UM CASO DE KELOTOMIA

62/5 E M e

N.º 6

LUCIO GONÇALVES NUNES

N.º 701

A PROPOSITO D'UM CASO

DE

KELOTOMIA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCHOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

PORTO
IMPRENSA PORTUGUEZA
Rua do Bomjardim, 181
1891

62/5 E MC

ESCHOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR O ILL.mo E EX.mo SR.

VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO O ILL.mo E EX.mo SR.

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO CATHEDRATICO

LENTES CATHEDRATICOS

	OS ILL.mos E EX.mos SRS.
1.ª Cadeira — Anatomia descriptiva e geral	João Pereira Dias Lebre.
2.ª Cadeira — Physiologia	Vicente Urbino de Freitas.
3.ª Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica	Dr. José Carlos Lopes.
4.ª Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio J. de Moraes Caldas.
5.ª Cadeira — Medicina operatoria	Pedro Augusto Dias.
6.ª Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recem-nascidos	Dr. Agostinho A. do Souto.
7.ª Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8.ª Cadeira — Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9.ª Cadeira — Clinica cirurgica	Eduardo Pereira Pimenta.
10.ª Cadeira — Anatomia pathologica	Augusto H. Almeida Brandão.
11.ª Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia	Manoel Rodrigues Silva Pinto.
12.ª Cadeira — Pathologia geral, semeiologia e historia medica	Illidio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia	Isidoro da Fonseca Moura.

LENTES JUBILADOS

Secção medica	José d'Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica	Visconde de Oliveira.

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica	Antonio Placido da Costa. Maximiano A. Lemos Junior.
Secção cirurgica	Ricardo d'Almeida Jorge. Candido Augusto C. de Pinho.

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica	Roberto B. do Rosario Frias.

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

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

A mens Pacs

A MINHA MULHER

E A MEUS FILHOS

AO MEU IRMÃO ADOPTIVO

JOAQUIM JOSÉ DA SILVA

Á MEMORIA DO ILLUSTRE CLINICO

MEU AMIGO

DR. FRANCISCO M. DE BARROS E VASCONCELLOS DA CRUZ SOBRAL

AOS INTIMOS

Alberto Andrade
Alexandre Santos
Alfredo F. Gonçalves
Antonio R. de Carvalho
Bartholomeu B. Coelho
Carlos Rios
Ezequiel R. Machado
José Amaral
Isidro Mello

AO MEU BOM AMIGO

Anselmo Evaristo de Moraes Sarmento

E A SUA EXCELLENTISSIMA FAMILIA

AOS ILLUSTRES CLINICOS

Dr. João Monteiro de Sacadura

Dr. Julio d'Andrade

Dr. Lopo de Carvalho

AOS MEUS PRESTANTISSIMOS AMIGOS

Delfim Pereira da Costa
José Ferreira Gonçalves

AO MEU AMIGO

O EX.mo SR.

COMMENDADOR ANTONIO JOAQUIM DE MORAES

AO EX.mo SR.

JOSÉ BAPTISTA DE SOUSA

AOS MEUS AMIGOS

Alberto H. d'Araujo
Antonio Bizarro
Francisco Fogaça
Gaspar M. Brandão
João Ferra
José N. de Carvalho
Julio Neves
Manoel Bizarro
Nuno Rangel
Paulo Lauret
Pedro C. da Fonseca
Virgilio Mello

AO EX.mo SR.

DR. ARTHUR CARDOSO PEREIRA

AOS MEUS CONDISCIPULOS

ESPECIALMENTE A

Antonio Caetano F. de Castro
Francisco Beirão
José d'Oliveira Serrão d'Azevedo

AOS EX.mos PROFESSORES

Dr. Antonio d'Azevedo Maia
Dr. Antonio J. de Moraes Caldas
Dr. Antonio Placido da Costa
Dr. Eduardo Pereira Pimenta
Dr. Maximiano A. d'Oliveira Lemos Junior
Dr. Roberto Belarmino do Rosario Frias

AO MEU PRESIDENTE

O EX.mo SR.

DR. MANOEL RODRIGUES DA SILVA PINTO

Distincto Professor de Medicina Legal,
Hygiene Privada e Publica e Toxicologia na Eschola
Medico-Cirurgica do Porto

O assumpto da minha dissertação inaugural é interessantissimo sob o ponto de vista theorico e de uma grande importancia pratica.

