preciso, que no collo se dessem certas modificações de modo a formarem-se as taes fibras lisas ; mas estas alterações de estrutura importava um certo periodo de tempo necessario para haver neoformação de elementos musculares, o que não ha no caso de estrangulamento recente e immediato, porque não se pôde acceitar, que em tão pouco tempo se dêem phenomenos tão importantes, que sempre requerem mais tempo.

3.^o—Roustan e outros repellem as idéas de Demeaux dizendo, que o tal tecido contractil não passa d'uma concepção hypothetica, porque não é mais do que um tecido cellulo-vascular e elastico, que, quando muito pôde constituir uma causa predisponente, actuando á maneira d'um tecido cicatricial pela sua retracção lenta.

Gerdy participa das idéas de Demeaux. No estrangulamento primitivo não se pôde admittir as idéas de Malgaigne e de Broca.

Malgaigne não admitte o engasgamento como podendo determinar o estrangulamento. Para elle a causa principal e determinante do estrangulamento é a inflamação das partes herniadas e do sacco conjunctamente ou em separado.

Para Malgaigne sómente ha peritonites herniarias.

Assim dizia elle em 1820, epoca em que o engasgamento era admittido pela generalidade dos cirurgiões—»L'engouement, tel que Boyait l'avait compris, c'est-à-dire l'irreductibilité resultant d'une accumulation de matières fécales dans l'anse intestinale herniée, est un fait tellement rare, qu'il n'en avait rencontré qu'un seul cas dans toutes les observations publiées. L'étranglement par engouement n'est autre chose qu'une inflammation du sac herniaire que les efforts de taxis exaspèrent, qui céderait d'elle meme au repos et aux cataplasmes, et dans laquelle l'opération est formellement contre-indiquée.»

Com estas idéas deduziu um meio therapeutico, que pôde acarretar graves inconvenientes não só para o doente como para o clinico; para o doente a morte, e para o clinico um abalo consideravel na sua reputação medica.

Broca na these de agregação defendeu as idéas de Malgaigne. Assim diz elle «l'engouement des hernies était possible, réel, mais que les accidents qu'on lui avait jusqu'alors attribués étaient dus à l'inflammation qu'il provoquait, et que d'ailleurs, dans l'immense majorité des cas, ce qu'on appelait engouement herniaire n'était autre chose que l'inflammation pure et simple des hernies, sans la moindre accumulation de matières fécales dans l'intestin.»

Como se vê Broca filia-se nas idéas de Malgaigne. Atacando severamente as experiencias de O'Beirn não admitte, que a accumulção dos gazes na hernia seja causa de estrangulamento, mas que a existencia d'estes gazes é consecutiva á inflammação. As provas de que elle lança mão para sustentar as suas idéas são effectivamente de pouco valor.

Assim diz elle: é surprehendente admittir a irreductibilidade d'uma hernia resultando primitivamente e exclusivamente d'um engasgamento gazoso ou liquido; é surprehendente admittir a distensão consideravel e permanente d'uma ansa intestinal, que communica livremente com a cavidade abdominal, e contendo unicamente materias fluidas. Ora, desde o momento em que haja gazes accumulados n'uma ansa intestinal, não se pôde acceitar uma livre communicação com o abdomen; desde o momento em que por pressões ou em virtude do proprio peso especifico o conteúdo do intestino não entra no abdomen, é porque o pediculo herniario se acha obstruido pelo contacto das paredes intestinaes.

O que é surprehendente, é admittir como Broca, a irreductibilidade por entumecimento inflammatorio das tunicas intestinaes sem desappareição do calibre intestinal ao nivel do pediculo.

Finalmente Broca conclue o seu estudo dizendo «le inflammation est la cause determinante de l'etranquement.» Para elle e seus adeptos o estrangulamento primitivo principia desde o começo da inflammação.

N'uma hernia recente e estrangulada immediatamente não se pôde admittir a inflammação como causa primaria do estrangulamento, porque o processo

morbido inflamação não é um phenomeno que appareça rapidamente. A sua evolução depende d'uma serie de actos preliminares, que succedendo-se uns aos outros terminam por produzir a inflamação. Ora esta successão requer tempo, e este é mais consideravel do que geralmente se dá para o caso de hernia recente e de estrangulamento immediato.

Apesar de Malgaigne, Broca, Sedillot, Legouest, etc. dizerem, que se o engasgamento existe deve ser muito raro, apesar de Nelaton negar o engasgamento gazoso, depois das experiencias de Goursaud, de O'Beirn, do trabalho consciencioso de Boyer e do estudo de muitos outros não se pôde desprezar a sua existencia.

O'Beirn admite o engasgamento gazoso para haver estrangulamento.

Para fazer comprehender bem o mecanismo, fez a seguinte experiencia: pegou n'um bocado de cartão de 3 millimetros de espessura, fez-lhe um buraco redondo do diametro d'uma moeda de meio tostão em prata e introduziu-lhe uma ansa de intestino. Depois fixou uma sonda n'uma extremidade por fora do buraco, e observou, que insuflando ar lentamente a ansa não enchia porque o ar passava pela outra extremidade, mas quando insuflava bruscamente a ansa distendia-se. Terminada a insuflação as duas extremidades da ansa distendida applicando-se sobre as bordas do buraco impediam a sahida do ar por qualquer extremidade.

D'este facto experimental, deduziu o mecanismo do estrangulamento.

Gosselin é partidario acerrimo d'esta hypothese. Diz elle, se no momento em que sae uma ansa intes-

tinal, se sair bruscamente uma corrente de gaz pela contracção do diaphragma e dos musculos abdominaes a ansa intestinal applica-se pelo facto mesmo da distensão sobre o contorno dos anneis fibrosos, e estrangula-se.

Para que a experiencia de O'Beirn ficasse mais ao abrigo de qualquer objecção, para que fosse mais comprovativa, era preciso addicionar um sacco artificial á ansa intestinal, com o fim de obstar á sua distensão.

Ainda assim deixa prever a possibilidade do mecanismo do estrangulamento, patentêa ao espirito a comprehensão do modo da sua producção, ainda que as condições não sejam evidentemente identicas, todavia são semelhantes.

Guyton, apologista d'esta theoria, admitte como condição necessaria para haver estrangulamento, a contracção permanente (contractura) dos musculos abdominaes, porque assim ha sempre obstaculo á entrada das gazes da ansa intestinal para a cavidade abdominal.

Guyton appoiou-se sobre o facto de que, anesthesiando o doente a irreductibilidade pode desaparecer em virtude da relaxação dos musculos transverso e obliquos, mas isto não prova, que a contractura seja uma das principaes causas da irreductibilidade, nem que a contracção muscular seja permanente.

Berthole admitte como condição indispensavel a contracção dos musculos abdominaes, mas diz, que esta contracção não é permanente, mas sim intermittente, podendo ser produzida pelos movimentos voluntarios, ou principalmente pela dôr espontanea e provocada.

A theoria de Berthole está mais em harmonia com

os factos, é incontestavelmente superior á de Guyton.

A experiencia de O'Beirn indicava o mecanismo do estrangulamento, mas não o explicava bem. Assim qual é a causa que determina a irreductibilidade da ansa passada atravez d'um annel inextensivel quando por insufflação se determina sua distensão subita? Foi Roser que primeiro explicou este phenomeno. O estrangulamento repousa essencialmente sobre um mecanismo de valvulas.

A retenção do conteudo dos intestinos tem lugar por formação das pregas da mucosa, que collocam-se umas contra as outras como valvulas, tapando d'este modo o caminho ao gaz e liquido contidos no intestino.

Roser, para demonstrar o mecanismo d'esta occlusão valvular, fez a seguinte experiencia: n'um cadaver injectou agua nas arterias mesentericas com o fim de que as condições se approximassem o mais possivel das que se passam no vivo; introduziu uma ansa intestinal contendo agua e ar n'um annel do diametro d'um dedo, e exercendo pressão sobre intestino, notou que o conteudo não atravessava o annel. Attribuiu este phenomeno á formação de pregas mucosas, que, como valvulas, impediam a marcha do conteudo intestinal, o que verificou abrindo a ansa intestinal. Este facto experimental veio comprovar o raciocinio que tinha formulado relativamente ao mecanismo do estrangulamento. Segundo elle, a ansa intestinal augmentando de volume pela accumulacão do conteudo, dilata o sacco herniario, que dotado de certa elasticidade, comprime a ansa, obrigando o conteudo a caminhar para o annel, mas que não pode passar além, por se formarem as

pregas mucosas valvulares, e então o intestino comprime-se contra o anel inguinal ou collo do sacco, d'onde resulta o estrangulamento.

Esta theoria tem soffrido numerosas objecções.

As condições em que teve lugar a experiencia, não correspondem ás que se dão no vivo; basta o simples facto de se tratar com um cadaver, que nunca pode realisar as condições do vivo.

As valvulas, que se oppõem á passagem d'uma columna d'agua, podem ceder a uma pressão mais energica.

Lossen e Busch dizem, que a expansão do intestino dilatado deveria determinar a desaparição d'estas pregas supprimindo assim o obstaculo. As experiencias feitas com intestinos de animaes desprovidos de valvulas conniventes e com tubos de caoutchou não permitem recorrer á existencia d'estas pregas para explicar a oclusão.

Berger diz, que existem algumas preparações de ansas intestinaes estranguladas e dissecadas, nas quaes não se podia explicar o obstaculo á saída dos gases pelas valvulas, porque ellas não existem, ou estão muito distantes do lugar aonde a ansa penetra no anel; mas tambem outras preparações existem, em que se reconhece a existencia das referidas valvulas.

Dentu é partidario convicto d'estas duas theorias e não lhe repugna admittir que as cousas se passam segundo estas theorias em todos os estrangulamentos primitivos.