Raros são os numeros dos jornaes de medicina e cirurgia em que, a proposito da cura radical das hernias — estranguladas ou não — se não encontram largos artigos, firmados pelo punho dos mestres mais illustres.

E poucas doenças cirurgicas ha ácerca das quaes tanto se tenha discutido, e para as quaes se tenha imaginado um tão grande numero de processos operatorios. Esta incerteza e esta multiplicidade são provas evidentes da difficuldade do assumpto.

Desnecessario é, pois, dizer que me falta competencia bastante para tratal-o de modo a, sem receio de graves deficiciencias, poder submettel-o á apreciação do illustrado jury que tem de o julgar. Mas o que me falta em competencia, sobeja-me em boa vontade. E como

a lei tem de executar-se, cumpra-se esta imposição da lei, por isso que ella é egual para todos.

Devido á amabilidade do meu velho amigo e illustre clinico dr. Sacadura, tive ensejo de acompanhar, no hospital da Misericordia da Guarda, o caso que me forneceu thema para o meu modesto trabalho e cuja observação apresento.

Se não é um facto que venha enriquecer a historia nosologica nacional, vem pelo menos demonstrar que n'aquella casa hospitalar, situada e entretida nas peores condições hygienicas, onde em lamentavel promiscuidade se encontram as mais terriveis doenças bacteridianas e onde a antisepsia operatoria se defronta com a agua benta dos exorcismos, apesar de tudo isto, se podem praticar operações melindrosas, que, se não teem o cunho dos commettimentos cirurgicos, praticados diaria-

mente nos grandes centros scientificos, são, sem duvida, de uma alta importancia.

O que escrevo foi extrahido de varios auctores que pude consultar a proposito do thema da minha these.

Melhor ou peor compilado, bem ou mal disposto, ahi vae vêr a luz da publicidade.

Ninguem espera, por certo, tendo em vista o modo como o ensino profissional é feito entre nós, que um alumno, ao sahir dos bancos escholares, venha apresentar um trabalho original.

Esboço historico

Desde longa data que os cirurgiões se teem occupado na escolha de processos operatorios para obterem a cura radical das hernias abdominaes.

Celso foi o primeiro que ligou o seu nome a uma tentativa d'esta ordem. Depois de obter a reducção da hernia, pediculava por meio d'uma forte ligadura a pelle do escroto e o sacco herniario, sem tocar no testiculo, esperando que o tumor assim formado se eliminasse por gangrena ou apressando-lhe a eliminação por meio de causticos. É de observar que o illustre cirurgião romano apenas praticava esta operação em individuos vigorosos, de seis a quatorze annos; para os outros, bem mais felizes, aconselhava sómente o tratamento palliativo por meio da funda.

Oribaso, no quarto seculo, praticou um methodo, para a cura radical das hernias, que se assemelhava singularmente com os methodos modernos.

No setimo seculo, Paul d'Egine — o mais illustre representante da Eschola da Alexandria — praticava um processo barbaro, seccionando simultaneamente o sacco herniario e o cordão do testiculo, quando tinha de operar uma hernia cahida no escroto.

Com o fim de obter a cura radical das hernias abdominaes, continuou a ser praticada a operação pelo espaço de sete ou oito seculos. A eschola arabe propagou-a pela Hespanha, França e Italia; mas, para o fim d'este periodo, a cirurgia operatoria cahiu nas mãos dos empiricos, de modo que nenhum dado scientifico nos legou. Sabe-se, todavia, que o maior cirurgião d'esta epocha — Guy de Chauliac — só operava as hernias depois de obtido insuccesso pelos emplastros e pelas fundas, e que deixava os individuos de constituição fraca e idosos «viver com o seu mal».

Pouco tempo depois, Bérand-Méthis inventava o *ponto doirado*, sutura mal apertada, praticada com um fio d'oiro abandonado na ferida, e que ligava simultaneamente o cordão do testiculo e o sacco herniario, com a pretensão de não estrangular o primeiro. Este processo foi praticado por poucos cirurgiões.

Em face dos graves perigos creados pelas operações sangrentas, pouco a pouco a abstenção de operar tornou-se a regra.

Em todo o decimo quinto seculo a operação para a cura radical das hernias foi posta de parte; no seculo seguinte, Franco, Ambroise

Paré, Fabrice d'Acquapendente, empregavam muito as fundas, e recorriam muito pouco á operação. Todavia, foi por esta epocha que Franco fez a primeira operação da hernia estrangulada; e, depois d'elle, Paré applicou ainda a kelotomia á cura radical das hernias.

Depois d'esta epocha muitas tentativas isoladas se fizeram a favor da cura radical pela operação—tentativas que por muito tempo ficaram no olvido; as fundas de pressão elastica, devidas ao invento de Nicolas Seguin (1663), foram o unico processo de cura empregado, excepto n'alguns casos excepcionaes.

Outros methodos, menos perigosos do que os methodos antigos, mas geralmenta insufficientes, teem sido propostos em diversas epochas e recentemente ainda, com o fim de obter a cura radical das hernias estranguladas ou não.

Uns teem por fim produzir a obturação do trajecto inguinal por meio d'uma rolha organica.

Os mais conhecidos são derivados da *invaginação* creada por Gerdy. Este processo consiste em repellir profundamente com o dedo, para o canal inguinal, a pelle do escroto e conserval-a n'esta situação com o auxilio de uma ansa de fio passada atravez da parte inferior do fundo do sacco cutaneo, fixando as extremidades da ansa, muito approximadas uma da outra, á pelle abdominal ao nivel do annel interno do canal.

Outros cirurgiões em logar de empregarem

as suturas simples, para conservarem a pelle invaginada, serviam-se de instrumentos rígidos que tinham geralmente na sua extremidade profunda pontas destinadas a praticar a transfixão das partes. O primeiro cirurgião que praticou este processo foi Leroy, em 1835, processo este que, decorridos tres annos, foi vulgarisado por Wutzer—*processo de Wutzer*. Seria fastidioso enumerar a multiplicidade de instrumentos que desde esta epocha se inventaram e que derivam todos do mesmo principio; Sotteau e de Roubeaix, depois da invaginação da hernia, praticavam a compressão dos bordos do orificio herniario, com o fim de obterem a sua approximação. Em 1863, o cirurgião inglez Wood e os que o seguiram praticavam, depois da invaginação cutanea, a approximação dos pilares do annel herniario por sutura sob-cutanea.

Outros methodos procuram obter a obliteração do trajecto herniario por um processo inflammatorio adhesivo ou cicatricial.

Os principaes são as *injecções iodadas* de Velpeau, a *acupunctura* de Bonnet, o *sedènho* de Mosner, as *escarificações* de J. Guérin, emfim as *injecções peri-herniarias de liquidos irritantes:* o alcool em solução concentrada—70 ou 80 por cento, empregado por Schwalbe; Heaten e Warren empregam o extracto aquoso da casca de carvalho e Luton, o inventor do methodo, emprega uma solução saturada de sal marinho. Luton diz ter obtido por este meio

tres casos de cura e uma melhora em quatro operados e, segundo J.-J. Peyrot, é o unico d'estes methodos que parece dar resultados positivos. Schwalbe diz tambem ter curado pelo seu processo trinta e quatro casos de hernia; J. Guérin publicou uma observação de cura incontestavel obtida pelo seu methodo.

Pelo rapido esboço historico que deixo traçado se vê que a grande preoccupação que dominava a cirurgia antiga, ao praticar os differentos methodos operatorios, era a de evitar a todo o transe a abertura do peritoneu, porque esta abertura, praticada n'um meio septico e feita com instrumentos septicos, era fatalmente seguida de peritonite mental.

Hoje, graças aos progressos da cirurgia anti-septica, a questão da cura radical das hernias mudou inteiramente de face; os methodos que procuram obter a cura radical, sem a previa abertura do sacco herniario, não se praticam; as condições da cirurgia mudaram, e os processos que venho de expôr teem para nós um interesse simplesmente historico.

Do estrangulamento herniario

Definição

Gosselin dá, nas suas *Lições sobre as hernias abdominaes,* a mais exacta e a mais completa definição do estrangulamento herniario. Diz elle: «O estrangulamento dos enteroceles e dos entero-epiploceles é a constricção maior ou menor do intestino n'um trajecto herniario, constricção que embaraça a circulação sanguinea, detem o curso das materias intestinaes, produz um obstaculo invencivel ou passageiro á reducção, e parece ameaçar, persistindo, terminar-se por perfuração ou gangrena».