Bidder é sectario das ideias de Roser.

Em 1864 Chassaignac apresentou a sua theoria de estrangulamento por *viva aresta*. Esta theoria é prin-

principalmente applicavel ás hernias crúraes estranguladas, mas tambem ha casos clinicos de hernias umbilicaes estranguladas por viva aresta.

Com relação ás hernias inguinaes não tenho conhecimento d'um caso clinico de estrangulamento produzido por *viva aresta*. Segundo Chassaignac a compressão da ansa herniada sobre um dos bordos salientes (*viva aresta*) dos aneis fibrosos pôde produzir o estrangulamento.

Esta compressão produz um obstaculo á circulação venosa n'essa parte da ansa, d'onde resulta uma congestão, que pôde juntamente pela irritação sobre os elementos organicos produzir um entumecimento inflammatorio, d'onde resulta uma constricção ao principio parcial, que mais tarde pôde tornar-se circular pela extensão do processo morbido.

Chassaignac para repellir o estrangulamento herniario desde começo lança mão do facto experimental de poder introduzir uma sonda de mulher entre o intestino e a face interna do collo.

Esta theoria possui pequeno numero de adeptos, mas devemos notar, que se ella não explica todos os casos de estrangulamento, ainda assim factos clinicos ha de estrangulamento produzidos por este mecanismo.

Busch, appoiado sobre numerosas experiencias e sobre a auctoridade de Scarpa, considera que a causa immediata do estrangulamento herniario é sempre o angulo brusco do intestino ao nível do pediculo da hernia.

Busch explica o mecanismo da oclusão do seguinte modo: uma ansa intestinal situada no sacco hernia-

rio continua-se por curvas regulares com o intestino contido no abdomen. Se se augmenta por uma injeccão praticada no tópo intestinal superior a pressão no interior da ansa, este tende a indireitar sua curvatura e tornar-se rectilínea.

A ansa indireitando-se allonga-se, puxa o tópo intestinal inferior, e determina o angulo brusco, applicando-se contra o contorno do orificio herniario. As materias da ansa intestinal não podendo atravessar a parte dobrada produz-se a oclusão.

Mas ficando o tópo superior em communicação com a ansa, Busch vê-se bastante embaraçado para explicar a incarceration completa. E' obrigado a admittir uma diminuição subita de tensão no tópo superior, e como consequencia pelo facto de haver excesso de pressão na ansa intestinal, este tópo angula-se igualmente. Porque rasão no momento em que ha diminuição de tensão no tópo superior, uma parte do gaz da ansa não penetra n'este tópo?

Busch recorre ás pressões exteriores, taxis, que geralmente se emprega, para responder a esta objecção. Assim as pressões exteriores concorrendo para augmentar a tensão na ansa herniaria auxiliam a angular-se o tópo intestinavel superior.

Como se vê Busch não dá rasão satisfactoria, porque o tópo superior deixa de communicar com a cavidade da ansa herniada.

Kocher de Berne participa das idéas de Busch.

Em 1874 Hermann Lossen baseando-se sobre factos experimentaes apresentou ao Congresso dos Cirurgiões Allemaes uma theoria sobre o mecanismo do estrangulamento.

Lossen admite, que o estrangulamento é produzido pela compressão do tópo inferior do intestino ao nível do anel aponevrotico pelo tópo superior distendido.

P. Berger depois de repetidas experiencias com o fim de se informar da verdade reconheceu, que esta theoria não explicava sufficientemente o estrangulamento.

Pelas suas experiencias feitas com um anel inextensivel e uma ansa intestinal observou, que para as substancias entrarem na ansa intestinal era necessario, que a cânula do insufflador penetrasse no anel ou ficasse alguns centimetros fóra d'elle.

A ansa dilata-se pela introdução de substancias, e como consequencia puxa para fóra o tópo inferior do intestino. A' medida que se introduz nova porção de substancias na ansa, nova porção de tópo intestinal inferior é repuxado, e quando se tapa o insufflador do tópo superior, a oclusão do tópo inferior é completa, mas, abrindo o insufflador os gases introduzidos na ansa escapam-se para o tópo superior do intestino, e a oclusão desaparece.

Berger admite, que a obliteração do tópo inferior do intestino ao nível do anel é produzida pela compressão do tópo superior dilatado, mas a theoria de Lossen não explica racionalmente a obliteração do tópo superior.

Segundo Berger esta obliteração resulta da introdução crescente do intestino e do mesentero n'elle inserido, sendo esta introdução produzida pelo augmento de tensão na ansa.

O tópo superior do intestino e o mesentero estreí-

tam-se successivamente ao nivel do anel. O mesentero torna-se cada vez mais tenso, representando o papel d'uma cunha triangular de base correspondente ao bordo concavo das ansas intestinaes e de vertice voltado para o orificio herniario. N'estas circumstancias a tracção que sobre elle exerce sua inserção vertebral é sufficiente, para que a oclusão seja completa, porque a tracção exercendo-se sobre o bordo concavo da ansa intestinal tende reduzir a hernia em massa, mas tal phenomeno não se pode effectuar, e então a ansa é obrigada a formar angulo ao nivel do pediculo, determinando a obliteração do intestino. Tambem concorre para esta obliteração as valvulas conniventes.

As observações de Kortewreg confirmam a theoria de P. Berger.

E' effectivamente engenhosa esta theoria mas, como todas, pecca pelo seu exclusivismo, porque o mecanismo do estrangulamento varia com as condições que o determinam, e geralmente muitas causas concorrem para a sua realisação.

Ha os phenomenos dynamicos que concorrem poderosamente para determinar o estrangulamento ou torção mais accentuado.

Depois da constrição exercida pelo collo do sacco ou anel inguinal ha congestão passiva mecanica, que pelo seu turno e pela exsudação que pôde haver, concorre para a producção do estrangulamento. Esta congestão no principio puramente passiva, quando se prolonga, pôde tornar-se inflammatoria e então o estrangulamento é mais accentuado.

A dôr ordinariamente intensa determinando a contracção reflexa dos musculos abdominaes e como con-

sequencia o augmento da pressão intra-abdominal que obsta á entrada do conteúdo da ansa intestinal no topo superior do intestino, concorre para a realisação do estrangulamento.

O sulco circular, que existe ao nível do pediculo herniario e que determina o estreitamento do canal inguinal e transforma a superficie intestinal liza em superficie anfractuosa, concorre tambem para determinar o estrangulamento.

As adherencias, que, segundo Hotte, algumas vezes formam-se em pouco tempo e adquirem grande consistencia e extensão, igualmente concorrem para o estrangulamento.

Finalmente todas as alterações organicas, que tenham sua sede nas partes herniadas ou nos tecidos circumvisinhos e que produzam o augmento de volume d'essas partes, concorrem para o estrangulamento.

Outras condições podem determinar o estrangulamento primitivo. Assim n'um dado momento uma hernia pôde apresentar maior volume, e isto porque uma ansa intestinal é mais longa ou porque com a ansa veio o epiploon, ou porque appareceu mais do que uma ansa intestinal.

N'estas condições comprehende-se facilmente, que o anel aponevrotico dilatado bruscamente para dar passagem volta pela sua elasticidade sobre elle mesmo, pelo que pode comprimir o intestino em tal grão, que fique completamente obliterado.

Para que este phenomeno se realise, é necessario, como diz Gosselin, que o collo do sacco e os aneis fibrosos sejam flexiveis, porque se elles conservarem a sua rigidez, tal estrangulamento não tem lugar. Estes

casos dão-se geralmente nas hernias grossas reductiveis.

Esta especie de estrangulamento é admittida por quasi todos os cirurgiões, e Lossen chama estrangulamento elastico.

Mecanismo do estrangulamento consecutivo.

E' justo e logica a distincção entre o estrangulamento primitivo e consecutivo? Os partidarios decididos do estrangulamento consecutivo, como Broca e outros, consideram, que o obstaculo mecanico é o facto inicial e que a inflammacão é um phenomeno consecutivo. A unica differença entre estes estrangulamentos está, em que no consecutivo o principio do estrangulamento escapa á observação do clinico, e que a sua marcha é lenta e gradual.

O phenomeno mais importante no estrangulamento consecutivo é realmente a inflammacão, e por este facto está auctorizada a divisão do estrangulamento em primitivo e consecutivo. E' realmente de importancia capital debaixo do ponto de vista therapeutico vêr nos diversos estrangulamentos diversas modalidades d'um mesmo processo morbido, mas parece-me que em hernias antigas, volumosas e reductivas a inflammacão pôde ser o phenomeno inicial, quando, por exemplo, se dão pressões fortes ou contusões nos tecidos externos que envolvem as hernias, que inflammando-se podem propagar este processo morbido ás

partes herniadas, que augmentando de volume collocam-se em condições apropriadas para o estrangulamento.

Geralmente admite-se que os órgãos herniados inflammam-se por qualquer causa, d'onde resulta um augmento de volume d'esses órgãos que, quando chega a attingir certo grão, comprimem-se contra o collo do sacco ou anel inguinal, e esta constricção pôde adquirir tal intensidade de modo a determinar o verdadeiro estrangulamento.

Gosselin admite a inflamação, porque negal-a seria desprezar os factos revelados pela autopsia, mas reconhece, que o maior volume dos órgãos herniados produzidos por este processo morbido não é sufficiente para produzir o estrangulamento, excepto para o epiplocele. Para Gosselin as partes herniadas inflammam-se sem augmentar muito de volume, mas o sacco como os aneis fibrosos inflammam-se igualmente pela propagação do trabalho inflammatorio, e estes aneis diminuindo de diametro pela maior tumefacção ou pela sua retracção concorrem poderosamente para se realisar o estrangulamento. Alem disso concorre tambem a existencia de gases na ansa intestinal, que parte são produzidos pela inflamação, e parte acompanham a ansa intestinal no momento que sae da cavidade abdominal.