Agentes do estrangulamento

Quando se procede á abertura de um sacco herniario e que se procura reconhecer com o dedo a causa da irreductibilidade, sente-se na parte superior d'este sacco, n'um ponto profundamente situado em geral, um annel excessiva-

mente apertado que estrangula o intestino, como o faria um laço. Este annel constrictor, que impede a entrada das visceras, denomina-se *agente do estrangulamento,* e é formado, no maior numero de casos, pelo collo do sacco herniario ou por um annel fibroso do trajecto seguido pela hernia.

Muito se tem discutido para determinar a acção de cada um dos factores — *collo do sacco* e *annel fibroso* — no mechanismo do estrangulamento.

Qual é a natureza do agente do estrangulamento?

Os antigos attribuiam o estrangulamento a duas causas: o *engasgamento* e a *inflammação.*

O *engasgamento herniario* reinou primeiramente só e sem contestação. Hippocrates, Praxagoras, Celso, Cœlio Aureliano, etc., attribuiram os accidentes do estrangulamento á accumulação de materias intestinaes endurecidas n'uma ansa herniada. No seculo dezeseis A. Paré falla do engasgamento produzido por materias e por gazes; Franco e Rousset insistem na presença de gazes nas hernias estranguladas, até que, em 1648, Jacques Couillard distinguiu o *engasgamento* em: *estercoral* e *gazoso.*

Em 1658, Riolan descreve os anneis herniarios e falla já de *estrangulações,* indicando o desbridamento dos anneis, para obter a reducção das hernias. É, porém, n'um livro de Ni-

colas Lequin que se encontra, pela primeira vez, em 1665, a palavra *estrangulamento*. Desde esta epocha, o engasgamento herniario, tal como o entendiam os antigos, acabou.

No principio do seculo ultimo, Ledran, ao operar uma hernia estrangulada, reconheceu que a não podia reduzir, apesar de ter feito o desbridamento do annel fibroso do trajecto e, para terminar a operação, teve que abrir o sacco herniario e rasgar-lhe o collo. É de notar, que o estrangulamento pelo collo do sacco tinha sido precisamente demonstrado, alguns mezes antes, por uma autopsia feita n'um portador de hernia, que succumbiu á operação, embora Arnaud tivesse feito o desbridamento do annel.

Além d'isso, em 1740, Arnaud indicou a possibilidade do estrangulamento pelos anneis accidentaes. Este mechanismo, estudado especialmente a proposito da hernia crural, foi novamente descripto por Ch. Bell, Hey, Cooper, depois por Scarpa, Jules Cloquet e Breschet.

Novos factos vieram esclarecer a questão e confirmar que não era raro o estrangulamento produzido pelo collo do sacco; Pott, Scarpa e Dupuytren foram os seus principaes defensores, apesar dos argumentos apresentados em favor da theoria antiga por Gimbernat, Sabatier e outros.

Devido á auctoridade de Dupuytren, a theoria do estrangulamento pelo collo do sacco herniario teve o predominio no principio d'este se-

culo; o illustre cirurgião do Hotel-Dieu affirmava mesmo que os tres quartos dos casos de hernias estranguladas eram, particularmente para as hernias inguinaes, produzidos pelo collo do sacco herniario.

Malgaigne, interpretando as ideias da sua epôcha, foi mais longe ainda, declarando, n'uma memoria publicada em 1840, «*sustentar e ter sustentado que não havia um unico facto de estrangulamento authentico produzido pelos anneis naturaes...*» Todavia, Malgaigne faz uma excepção para as hernias cruraes, chegando mesmo a admittir, n'estes casos, o estrangulamento produzido pelos orificios da fascia crebriformes—anneis accidentaes.

A theoria do estrangulamento pelo collo do sacco, acceita por Deville, Broca, Demeaux, Jarjavay, Richet e Gosselin, foi denodadamente combatida por Laugier, Diday, Sédillot, Velpeau, Marchal de Calvi e Nélaton.

Este ultimo auctor diz que ha um certo numero de hernias que se estrangulam logo que se produzem, não se podendo portanto invocar, n'este caso, o estrangulamento pelo collo do sacco, porque ainda não existe. Demais, ha numerosos factos que demonstram que basta desbridar os anneis—naturaes ou accidentaes—para se obter a reducção das hernias.

Em casos muito mais raros e mesmo excepcionaes, o agente do estrangulamento póde ser devido a outras disposições anatomicas. Umas vezes é uma brida fibrosa que atravessa

o sacco e sob a qual o intestino vae estrangular-se; trata-se então d'um verdadeiro estrangulamento interno n'uma hernia, assim como Desault, A. Cooper, Du Tronçai e Follin, descrevem exemplos.

O epiploon contido na hernia póde tambem determinar o estrangulamento por differentes modos. Umas vezes o epiploon, adherente ao sacco, constitue uma brida sob a qual o intestino passa e se estrangula; outras vezes o epiploon enrola-se em volta do intestino e aperta assim o pediculo da ansa herniada; emfim, a ansa herniada póde, em certos casos, passar atravez d'uma perfuração do epiploon e estrangular-se ahi.

O sacco póde ainda, sob a influencia de qualquer esforço, romper-se, e o intestino, impellido para fóra da sua cavidade, estrangular-se na perfuração accidental resultante da ruptura d'aquelle.

Em resumo, é muitas vezes bem difficil determinar com exactidão se o estrangulamento é devido ao annel ou ao collo; n'alguns casos, com effeito, parece haver completa fusão entre os diversos planos fibrosos e, como diz Duplay, é preciso admittir, para explicar a irreductibilidade da hernia, que todas as partes que cercam o seu pediculo contribuem para o estrangulamento.

Afóra os dois *agentes* principaes—annel e cóllo, o estrangulamento póde ser produzido, segundo Poulet e H. Bousquet:

1.º Pelo enroscamento d'uma ansa intestinal sobre si mesma (caso raro);

2.º Por bridas fibrosas resultantes de uma inflammação antiga;

3.º Pelo epiploon — variedade especial do estrangulamento, bem estudada por Prescot-Hervet;

4.º Emfim, pelo sacco que, como vimos, póde tambem romper-se, e o intestino, introduzindo-se atravez d'esta abertura, estrangular-se.

Mechanismo do estrangulamento

O facto *principal, primordial* no estrangulamento é um phenomeno puramente mechanico, phenomeno que praticamente se realisa com uma porção isolada de intestino na *experiencia de O'Beirne de Dublin.*

Como se produz, porém, esta constricção mechanica? Parece que, se uma grande porção do intestino podesse descer bruscamente para o sacco, dilatando violentamente os orificios herniarios — anneis ou collo do sacco, estes, voltando em seguida sobre si mesmos, apertariam o pediculo da hernia e oppôr-se-hiam evidentemente ao retorno das partes herniadas, a hernia ficaria encarcerada.

Tal é o mechanismo segundo o qual se produziriam certas variedades de estrangulamentos para os quaes se propôz recentemente a denominação de *estrangulamentos elasticos.*

Mas, como muito bem observou Gosselin, se tivermos em conta a rigidez do collo do sacco herniario e dos anneis fibrosos accidentaes, passivos, de *diametro quasi invariavel,* difficil se torna o comprehender como o intestino possa transpôl-os sob o volume consideravel que ordinariamente apresenta nas hernias estranguladas. Este volume é principalmente devido ao conteúdo da ansa herniada, e somos forçados a admittir que a ansa desce primeiro para o sacco no estado de vacuidade quasi completa, não ficando, ao principio pelo menos, interceptada a communicação entre a sua cavidade e a do intestino contido no ventre; que, em seguida, os gazes ou as materias fecaes penetram na ansa pela sua extremidade superior, accumulam-se ahi, augmentam a sua tensão e o seu volume, desempenhando, d'este modo, um papel importante na producção definitiva do estrangulamento.

Muitas theorias teem sido apresentadas para explicar o papel desempenhado pelas materias fecaes na producção do estrangulamento. — Nenhuma d'ellas, porém, é bastante para explicar os diversos phenomenos que se observam nos estrangulamentos, assim como nenhuma póde applicar-se exclusivamente aos differentes casos.