Richelot estabelece como condição necessaria do estrangulamento consecutivo a desappareição do calibre do intestino ao nivel dos orificios fibrosos, porque do contrario os gases não se accumulariam na ansa, mas entravam na cavidade abdominal á mais simples pressão, porque o entumecimento inflammatorio é insufficiente para obliterar o intestino.

Agentes do estrangulamento

O que é que estrangula as hernias? E' o collo do sacco ou o anel aponevrotico? Opiniões multiplas e contradictorias existem nos annaes de cirurgia attinentes a este assumpto. Depois da descoberta dos aneis inguinal e crural por Riolans e Fallope attribuiram o estrangulamento á constricção activa d'estes aneis fibrosos. Até ao principio do seculo XVII esta opinião era geralmente adoptada, mas depois dos trabalhos de Lerand, Arnaud, Pott, Scarpa e Dupuytren as opiniões modificaram-se, e o agente do estrangulamento passou a ser o collo do sacco. Malgaigne e mais tarde Broca admittem d'um modo absoluto como agente do estrangulamento o collo do sacco e os aneis fibrosos accidentaes. Para elles o anel fibroso natural não pôde ser de modo algum considerado como agente do estrangulamento, e os aneis accidentaes são o principal agente do estrangulamento da hernia crural, emquanto que para a hernia inguinal é o collo do sacco. Gosselin e outros filiam-se nas idéas tão absolutas de Malgaigne e Broca, ao passo que Laugier, Diday, Sedillot, Velpeau, etc., collocam-se em campo contrario, atacando as idéas dos illustres cirurgiões precedentes. O principal erro d'estas opiniões é serem exclusivas, o que não se pôde admittir porque está longe de corresponder á verdade attestada pelos factos da observação. Não podemos, nem devemos acceitar estas opiniões exclusivas, porque seria desprezar os factos incontestaveis attestados pela autopsia, seria raciocinar em sen-

tido opposto áquelle que a imparcial logica nos manda para chegar ao conhecimento approximativo da verdade.

Infelizmente as paixões da escola, as rivalidades pessoas imperam sobre a mente dos homens de sciencia, que muitas vezes calcam aos pés os factos mais authenticos, e em substituição apresentam idéas extravagantes, que em nada se coadunam com os factos.

Para a hernia inguinal o agente do estrangulamento pôde ser o collo do sacco e os anneis naturaes, e para comprovar esta asserpção ha argumentos indestruptiveis.

Para aquelles que admittem, que o agente do estrangulamento em todas as condições é sempre o collo do sacco, ha objecções numerosas, que não deixam duvida alguma sobre o erro d'esta proposição apresentada em geral.

N'uma hernia recente e rapidamente estrangulada o collo do sacco não pôde estrangular, porque ainda não tem soffrido as modificações de textura que se apontam como podendo ser causa do estrangulamento. A esta objecção podiam responder, que era possivel, que o sacco fosse preexistente, e então o collo já tivesse tempo preciso para experimentar as modificações de textura, que determinam o estrangulamento.

Temos outras provas de mais peso e de character evidente.

Existem numerosas observações na sciencia principalmente publicadas por cirurgiões ingleses de reduções de hernias estranguladas depois do desbridamento dos anneis fibrosos, sendo respeitado o sacco pelo ferro. Alguns cirurgiões duvidam da verdade

d'estas observações, porque consideram como impossível, que ao mesmo tempo que se corta os anneis aponevroticos, não seja também cortado o collo do sacco. Ora é ter pouca confiança na pericia e saber de grandes e illustres operadores, é argumentar de má fé, porque negar um facto sem fundamento é uma utopia, um contrasenso.

A sciencia registra na sua historia a existencia de hernias estranguladas sem sacco.

Diday para combater as ideias de Malgaigne, apresentou o seguinte caso observado por elle: « Em uma hernia inguinal estrangulada notou, que á medida que desbridava o annel aponevrotico, a hernia augmentava de volume e o collo do sacco dilatava-se ».

Para os que admittem que o agente do estrangulamento é sempre o annel aponevrotico, temos numerosas observações apresentadas principalmente por Saviard, Ledran, Arnaud, Dupuytren, etc., que respondem negativamente, mostrando á evidencia a falsidade de tal proposição apresentada em geral. Dupuytren considera, que nas hernias inguinaes tres quartas partes do estrangulamento é produzido pelo collo do sacco.

Temos casos notaveis de hernias inguinaes estranguladas reduzidas em massa pela taxis, e os phenomenos do estrangulamento persistirem com a mesma intensidade, e somente desaparecerem depois da hernia e sacco ser extraido para fora do abdomen e o collo do sacco desbridado.

Factos d'esta ordem provam claramente e sem contestação que o agente do estrangulamento pode ser o collo do sacco e os anneis aponevroticos, ou serem ambos conjuntamente.

Ha uma outra questão, que consiste em saber se o estrangulamento é mais frequente pelo collo do sacco ou pelo anel aponevrotico.

Emquanto que uns, e estes em maior numero, são de opinião, que o estrangulamento pelo collo do sacco é mais frequente, outros são de opinião contraria.

As condições em que tem lugar o estrangulamento influem na natureza do agente constrictor.

No estrangulamento primitivo o agente constrictor é geralmente o anel natural, algumas vezes um anel accidental e raras vezes o collo do sacco.

No estrangulamento consecutivo o agente constrictor é mais frequentemente o collo do sacco, ás vezes o anel natural; podem ser ambos conjuntamente e excepcionalmente um anel accidental.

Sede do estrangulamento

E' ao nivel do anel inguinal interno que existe mais frequentemente o agente constrictor do estrangulamento. Assim confirmam Dupuytren, Malgaigne e outros, todavia Velpeau faz notar, que em alguns casos, o estrangulamento tem lugar ao nivel do anel inguinal externo.

Casos ha, ainda que raros, em que o estrangulamento se produz fora do anel inguinal externo, mas dentro do sacco herniario.

O epiploon pode em alguns casos ser o agente do estrangulamento. Pode uma porção do epiploon enrolar o intestino e exercer tal constrictão, que determine o

estrangulamento. Pode o epiploon offerecer uma abertura pela qual uma ansa intestinal possa penetrar, e depois estrangular-se. Aponta-se tambem, que a ruptura do sacco pode produzir o estrangulamento, quando uma ansa intestinal penetre n'este orificio.

Ha outros exemplos de estrangulamento produzidos por agentes de somenos importancia, e como tal não os menciono.

Os aneis inguinaes que papel representam no estrangulamento? Vae longe a epoca em que se admittia a existencia do estrangulamento determinado pela sua contracção, mas tambem não se pôde dizer em absoluto, que elles não concorram para a sua producção.

Rippol diz, que não se pôde negar totalmente alguma actividade aos aneis, porque não ha cirurgião algum, que no momento da sua secção não tenha ouvido um ruido particular muito semelhante ao que se ouve, quando se corta uma corda de violão fortemente tensa.

Rippol admite, que a acção destes aneis deve ser muito fraca, porque os considera mais passivos do que activos.

D'estas mesmas idéas são geralmente todos os cirurgiões, mas reconhecem que pela sua retractilidade podem ser considerados como causa predisponente.

THERAPEUTICA

L'étranglement est un des accidents redoutables où l'indication est le plus urgente, où le succès est le plus complet quand le chirurgien intervient en temps opportun.

DR. MASSE.

Todos os meios empregados no tratamento do estrangulamento das hernias devem preencher uma unica indicação: destruir a compressão energica exercida pelo agente constrictor sobre os órgãos herniados. Meios extremamente variados tem sido empregados para satisfazer a esta indicação, e felizmente hoje acham-se redusidos a dous, taxis e kelotomia. Effectivamente estes meios cirurgicos preenchem perfeitamente a indicação estabelecida. Assim, quando um órgão deslocado da sua cavidade natural se acha apertado de tal modo a comprometter a sua circulação e como consequencia a nutricao, póde-se tornal-o livre, ou diminuindo seu volume de modo a não poder ser comprimido pelo agente constrictor, ou destruindo a força constrictora d'esse agente.

O emprego d'estes meios depende de condições inherentes á natureza dos órgãos herniados, á duração, gráo e sede do estrangulamento e do estado em que se encontram as partes herniadas.

Variados meios medicos foram aconselhados e postos em pratica em épocas remotas.

Estes meios chegaram a constituir methodos therapeuticos exclusivos, o que não admira, porque era a successão logica e natural das concepções pathogenicas do estrangulamento. Hoje estes meios não podem possuir o fôro de methodo therapeutico, porque o seu emprego exclusivo seria um contrasenso á luz das idéas modernas sobre a physiologia pathologica do estrangulamento. Eram meios, que nada remedando antes podiam prejudicar. Quando muito alguns d'esses meios tão apregoados pelos seus resultados favoraveis alcançados e sustentados por medicos d'uma reputação scientifica indubitavel possuem a estima e goso de serem meios adjuvantes da taxis, e como taes de alguma importancia, o que me leva a fazer uma descripção resumida do seu emprego, na qual mostrarei as vantagens que se lhe attribuem, e os inconvenientes que podem provocar.

Não podemos como alguns cirurgiões proscrever systematicamente os meios medicos do uso therapeutico, mas tambem não devemos conferir o diploma de methodo efficaz, porque a pratica e a theoria repellem tal concessão, como eminentemente prejudicial.

O facto de haver para certas especies d'hernias obstrucção intestinal despertou a attenção dos cirurgiões, e fez convergir para este lado todos os meios therapeuticos. Effectivamente não escapou purgante

de qualquer natureza, que não fosse empregado pela bocca ou em clisteres. O fim do seu emprego era determinar contracções intestinaes, que reduzissem completamente o intestino, ou pelo menos diminuíssem por qualquer forma a constricção de modo a facilitar a redução.

A par das vantagens que o emprego d'estes meios pode trazer para a pratica, surgem as desvantagens que auctorisam a sermos muito prudentes quando tentarmos empregal-os.

Uma das vantagens que ha do emprego dos purgantes pela bocca, é ilucidar alguma cousa, quando se offerece duvida na diagnose. Quando os signaes observados não são sufficientemente claros para resolvermos se existe hernia estrangulada ou tumor de qualquer natureza, podemos administrar um purgante, que se determinar dejeccões enclinamos a admittir a existencia d'um tumor, e no caso contrario suspeitamos haver hernia estrangulada. Não podemos afirmar com certeza o diagnostico, porque póde haver um epiplocele estrangulado e as dejeccões existirem, mas ainda assim podemos pôr de parte qualquer suspeita sobre a existencia de enteroccele ou entero-epiplocele estrangulado, o que já é de importancia capital.

Póde deixar de haver hernia estrangulada e as dejeccões fecaes não apparecerem, e isto, ou porque a substancia purgativa empregada é pouco energica, ou no individuo ha uma disposição notavel para a prisão de ventre, que ás vezes é rebelde aos meios purgantes mais energicos conhecidos na pharmacologia.

No caso d'uma hernia inflammada póde-se, empregando um purgante, prevenir d'algum modo o es-

trangulamento consecutivo, porque combate-se a prisão do ventre, conservando livre o curso das materias fecaes.

Comparando estas vantagens com os inconvenientes que do seu emprego podem advir, não hesitamos em mostrar o nosso espanto, quando consideramos, como um tal meio therapeutico pôde arvorar-se em methodo, e haverem partidarios, que o defendessem.

Com o emprego dos purgantes concorre-se para a conservação do estrangulamento, porque determinam maior fluxão sanguinia nos intestinos.

Para se realizar a acção dos purgantes tomados pela bocca é necessario decorrer um certo espaço de tempo, que varia com a natureza do purgante e a tolerancia individual, temporisação, que pôde ser muito prejudicial, porque pôde dar lugar á appareição de lesões, que demandam medidas energicas e ás vezes inefficazes, o que não aconteceria se desde principio adoptassemos meios mais promptos.

Se os purgantes se administram em clisteres, e produzem dejeccões, estas podem fazer crer ao medico inexperiente, que não ha estrangulamento, e com tudo havel-o.

Finalmente reconhecido evidentemente o estrangulamento os purgantes são sempre contra-indicados.

Tem-se dado preferencia a esta ou áquella substancia purgativa, mas em geral deve-se preferir uma substancia, que seja tolerada pelo estomago, e que exerça acção applicada em pequena dôse.

Tem-se empregado clisteres d'agua salgada, de opio, belladona, tabaco, etc. Os clisteres de tabaco foram muito empregados e aconselhados por Richter.

Com o seu emprego tinha-se em vista produzir contracções intestinaes pela acção excitante do tabaco sobre a fibra liza, e diminuir as dôres pela sua acção narcotica. Para se obter o primeiro effeito é melhor recorrer aos purgantes, que são mais innocentes, e para o segundo temos os anesthesicos como meio mais efficaç.

Alem disso, quando se emprega o tabaco em dôse maior do que deve ser, ou um tabaco mais rico em principios activos pôde-se produzir no doente a apparição de symptomas, que revelem haver envenenamento.

Os clisteres d'opio e de belladona eram empregados em attenção ás suas propriedades narcoticas, que, diminuindo as dôres, subtraíam uma das causas da contracção dos musculos do abdomen, o que era de grande alcance para a facilidade da redução. Estas substancias foram tambem muito empregadas pela bocca.

A strychnina e o café foram muito empregadas, mas hoje o seu emprego acha-se completamente abandonado.

Fizeram-se grande numero de applicações topicas com belladona, opio etc. ás quaes se attribuiram curas maravilhosas de estrangulamento. Não se pôde crer na efficacidade d'estes meios.

As sangrias geraes e locaes tiveram grande emprego e foram extremamente recommendadas.

Com a sangria geral havendo grande extracção de sangue tinha-se em vista obter uma syncope, que, collocando o doente em estado de resolução muscular e em um certo grau de anesthesia facilitava a taxis. Ar-

naud, Cooper e Scarpa aconselhavam uma ou duas abundantes sangrias geraes até se produsir a syncope durante a qual operavam a taxis.

As sangrias geraes empregadas como meio de obtermos a relaxação dos musculos e alguma anesthesia devem ser regeitadas, porque temos um meio por excellencia, a chloroformisação, que sendo empregado devidamente e com as regras recommendadas é efficaçissimo e innocente.

Para os que só viam o estrangulamento por inflamação, as sangrias locais eram preconizadas e consideradas como meios importantes para diminuir a inflamação, causa productora do estrangulamento.

As sangrias locais, como meio antiphlogistico, podem prestar algum beneficio, evitando pela modificação que imprimem na marcha da doença, que os accidentes se tornem graves; mas no caso em que o estrangulamento esteja perfeitamente manifestado, e tendo de existencia algum tempo, não creio, que qualquer emissão sanguinea possa, como meio antiphlogistico, dar algum resultado favoravel, até considero que pôde aggravar o grau do estrangulamento, ou ser causa de apparição mais rapida de novos accidentes terribes pela sua gravidade.

Os banhos têm sido muito empregados. Os banhos geraes prolongados tendo uma acção sedante collocam o doente em condições mais propicias para poder soffrer as pressões da taxis, o que evita, que as contracções musculares reflexas adquiram grande energia.

Casos ha registrados na sciencia de hernias estranguladas resistirem a todos os processos de taxis, e

reduzirem-se com uma simples pressão depois de se ter dado ao doente um banho prolongado.

No caso de pouca gravidade em que é permitido a temporisação, e não havendo á disposição do cirurgião outro agente adjuvante mais efficaz podemos lançar mão d'este meio.

O'Beirn, que explicava todos os estrangulamentos pelo engasgamento gazoso, aconselhava como meio curativo introduzir uma sonda no recto para evacuar os gazes do grosso intestino, porque, segundo elle, d'este modo os gazes da ansa intestinal herniada eram aspirados, do que resultava menor volume na hernia, e como consequencia maior facilidade da sua entrada na cavidade abdominal. Com esta pratica destruiu O'Beirn a sua theoria sobre o estrangulamento. Semeilhante meio pratico não se póde admittir. Mas como explicar os casos de cura por elle enumerados? E' certamente porque houve erro de observação ou de interpretação.

Tem-se apresentado alguns casos de cura obtidos pela applicação de refrigerantes debaixo de qualquer forma. Geralmente a substancia mais empregada é o gelo. Concorrem para obter a redução por tres modos: descongestionar as partes herniadas, diminuir o volume da hernia pela condensação dos gazes e despertar a contractilidade dos intestinos. Não cremos, que com o emprego exclusivo de refrigerantes se possa obter a redução d'uma hernia evidentemente estrangulada.

Sedillot intende, que o gelo empregado no principio do estrangulamento ainda póde ser favoravel, em quanto que mais tarde póde determinar a congelação

do epiploon e a mortificação das partes herniadas. Boyer receiava os resultados que podem apparecer depois da reacção, e Cooper cita um caso, em que presenciou grandes escharas na pelle consecutivamente á applicação do gelo.

Pelo que fica dito, deduz-se, que no caso de empregarmos o gelo devemos ser muito prudentes, mas ainda assim o seu emprego só póde ser permittido no começo do estrangulamento, e quando não haja outro meio auxiliar da taxis mais recommendado pela sua menor gravidade e maior efficacidade.

Entre todos os meios adjuvantes o mais empregado hoje, e com justiça, é o chloroformio. Effectivamente pelas suas propriedades anesthesicas colloca o doente nas condições mais favoraveis para que a reducção se effectue facilmente.

Ha alguns casos de reducção espontanea pela simples posição do doente. A posição mais simples e geralmente adoptada consiste em collocar o doente no decubito dorsal, com a cabeça, tronco e membros inferiores em flexão, para que os musculos abdominaes sejam mais completamente relaxados. Tem apparecido algumas modificações. Parés e Ribes collocavam o doente n'um plano inclinado, ficando a bacia mais elevada do que a cabeça.

Ha um processo violento e barbaro, aconselhado por Pareu e Fabricio d'Aquapendente, que consiste em collocar os membros inferiores do doente sobre os hombros d'um homem vigoroso, ficando a cabeça dirigida para baixo e pendente, e imprimir-lhe movimentos bruscos e energicos.

Qualquer posição unicamente empregada não póde

constituir um processo de tratamento efficaç para os casos de hernias verdadeiramente estranguladas, apenas se pôde considerar como meio auxiliar de subido valor para a taxis.

Grande elogio e estrondo se tem feito com um processo que não é mais do que uma modificação d'outro mais antigo e abandonado da pratica cirurgica. O processo considerado como de vantagens incomparaveis consiste em evacuar os contentos da ansa intestinal herniada pelo aspirador de Dieulafoy.

Desde epochas remotas se praticava a punctura do intestino pelo trocater, mas os maus successos obtidos por este meio foi o bastante para ser julgada como prejudicial e ser votada ao ostracismo. A punctura pelo aspirador de Dieulafoy pôde prestar alguns serviços á taxis, e casos tem havido, como veremos, em que a taxis tem sido coroada de bons resultados, quando precedida pela aspiração dos contentos do enteroccele.

Apontam-se casos de redução espontanea obtida pela applicação de pesos sobre o tumor herniado estando o doente em flexão sobre o plano anterior do tronco.

Maisonneuve empregava o seu *reductor mecanico* formado de cautchou, que considerava como meio excellente. Aconselhou o seu emprego, e ainda ha quem o adopte. Todavia a taxis sempre é um processo mais seguro, porque é executado por instrumentos intelligentes.