A mais antiga é a *theoria de O'Beirne de Dublin,* data de 1839, e funda-se na experiencia seguinte: «Pega-se n'um pedaço de cartão de 3 millimetros de espessura, faz-se n'elle uma

abertura circular do diametro de uma moeda de 100 réis, e introduz-se por ella uma ansa intestinal, de modo a ter a convexidade de um lado da abertura e as suas duas extremidades do lado opposto; depois, por meio d'uma sonda fixa a uma d'estas extremidades, pratica-se a insuflação. Ora, insuflando lentamente, o ar percorre facilmente a ansa e sahe pela extremidade opposta, mas se, pelo contrario, insuflarmos bruscamente, a ansa dilata-se e as suas duas extremidades, muito distendidas, applicam-se com tanta força sobre os bordos do orificio, que obstam á sahida do ar. A ansa torna-se irreductivel, está estrangulada.»

Se por um lado esta experiencia nos mostra que os anneis herniarios podem desempenhar as funcções do orificio do cartão, isto é, a de *agentes do estrangulamento,* não nos dá a interpretação do seu mechanismo. Além do intestino vivo não poder dilatar-se tão facilmente dentro do sacco herniario, como em volta da placa de cartão, temos a entrar em linha de conta com phenomenos de ordem *vital* que faltam na experiencia. Uma vez apertada pelo annel, a ansa intestinal, viva, congestiona-se; a sua superficie lisa cobrir-se-ha de pequenas rugosidades, devidas á inflammação do peritoneu que a reveste.—Esta congestão do intestino póde não ser muito consideravel, mas Labbé observou que ella podia duplicar o volume da parede intestinal e outro tanto póde succeder com a congestão do epiploon e com a do mesenterio.

O estrangulamento, segundo Roser, cuja theoria data de 1856, é devido essencialmente a um mechanismo de valvulas; a retenção do conteúdo do intestino tem logar pela formação de pregas da mucosa que, constituindo valvulas conniventes accidentaes, se collocam umas contra as outras, e obturam assim o caminho aos gazes contidos no intestino herniado. As valvulas conniventes, situadas junto dos orificios de entrada e de sahida da ansa herniada, véem abater-se sobre estes orificios, apertados já na sua passagem por um annel estreito, e, emquanto que as materias fecaes, chegando pela extremidade superior, as levantam e podem assim introduzir-se na porção estrangulada, as materias que estão contidas na ansa tendem, pela sua pressão, a applicar mais intimamente estas pregas contra os orificios e, portanto, a obtural-os.

A theoria de Roser é passivel de muitas objecções, porque não póde applicar-se a todos os casos de hernias, por exemplo, ás do intestino grosso, onde faltam as valvulas conniventes; além d'isso, em peças seccas e preparadas pelo processo do auctor, varias vezes se encontram valvulas em numero sufficiente para explicar a obstrucção.

W. Busch, utilisando-se d'uma opinião já expressa por Scarpa, procurou substituir a noção de *estrangulamento valvular,* admittida por Roser, pela de *estrangulamento por brusca curvatura*. No momento em que se insufla

a ansa herniada, na experiencia de O'Beirne, a distensão teria por effeito determinar a curvatura em angulo mais ou menos agudo da extremidade inferior da ansa, ao nivel do pediculo herniario apertado pelo annel; d'aqui a formação de uma especie de aresta que as materias fecaes não podiam atravessar. Todos os esforços de taxis, praticados com o fim de fazer repassar para a parte superior do intestino o conteúdo da ansa herniada, augmentando a sua tensão interna, augmentariam tambem a curvatura do intestino e, portanto, a occlusão que d'aqui resulta.

A theoria de Busch é sufficiente para explicar os estrangulamentos pouco apertados em que se póde introduzir um instrumento ou mesmo um dedo no orificio herniario, embora a occlusão seja completa; explica principalmente os casos de *estrangulamento por viva aresta,* descriptos por Chassaignac, em que se encontra o intestino curvo sobre uma brida fibrosa, sem que por fórma alguma haja constricção circular. Mas não póde applicar-se a todos os casos; e, se ella nos permitte comprehender o mechanismo pelo qual a ansa herniada não póde communicar com a parte inferior do intestino, não nos explica o modo porque não communica tambem com a parte superior.

Hermann Lossen, fundado na experiencia de O'Beirne, foi levado a uma outra concepção do mechanismo do estrangulamento. Segundo

este auctor, a sahida dos conteúdos intestinaes da ansa herniada torna-se impossivel, porque a extremidade inferior d'esta é comprimida contra os bordos do annel herniario pela extremidade superior que, tendo-se dilatado desmesuradamente sob a influencia da penetração brusca dos gazes ou das materias intestinaes, enche per si só o annel herniario.