Leroy aconselha a electro-punctura para se obter a redução das hernias, e Sedillot obteve contracções intestinaes energicas pelas correntes electricas.

Depois de fallarmos ainda que succintamente sobre estes diversos meios que antigamente tinham pretenções de methodos therapeuticos, passamos ao estudo dos dous meios cirurgicos reputados incontestavelmente como os unicos meios efficazes de curar a hernia estrangulada. Estes meios são, como já dissemos, a taxis e kelotomia.

Effectivamente em qualquer estrangulamento ha um órgão comprimido e um agente constrictor. Da constrictão resultam alterações organicas nos tecidos que compromettem a vida.

Como se pôde destruir a compressão? Subtrahir ao agente constrictor o órgão comprimido, ou destruir a força constictiva. A' primeira indicação satisfaz a taxis, e á segunda a kelotomia.

Se temos dous meios considerados como efficazes para destruir o estrangulamento, qual devemos preferir?

E' indifferente na pratica a sua escolha, ou ha circumstancias especiaes que indicam o emprego d'um ou d'outro meio? E' na escolha do meio cirurgico, que o cirurgião deve ter grande tino e circumspecção, é na direcção da sua intervenção que elle deve mostrar a sua sagacidade e proficiencia. Deve com a maxima prudencia e attenção pesar com todo o cuidado as circumstancias do estado morbido que se offerece á sua apreciação, recorrer aos commemorativos, pôr-se ao facto do modo como o estrangulamento se produziu e do tempo decorrido depois da manifestação dos primeiros accidentes, e só depois d'um exame minucioso e rigoroso de tudo o que deve elucidar o pratico consciencioso e prudente, é que deve escolher o meio cirurgico.

Da falta de observação d'estes preceitos podem resultar funestas consequencias, que, compromettendo a vida do doente abalam consideravelmente a fama do cirurgião muitas vezes adquirida por esforços extraordinarios e á custo de longos annos.

A pratica imprudente de qualquer destes meios cirurgicos e sem ser baseada em conhecimentos claros e positivos do estado pathologico, seguido de alguns resultados mortaes, deu logar a haverem partidarios da taxis e da kelotomia.

Para uns a taxis é um methodo cirurgico geralmente prejudicial seja qual fôr a fôrma porque ella se execute, ao passo que a kelotomia é o unico meio cirurgico efficaz e aproveitavel.

Outros, que vêem na kelotomia sempre um perigo enorme por ser uma operação delicada e collocar o doente em condições de n'elle se desenvolverem accidentes de gravidade incontestavel, tributam todas as honras á taxis como meio efficaz mais favoravel para o doente e simples para o cirurgião.

Ser exclusivo nestes methodos therapeuticos é um erro imperdoavel, porque cada methodo tem suas indicações e contra-indicações. O conhecimento d'ellas é para o clinico d'uma importancia capital e d'uma necessidade forçada, porque do contrario a obra que fizer, será destruidora.

Taxis

A taxis é a operação manual pela qual se reduz as hernias. Esta operação tem sido empregada desde tempos immemoraveis pelos doentes e clinicos, mas o seu emprego não é indifferente.

Indicações da taxis—Póde-se dizer como regra geral, que a taxis é sempre indicada no estrangulamento das hernias, seja qual fôr a sua natureza e o seu volume, quando o estrangulamento fôr de data recente. Mas qual é o limite maximo de tempo para se considerar a hernia como recente? Para Gosselin é durante as 24 horas que a taxis está sempre indicada. Outros ainda concedem 36 horas. Depois d'este tempo as indicações variam segundo a natureza da hernia e seu volume. Para os enteroceles o tempo maximo de taxis é, como dissemos, 36 horas; em quanto que para os entero-epiplocéles póde-se tentar a taxis durante tres dias. Ha casos excepçionaes, em que a taxis tem dado resultado satisfactorio, exercida fóra d'estes tempos e em hernias estranguladas de diversa natureza.

Contra-indicações da taxis—E' completamente contra-indicada, quando as partes herniadas estão consideravelmente alteradas na sua vitalidade de modo que pelos esforços da taxis póde haver ruptura do intestino, que redusido causaria accidentes fataes.

E' contra-indicada nos casos em que os accidentes inflammatorios são manifestamente pronunciados. No

caso de duvida sobre se as partes herniadas estão ou não alteradas mais ou menos consideravelmente é prudente não empregar a taxis coberta.

N'uma hernia antiga, sempre irreductivel, mas não estrangulada, e que n'um dia apresenta os signaes de estrangulamento, a taxis não deve ser empregada, porque o facto da irreductibilidade indica haver adherencias, que para as vencer era necessario exercer pressões fortissimas, que podiam acarretar consequencias funestas. As observações de Thelat, Labbe e Broca são provas authenticas.

Methodos de taxis—A taxis não tem sido exercida da mesma fórma por todos os cirurgiões. Em quanto que uns empregam pouca, outros empregam grande força, d'onde resulta formarem-se dous methodos de taxis: moderada e forçada.

O que se deve intender por taxis moderada e forçada? Que interpretação se deve conceder a estas palavras? Considera-se taxis moderada aquella, que apenas dura alguns minutos (5 a 10), e que não fatiga o operador; e taxis forçada aquella, em que se emprega grande força fatigando o operador.

Deprehende-se, que esta interpretação é convencional, porque não ha limites precisos e inabalaveis, que indiquem, aonde termina a taxis moderada e aonde principia a forçada, porque a força empregada é uma cousa variavel segundo o gráo de força muscular dos cirurgiões. Querer como o Dr. Bernard graduar a força empregada por meio de grãos, é na verdade crêr demasiadamente nos rigores da mathematica em medicina, aonde nada ha de constante pelas

consideraveis causas que influem na variabilidade das manifestações pathologicas e physiologicas. Quanto mais n'este caso particular aonde o clinico tem de apreciar condições multiplas e variadas, que, segundo ellas, tem de usar mais ou menos força.

Partidarios numerosos se apresentam a defender cada um d'estes methodos de taxis.

Uns e outros apontam as vantagens do seu methodo, mas não confessam francamente os inconvenientes que podem sobrevir. Os sectarios da taxis moderada regeitam a forçada, porque esta pôde mais facilmente determinar a redução em massa, de modo que o estrangulamento persiste no interior da cavidade abdominal; porque as pressões violentas e fortes podem produzir contusões nas partes herniadas que reduzidas em estado pathologico e em disposição consideravel para a alteração organica dos seus tecidos, mais tarde pôde haver gangrena e ruptura intestinal; porque pelas pressões fortes pôde provocar uma inflamação consideravel das partes herniadas, que reduzidas despertem uma peritonite aguda, etc.

Ora todos estes accidentes são d'uma gravidade terrivel, que collocam o doente em estado de poucas esperanças de vida. Mas, se com o emprego da taxis forçada estes accidentes são frequentes, como se concebe, que eminentes clinicos, como Amussat, Lisfranc, Vignolo, Nisiet, Gosselin e outros, sejam partidarios energicos d'este methodo? Gosselin attribue os maus resultados obtidos principalmente á falta do cumprimento das regras operatorias. Assim, diz elle, a redução em massa encontra-se geralmente nos casos de redução effectuada pelos proprios doentes que,

sem o conhecimento das regras operatorias, fazem pressões no fundo da hernia, do que resulta separar o sacco dos tecidos ambientes, de modo que a redução da hernia effectua-se com o seu envulcro; e, como muitas vezes o agente do estrangulamento existe no sacco, segue-se, que continua a persistir na cavidade abdominal. Para evitar esta consequencia aconselha, como veremos, que se façam pressões iguaes em toda a circumferencia do tumor, evitando o fundo da hernia. Com esta pratica, Gosselin diz, que nunca na sua clinica observou accidente algum.

Gosselin não só quer que a taxis seja forçada, mas tambem progressiva e prolongada durante vinte minutos.

A taxis é progressiva, quando as pressões ao principio moderadas vão augmentando de força á medida que se prolonga a operação.

O que é verdade, é que a observação clinica todos os dias mostra os inconvenientes, que a pratica da taxis forçada póde acarretar, e por isso a moderada é preferivel como meio mais innocente. Mas a taxis moderada tem o inconveniente de algumas vezes deixar de se operar a redução, quando ainda era possivel, porque o obstaculo á redução póde ser em certo gráo, que com uma força moderada não se vença, ao passo que com mais força possa vencer-se sem resultar perigo algum para o doente, o que era de grande importancia, porque d'este modo evitava-se, que as lesões dos órgãos herniados adquirissem certa intensidade e extensão, que exigem outros meios therapeuticos mais serios, e collocam o doente em maior perigo de vida.

Para se remediar em parte a este inconveniente da taxis moderada aconselha-se que seja ao mesmo tempo progressiva.

Do que fica exposto, conclue-se, que o clinico deve ser muito prudente e cauteloso no emprego de qualquer methodo de taxis, e segundo as circumstancias, que se lhe offerecerem, assim resolverá.

Podemos ainda assim dizer, apoiados na auctoridade de muitos clinicos e em muitos factos da sua observação que a taxis moderada e progressiva é preferivel á forçada.

A taxis, para ser coroada de bom exito, deve ser auxiliada por meios adjuvantes, porque estes concorrem para haver menos dispendio de esforço e tempo, o que evita consideravelmente os accidentes consecutivos.

Estes meios são variadissimos, como em parte já se viu, e auxiliam a redução, quer tornando o anel constrictor menos apertado, quer diminuindo a tenção do abdomen, quer finalmente tornando a hernia menos volumosa. Preenchidas estas condições a hernia mais facilmente passa atravez do orificio estrangulante.

Os meios empregados para satisfazer á primeira condição são quasi sem importancia pelo pouco resultado que dão.

Ha o processo de Seutin, quasi abandonado, que consiste em dilatar os anneis aponevroticos com a extremidade d'um dedo introduzido entre o anel e o collo do sacco.

E' d'uma difficuldade extrema fazer entrar no anel aponevrotico o dedo ainda forrado pela pelle do doente, e se o dedo penetra, certamente é porque o

estrangulamento não tem lugar ahi. Todavia alguns casos se apontam, em que este processo parece ter dado resultado favoravel.

Os meios empregados para satisfazer á segunda indicação são muitos, e alguns até curiosos pela sua extravagancia. Entre estes meios temos a posição aconselhado por Pareu e Fabricio d'Aquapendente de que já fallamos.

Ha o processo americano, que tem dado segundo as estatisticas elaboradas pelos cirurgiões americanos, optimos resultados. Este processo consiste em collocar o doente com a cabeça para baixo e apoiada pela sua nuca sobre a cama, as pernas do doente são postas sobre os hombros d'um homem vigoroso, e determina-se uma flexão consideravel no plano anterior do tronco com o fim de relaxar mais completamente possível os musculos abdominaes. Dizem os cirurgiões americanos, que com esta posição a taxis moderada e prolongada durante 2 a 3 minutos, limite maximo, é o sufficiente para se obter uma redução completa.

Esta pratica é muito apregoada e vulgarisada na America do norte, mas parece que será violenta em excesso, e que os bons resultados obtidos levam-me a duvidar se na verdade o estrangulamento n'estes casos era verdadeiro e completo; ainda assim não posso por falta de provas convincentes negar em absoluto o valor deste meio auxiliar.

A posição, que melhor relaxar os musculos do abdomen sem inconveniente para o doente, será incontestavelmente a melhor.

Veremos, quando tratarmos do manual operatorio qual a posição mais adoptada.

Antigamente os cirurgiões machucavam as hernias antes de redusil-as, porque era crença geral, que o engasgamento era a principal causa do estrangulamento. Hoje esta pratica está completamente abandonada como extremamente prejudicial.

Além da posição o meio mais aconselhado por todos os clinicos iminentes é o emprego dos anesthetics.

Effectivamente pela anesthesia obtem-se dous fins, resolução muscular e insensibilidade completa, duas condições mais favoraveis para a redução das hernias.

Pelas pressões da taxis provocam-se dores, que determinam a contracção muscular reflexa, enquanto que tornando-se o doente insensivel deixa de haver esta contracção.

O emprego da anesthesia está sempre indicado na taxis, excepto quando da parte do doente existem condições particulares, que contraindiquem o seu emprego. O agente anesthesico por excellencia é o chloroformio.

Tem-se aconselhado a anesthesia local pelo ether e pelos refrigerantes, mas esta operação é insufficiente, porque a insensibilidade obtida não é geralmente completa, e mesmo ainda que fosse, não determinava a relaxação muscular, que constitue uma condição favoravel para a redução. Além d'isto os refrigerantes offerecem os inconvenientes já apontados.

Apesar de Pidoux e Trousseau apontarem casos de redução auxiliada por este meio, ainda assim o seu emprego deve ser limitado aos casos benignos.

Depois de Guyton e Bertholle, que primeiro apre-goaram a vantagem do emprego do chloroformio, quasi todos os clinicos o empregam.

O dr. Vibert aconselha no caso de estrangulamento rebelde á taxis, anesthesiar o doente com chloroformio empregando conjunctamente injeccões subcutaneas de morphina. Diz elle, que tem sempre obtido a reduccão com este processo.

Para satisfazer á terceira condição existem diversos meios, que se empregam desde epochas remotas.

Em geral estes meios são todos os refrigerantes. A etherisação com o aparelho de Richardson é o melhor meio, porque satisfaz ao fim requerido e não offerece os inconvenientes que resultam do emprego dos banhos e *duches*.

Ha outro meio muito apregoado e recommendado, qual é a evacuação dos contentos pelo aspirador de Dieulafoy. Como dissemos, este processo é uma modificação d'outro mais antigo, tem seus proselytos e seus adversarios. Os que veem como Gosselin, n'este processo um perigo imminente para os derrames consecutivos e peritonites, regeitam a sua pratica. Os factos mostram claramente, que esta pratica nem sempre é seguida de mau successo.

As provas incontestaveis de cura de enteroceles pela taxis precedida de aspiração dos seus contentos encontram-se em grande escalla nas publicações de Duploux, Dolbeau, Rauge e Demarquay. Ainda assim, factos ha de apparecerem fistulas estercoraes com derramentos e peritonites consecutivas á punctura pelo aspirador, porem estes factos não são tão comprovativos nem em tal numero, que tenham a auctoridade necessaria, para que o emprego do aspirador seja abandonado.

Talvez que estes accidentes observados fossem de-

vidos a que, quando se effectuou a punctura, já o intestino se achasse modificado poderosamente na sua textura, de modo que o mais leve traumatismo foi o bastante para a sua desorganisação. Na verdade o orificio produzido pelo aspirador é tão estreito, que não se concebe, que n'um intestino em estado physiologico, mais ou menos approximado, haja derramamentos das materias n'elle contidas. Alem d'isto ha numerosos exemplos de perforações intestinaes d'uma extensão admiravel acompanhadas de cura.

Intendo que, quando houver conhecimento de que o intestino se encontra pouco alterado na sua constituição organica, podemos empregar este meio, porque estamos auctorisados pelos factos e pelo peso scientifico de opiniões respeitaveis de cirurgiões insignes.

Manual operatorio da taxis — Varias modificações existem relativamente ao modo como se deve operar a taxis. O processo mais simples e geralmente adoptado é o seguinte:—collocado o doente em decubito dorsal com as côxas em flexão, joelhos algum tanto separados segundo Malgaigne, ou juntos segundo Cooper, com o thorax um pouco dobrado sobre o abdomen e a cabeça em flexão sobre o peito, o cirurgião recebe na palma d'uma das mãos o tumor herniario, enquanto que os dedos da outra mão estão applicados sobre o pediculo da hernia repellindo docemente para o annel as partes herniadas e impedindo a sua sahida, á medida que com a palma da mão impelle a hernia.

Todos estes movimentos devem ser executados com moderação, firmeza e pericia.

Alguem aconselha, que antes de impellir a hernia

para a cavidade abdominal, que se puxe para fora a massa herniaria, com o fim de verificar se ha adherencia ou não entre as diversas partes herniadas, para se conhecer, se a taxis pode ser seguida de resultado favoravel.

A direcção da impulsão é variavel segundo os diversos tempos. Até ao anel inguinal externo ha uma só direcção da força impulsiva, mas depois deve variar a direcção da impulsão conforme a variedade da hernia; porem, como a hernia inguinal obliqua externa é mais frequente, n'este caso a direcção deve ser de dentro para fora logo que as partes herniadas galguem o anel inguinal externo.

Como meio auxiliar deve-se evacuar a bexiga, estomago e o grosso intestino, se for possivel.

Gosselin aconselha abraçar a hernia com a palma da mão, e com os dedos reunidos comprimir o collo adelgaçando-o, de modo a fazer passar por uma especie de fieira a massa herniaria, que é impellida com força.

Igualmente aconselha, que se não exerça pressão sobre o fundo da hernia, porque pôde dar-se a redução em massa.

Ha outro processo, que consiste em repellir com os dedos da mão direita a porção da hernia mais proxima do anel inguinal externo e depois sustentar esta porção repellida com os dedos da mão esquerda, em quanto que com os dedos da mão direita se repelle nova porção, e assim successivamente até á redução completa. Sedillot considera, que este processo somente pode ser empregado nas hernias antigas, volumosas e de fraca tensão.

Dionis aconselha abraçar o tumor com os cinco dedos e comprimir docemente.

Petit passava uma mão por baixo da côxa, e com a outra cercava o anel inguinal externo, passando-a sobre o ventre, depois reunia as duas mãos, e comprimia docemente o tumor em toda a extensão.

Goursaud, apanhando o tumor entre as duas mãos imprimia-lhe movimentos em diversos sentidos, e repuxava o tumor, para que a ansa do intestino se allongasse, dando assim maior espaço ás materias, e depois comprimia lateralmente, de modo que estas se dirigissem obliquamente para a fossa iliaca.

Lossen como consequencia do seu mecanismo de estrangulamento, pratica a taxis da forma seguinte.

Lossen, tendo em vista desembaraçar o topo intestinal inferior, aconselha exercer sobre o pediculo da hernia pressões lateraes, que devem comprimir o topo intestinal superior contra o contorno do orificio herniario, e desembaraçar o topo inferior. Este não sendo achatado pela pressão do topo superior, pode abrir-se e dar passagem ás materias contidas na ansa herniaria. Busch segue esta manobra da taxis. A pratica d'estes homens tem sido seguida de resultados favoraveis.

Ha outras modificações do manual operatorio da taxis de somenos importancia, o que me dispensa a sua discripção.

Como se conhece que a redução está effectuada? Os signaes, que principalmente indicam a redução, são a desaparição da tumefação, a sensação brusca d'um obstaculo vencido, e o som de gorgolejo muitas vezes ouvido. Mas circumstancias ha, que nos podem

illudir, conduzindo-nos a erros graves. Assim no entero-epiplocele pode a tumefacção persistir pelo facto de haver adherencias entre o epiploon e as partes circumvisinhas, e todavia o intestino achar-se reduzido. Por tanto não podemos julgar a reduccção unicamente pela desaparicção da tumefacção.

Pode tambem a tumefacção ter diminuido ou desaparecido, e todavia o estrangulamento persistir, ou porque os contentos da ansa intestinal entraram na cavidade abdominal, ou porque o estrangulamento persiste no canal inguinal. Estes são os phenomenos mais frequentes, que nos podem levar a erro de prognostico.

Os accidentes da taxis são variados, porém apenas indico os mais importantes pela sua frequencia e malignidade, sem entrar no estudo d'elles, porque tal assumpto não está no programma da minha dissertação. Estes accidentes são colicas consecutivas, peritonite aguda e reduccção em massa.

Kelotomia

Se a taxis, effectuada com todos os preceitos e regras convenientes, não conseguir desfazer o estrangulamento, ou se a operação é indicada logo que o clinico observa a hernia, deve-se operar immediatamente, porque da sua demora resultam terriveis inconvenientes, que encaminham o doente para a morte. Indicada a operação é dever imperioso do clinico operar, porque o resultado será tanto mais provavel quanto mais cedo fôr executada.

Em uma hernia recente e estrangulada não se deve abandonar o leito do doente sem o deixar alliviado. Quando a taxis auxiliada por todos os meios possiveis não fôr coroada de resultado favoravel opera-se immediatamente.

Em uma hernia antiga estrangulada é permittida a temporisação. Antes de recorrermos ao meio sangrento, herniotomia, podemos empregar todos os meios que possam conseguir o fim desejado.

Aquelles que vêem sempre abysmos fataes na operação, que a consideram perigosa e como tal recorrem a ella só na ultima instancia como uma desaffronta á sua consciencia e satisfação aos factos clinicos, devem reconhecer que a sua pratica em nada se recommenda. Querer vêr no traumatismo do peritoneo um perigo mortal, é descrer das curas obtidas em muitas operações de diversa natureza, em que o peritoneo é offendido e ás vezes consideravelmente.

Malgaigne, principalmente, não concede grandes honras á herniotomia, e até a considera como um meio de recurso extremo e perigoso. Para fundamentar a sua opinião apresenta estatisticas por elle elaboradas. Assim entre os annos de 1836 a 1842 operaram-se 220 hernias estranguladas nos hospitaes de Paris e 133 doentes morreram, e entre 1861 a 63 praticaram-se 170 operações, e morreram 134 doentes.

Devemos notar, que certamente a principal causa desta mortalidade foi a grande demora na operação, que, ou colloca o doente em um estado de abatimento tal, que não pôde supportar o traumatismo operatorio, ou as lesões augmentaram em extensão e intensidade por effeito da temporisação.

Malgaigne diz mais, que a sua pratica tem sido coroada de feliz exito, quando não recorre á kelotomia, mas notemos que elle teve na sua clinica muitos casos de epiploceles, que são relativamente benignos.

Respeitaveis cirurgiões levantam-se energicamente contra a operação tardia receiosos dos graves accidentes que podem sobrevir com semelhante pratica. Sedillot e Legouest consideram a kelotomia precipitada mais benigna do que a taxis exagerada. Pott e Desault eram de opinião, que se não esperasse mais de duas horas para decidir a kelotomia. Gosselin diz, que na sua pratica a mortalidade tem sido tanto maior quanto mais tarde tem operado. Para elle a mortalidade consecutiva á kelotomia está na razão directa da maior demora do tempo da operação.

Operação ordinaria—Compõe-se de quatro tempos.

1.º tempo—Collocado o doente na posição, que já indicamos para a taxis, o operador, munido do arsenal operatorio indispensavel, colloca-se ao lado do doente, que lhe fôr mais conveniente. Depois secciona com um bisturi a pelle e o tecido cellular sub-cutaneo desde o fundo do scroto até ao nivel do anel inguinal interno.

A forma do côrte não é a mesma para todos os cirurgiões, mas a mais simples e geralmente empregada é em linha recta na direcção do maior diametro do tumor e por consequinte parallelá á prega da verilha.

Com o côrte d'esta forma o trabalho nas partes profundas não é difficultado, mas, quando o tumor offerece grande volume, pode-se dar a forma crucial para mais facilidade da divisão dos tecidos subjacentes.

Depois continua-se dividindo os tecidos com a maxima cautela e precisão, para o que é de grande vantagem cortar sobre uma canula. Se durante o trabalho operatorio houver o derrame sanguineo em quantidade tal, que obscure o campo operatorio, devemos laquear o vaso arterial.

Chegando á presença do sacco herniario terminam os actos operatorios, que constituem o primeiro tempo.

2.^o tempo—Reconhecido o sacco herniario passa-se á sua secção.

Se muitas vezes, e isto, quando o sacco e as partes circumvisinhas se acham normaes ou pouco modificadas na sua textura, é facil conhece-lo, outras vezes acontece, que ha grande difficuldade em o distinguir em virtude das alterações organicas, que n'elle se passam, ou da presença de materias infiltradas, que modificam os seus caracteres anatomicos. E' d'uma necessidade evidente distinguir o sacco, porque pode acontecer, que por imprudencia d'operação se tenha cortado o sacco durante o primeiro tempo, e julgarmos, que estamos em presença d'elle, quando o que se apresenta, é já o intestino.

Indigitam-se alguns meios para distinguir estes orgãos.

Assim, quando se secciona o sacco, escorre principalmente no enterocoele um liquido seroso amarelado; mas ha casos e sobre tudo no entero-epiplocele, em que este liquido não existe, ou quando existe, é em quantidade insignificante. Se o intestino apresenta os caracteres normaes, distingue-se facilmente, mas no ca-

so contrario precisamos de recorrer aos caracteres da superficie peritoneal e á direcção das fibras do intestino; mas nem sempre estes meios nos elucidam.

Sedillot aconselha um meio simples, pelo qual elle sempre reconheceu no caso de duvida se o sacco estava ou não aberto. Consiste em introduzir um dedo na abertura feita pelo desbridamento, e no caso do sacco estar aberto o dedo deve entrar na cavidade abdominal, e senão entrar é, porque não está dividido ou não existe. Este meio não pôde ser d'uma pratica geral, porque Sedillot suppõe o desbridamento já feito, quando na operação ordinaria este acto operatorio se executa depois de aberto o sacco, e suppondo mesmo, que não é necessario haver desbridamento, no estrangulamento confirmado o obstaculo produzido pelo agente á entrada do dedo na cavidade abdominal adquire ás vezes tal energia, que nem com grandes esforços é possivel vencer-se.

Verificado o sacco, corta-se com o bisturi sobre a sonda canula. A sua divisão deve chegar até mais longe possivel para se chegar mais proximo do agente do estrangulamento.

Depois de verificada a sede e o grau do estrangulamento passa-se ao desbridamento, que constitue o terceiro tempo.

3.º tempo—Desbridamento é a operação, que consiste em fazer um ou mais golpes sobre o agente do estrangulamento com o fim de terminar a constricção.

Antes de desbridar devemos certificar-nos de que o intestino não se encontra em tal grão de alteração, que contra-indique a operação.

O operador, com um bisturi *botonado* ou o de Cooper, dirige-o por meio d'um conductor sobre o agente constrictor. O conductor mais conveniente, por ser intelligente, é o proprio dedo do operador.

Nem sempre elle pôde ser empregado, porque, quando a constrictão é violenta e energica não permite a introdução da extremidade de qualquer dedo. Como conductor tem-se empregado a sonda canula, mas com o seu emprego ha o risco de ferir o intestino, porque pôde este elevar-se de cada lado da sonda e offerecer-se ao golpe do instrumento de direse.

Para se evitar este inconveniente tem-se realisado diversas modificações na sonda, mas, ainda que se remedeie esta desvantagem, persiste uma outra, que é, estes conductores não poderem fornecer ao operador o conhecimento da extensão do caminho percorrido pelo bisturi.

Collocado o bisturi por uma das suas faces da lamina cortante sobre o dedo conductor, faz-se mover, até que a parte precisa seja introduzida no agente do estrangulamento, e depois por um movimento de basculo leva-se o gume sobre o agente constrictor, e por um movimento de serra faz-se a incisão.

Que direcção devemos dar ao golpe sobre o agente do estrangulamento?

E' indifferente qualquer direcção ou ha circumstancias que a determinem?

Opiniões diversas baseadas em principios differentes existem, e que passamos a estudar.

Todas têm em vista evitar de cortar os vasos arteriaes, que estão em relações diversas com as diffe-

rentes especies de hernias inguinaes. E' geralmente de grande difficuldade, e ás vezes mesmo impossivel, distinguir a variedade da hernia inguinal, e por tanto desconhecer as relações vasculares, o que não permite estabelecer regras precisas relativas á direcção do golpe. E' com a arteria epigastrica, que estas regras têm sido preconidas por distinctos cirurgiões.

Scharp, Pott, Sabatier, etc. aconselham desbridar para cima e para fóra para se evitar a arteria epigastrica, que mais frequentemente se encontra por dentro da hernia.

Verdux, Heister, etc. desbridavam para dentro. Chopart e Desault desbridavam para fóra nas hernias obliquas externas e para dentro nas internas. Se fosse sempre possivel distinguir a especie da hernia esta pratica era excellente, mas como não é, deixa de ter o merito que merecia.

Petit, Cooper, Scarpa, Dupuytren, etc. desbridavam sempre para cima.

Estas divergencias de regras authorisadas por factos clinicos seguidos de cura leva-nos a acreditar, que a direcção do desbridamento não é uma condição de tanta importancia como geralmente se julgava, e isto é tanto verdade, que Vidal, De Cassis desbridava em todos os sentidos. A sua pratica foi seguida por operadores illustres, e com justiça é de todas a mais racional, porque com incisões multiplas e pequenas em todos os sentidos não só se evita cortar a arteria, mas destroe-se o obstaculo á entrada dos órgãos herniados para dentro do abdomen.

Bell desbridava da fórmula seguinte: dividia, de fóra para dentro, as laminas aponevroticas que produzi-

am a constrição, levando fibra por fibra até chegar ao intestino. Com este processo era muito difficil deixar de ferir o intestino.

4.º *tempo*.—Consiste n'uma serie d'actos, que têm por fim examinar o estado dos órgãos herniados e reduzil-os, quando fôr possível. Os preceitos e regras a seguir variam segundo a natureza da hernia.

Em todas as hernias aconselha-se como pratica classica puxar com moderação o intestino para fóra para verificarmos se o intestino está profundamente alterado ao nivel do estrangulamento, se está ferido, o que podia acontecer no acto do desbridamento, ou se o estrangulamento está completamente destruido.

Rippol combate energicamente esta pratica considerando-a sempre prejudicial. Diz elle, que pela inspecção da porção intestinal descuberta pode-se presumir do grão de constrição e das alterações consecutivas.

Com a pratica classica expõe-se, segundo elle, a produzir eventrações e dilacerações, se o intestino é pouco resistente, ou se ha algum estrangulamento acima do primeiro.

N'um enterocoele, quando o intestino se apresenta com todos os caracteres de boa vitalidade, a regra é reduzil-a, e a redução faz-se como na taxis coberta.

Quando o intestino se encontra profundamente alterado na sua textura, gangrenado, perfurado, etc. a regra é não reduzir, apesar que Velpeau declarava, que a redução era impune, quando mesmo houvesse uma pequena perforação. Que fazer n'estas circumstancias? Aberto o sacco herniario, e se o grão de al-

teração do intestino contraindica a reducção, não se deve fazer o desbridamento.

N'uma ansa intestinal perfurada, se os contentos intestinaes saem, não devemos desbridar, porque este facto indica, que a constricção não é tão forte que impeça a passagem dos contentos no tópo intestinal superior, mas no caso contrario é preciso desbridar.

Arnaud propunha introduzir o bisturi pelo interior do tópo intestinal superior até ao nivel do estrangulamento, e depois desbridar comprehendendo no golpe a parede intestinal. Ora este processo é mau, porque facilita o derrame das materias intestinaes na cavidade abdominal, o que se póde evitar conseguindo ás vezes o mesmo fim dilatando o annel constrictor por meio do dedo indicador introduzido pelo intestino. Aconselha-se a resecção da ansa gangrenada, mas é uma má pratica, porque póde haver hemorrhagia séria, e por isso o melhor é deixar á natureza a eliminação das partes mortas. De qualquer modo o doente adquire um estado morbido terrivel, que é o anus contra-natura.

N'um entero-epiplocele temos de usar para com o intestino da mesma fórma que fica exposto, em quanto ao epiploon temos varias condições a attender.

Stevens, Malgaigne e outros conservavam o epiploon na ferida em qualquer circumstancia que se apresentasse. Esta regra pecca por ser absoluta. E' incontestavel què, quando o epiploon está em perfeita integridade organica, é reductivel e existe em pequena porção, não ha inconveniente em reduzi-lo. Esta pratica é seguida por grandes clinicos como Nelaton, Paget, etc.

Gosselin prefere não reduzir o epiploon, mas confessa, que já na sua clinica obteve resultado favoravel reduzindo o epiploon em boas condições de vitalidade. Para Ripoll ha uma unica pratica, que é nunca reduzir o epiploon seja qual fôr o estado physiologico ou anatomico do epiploon. Diz elle, se ha alguns casos de reintegração do epiploon sem inconvenientes, ha muitos seguidos de accidentes graves, em quanto que não ha um caso unico de insuccesso quando o epiploon se não reduz.

Quando o epiploon se encontra alterado, a regra é não reduzir. Não reduzido o epiploon que fazer?

Quatro meios são indicados e praticados por operadores illustres.

1.º—Aconselha-se empregar a ligadura, e este processo é defendido principalmente por Velpeau.

2.º—A excisão é outro meio preconizado. Faz-se, quer entre duas ligaduras previas para d'este modo se evitar a hemorrhagia, quer sem ligadura previa e ir ligando as arterias á medida que se cortam.

3.º—A cauterisação tem sido empregada como meio excellente. Geralmente é com a paste de Canquoin que se pratica.

4.º—Deixar o epiploon ao abandono.

Todos estes meios teem dado resultados favoraveis e nós apoiados n'estes factos clinicos consideramos, que se pode empregar qualquer, ainda assim a cauterisação offerece um grave inconveniente, que é não se poder restringir perfeitamente a sua acção, de modo que ás vezes interessam-se órgãos que nada devem soffrer.

A pratica mais geralmente seguida é deixar o epiploon ao abandono.

Ha outros methodos operatorios de herniotomia, e se alguns offerecem um caracter novo, outros não são mais do que modificações do methodo ordinario. O receio de cortar os vasos levou Thevenin a amplificar o anel por meio d'um dilatador de tres ramos. Arnaud introduzia um gancho entre o anel e o sacco para dilatar o aperto, e Leblanc empregava um instrumento bivalvo.

Estes cirurgiões não admittiam o terceiro tempo da operação ordinaria, porque não desbridavam. Esta pratica está abandonada.

L. Petit e Colson levados pela idéa de que o estrangulamento era sempre devido á constricção produzida pelo anel aponevrotico, aconselhavam desbridar o anel sem abrir o sacco. Salta immediatamente aos olhos o grandissimo inconveniente d'esta pratica. Effectivamente o estrangulamento sendo em certas circumstancias produzido pelo colo do sacco, desbridando o anel aponevrotico sem abrir o sacco, persistia o estrangulamento, que se reduzisse, transformava-se em estrangulamento interno.

Dr. Girard considerava a redução como uma pratica perigosa, o que levava a não reduzir o intestino, fosse qual fosse o seu estado organico. Esta pratica está abandonada.

Rousset abria o abdomen no ponto correspondente ao pediculo herniario, e depois puxando pelo intestino herniado levava-o para a cavidade abdominal. E' um processo extremamente prejudicial.

Guerin conhecendo, que as feridas sub-cutaneas são as que possuem melhores condições para a sua cura rapida, quiz estender esta pratica ás hernias estranguladas. Supprimindo o primeiro e segundo tempo da

operação ordinaria propoz a herniotomia sub-cutanea. Encontrou em Bouchut um partidario.

Ainda que este processo colloque a ferida em condição favoravel para a sua rapida cura, todavia offerece o grave inconveniente de ferir o intestino, porque o campo operatorio está occulto aos olhos do operador. Era necessario como felizmente foi, que este processo não fosse posto em pratica, porque do contrario o doente seria mais frequentemente victima pelas mãos dos operadores.

Terminada a operação estamos em presença d'uma solução de continuidade que precisa de curativo.

Deve-se fazer a reunião immediata ou mediata? Maissonneuve, Nelaton, Monod, Malgaigne etc, são partidarios da reunião immediata. Effectivamente pela reunião immediata a ferida acha-se em condições mais favoraveis para a sua rapida cicatrisação, evitando a suppuração e a propagação da inflamação.

Este meio, quando as condições locais e individuaes permittem, é o mais excellente de todos, e aquelle que por todas as razões devemos preferir. Mas devemos tambem notar, que muitas vezes acarreta graves inconvenientes, porque produzindo-se a suppuração e o pus não podendo sair para o exterior accumula-se em focos, que pela sua acção deleteria sobre os órgãos visinhos e sobre o estado geral do organismo determina a appareção de accidentes morbidos, que compromettem a vida do doente.

Geralmente os cirurgiões preferem a reunião mediata, porque raras vezes deixa de haver suppuração.

Poderemos talvez dizer, que no caso de enteroccele e quando as condições do doente, e do meio em que

se encontra, não contra-indicam a reunião immediata, devemos tentá-la.

No caso de entero-epiplocele devemos também tentar a reunião immediata, a não ser que o epiploon se encontre comprometido na sua textura organica.

Quando as condições individuaes e locaes, quando o estado do intestino e do epiploon são pessimas, nunca devemos reunir por primeira intenção.

Accidentes consecutivos á operação: — Apenas os indico sem entrar em apreciações. A's vezes acontece, que depois d'uma operação feita com todos os preceitos e em tecidos sãos o doente morre rapidamente. A morte nestas circumstancias sómente pode ser explicada pela sideração produsida sobre o systema nervoso pela violencia do estrangulamento.

Depois da operação e em epochas mais ou menos distantes podem apparecer accidentes locaes como são a epiploite suppurada, phlegmasia circumscripta, gangrena etc.

Póde haver a enercia dos intestinos, e principalmente como accidente mais terrivel e frequente temos a peritonite.

Diversos são os meios, que temos a adoptar em presença destes accidentes mas não entro no estudo d'estes meios, e por tanto considero como terminado o meu trabalho.

PROPOSIÇÕES

Anatomia—Não ha canal crural.

Physiologia—A existencia de nervos que influem directamente na actividade funcional das cellulas secretoras, é peremptoriamente demonstrada por a experimentação physiologica.

Materia medica—As preparações marciaes não enriquecem os globulos rubros, mas dão lugar á formação de novos globulos.

Pathologia externa—O mecanismo do estrangulamento herniario é variavel.

Medicina operatoria—O momento da operação depende da natureza da lesão, das condições do doente e do meio em que vive.

Partos—O forceps é instrumento de compressão, tracção e guia.

Pathologia interna—A theoria de Traube para a explicação dos accidentes cerebro-spinaes na uremia é insufficiente.

Anatomia pathologica—A lentidão da circulação hepatica explica a frequencia dos abcessos metastaticos melhor, do que qualquer outra theoria.

Medicina legal—Regeitamos o emprego dos anesthesicos para o conhecimento das doenças simuladas.

Pathologia geral—Não admitto a existencia de doenças espontaneas.

Approvada,

O PRESIDENTE

P. A. Dias.

Póde imprimir-se

O CONSELHEIRO-DIRECTOR

Costa Leite.