A compressão da extremidade inferior pela superior é facil de verificar pela experiencia de O'Beirne, e é provavel que ella se dê tambem no estrangulamento herniario; mas esta theoria, assim como a precedente, não nos explica o motivo porque a extremidade superior da ansa herniada deixa de communicar com a parte superior do intestino.

Segundo P. Berger e Duplay, a interpretação do mechanismo do estrangulamento não é simples. Para o explicarmos devemos fazer intervir: 1.° A occlusão da extremidade inferior da ansa herniada pela extremidade superior dilatada — *engasgamento gazoso;* 2.° a attracção de uma nova porção do intestino e do mesenterio sob a influencia d'esta dilatação intestinal; 3.° é preciso attribuir ao mesenterio um papel importante que nenhuma das theorias precedentes põe em evidencia.

Paul Berger descreve assim a successão dos phenomenos que se observam quando se representa a experiencia de O'Beirne, phenomenos que naturalmente se dão, e pela mesma ordem, n'um certo numero de estrangulamen-

tos. A insufflação d'uma ansa intestinal, passada por um annel inextensivel, determina primeiro a occlusão da extremidade inferior, comprimida pela extremidade superior dilatada. A tensão interior da ansa augmentando, esta tende a augmentar a sua capacidade attrahindo para a hernia porções cada vez mais afastadas de intestino provido do seu mesenterio; o volume da ansa herniada augmenta assim, e o mesenterio, que se introduz em proporções cada vez maiores no orificio, estreita em proporções correspondentes a passagem da extremidade superior. Este mesenterio representa uma especie de cunha ou de leque, cuja base corresponde ao bordo concavo das ansas intestinaes e o vertice ao orificio herniario; a cunha mesenterica, cedendo á tracção que sobre ella exerce a sua inserção vertebral, repuxada pelo facto do alongamento que experimentou o mesenterio para descer para a hernia, vem introduzir-se pelo seu vertice no orificio herniario entre as duas extremidades do intestino, comprimindo assim a extremidade superior e impedindo as materias contidas na ansa herniada de reganhar a extremidade superior, quando a pressão intra-abdominal vem a diminuir. Experimentalmente, póde substituir-se a acção exercida sobre o mesenterio pela sua inserção vertebral, por meio de qualquer tracção, e constatar assim que o mesenterio contido na hernia, e que tende a entrar de novo por assim dizer em massa para o abdomen por uma

abertura muito estreita, é o *agente* verdadeiro que determina o isolamento completo e a encarceração absoluta da ansa herniada.

Esta theoria eclectica de Paul Berger parece ser a que está mais em relação com a analyse exacta dos factos, e foi confirmada pelas experiencias mais modernas de J.-A. Korteweg.

Mas, a par do *facto primordial*, puramente mechanico, ha *factos de ordem vital* ou *dynamica* que representam um papel importantissimo no estrangulamento herniario. A situação anormal que occupa o intestino no sacco herniario, a constricção que elle experimenta da parte do agente do estrangulamento, determinam o apparecimento, mais ou menos proximo, de perturbações que se traduzem por lesões anatomicas e por symptomas que teem certa influencia sobre a producção definitiva da irreductibilidade e do estrangulamento.

Estes factos são os seguintes: a tumefacção do intestino engasgado e a sua replecção gazosa; a tumefacção, engrossamento e infiltração sanguinea do mesenterio — alterações inflammatorias que teem por fim augmentar o papel mechanico desempenhado por esta serosa na producção do estrangulamento. O epiploon, fazendo parte d'uma hernia, póde tambem, pelas modificações analogas que apresenta, diminuir o diametro do orificio herniario. A tensão dos musculos abdominaes, provocada pela dôr — tensão que teria por effeito tornar os anneis herniarios mais rigidos e com-

primir a massa intestinal, o que tenderia a *engasgar* cada vez mais a parte herniada. No mesmo sentido parece-me que deve actuar a exageração dos movimentos peristalticos da parte superior do intestino. Como o augmento da tensão abdominal, estes movimentos teem por effeito oppôr-se á diminuição do volume da hernia, e mesmo augmental-o algumas vezes impellindo para o seu interior uma parte das materias contidas na parte superior do intestino.

Quanto á accumulação do liquido na cavidade do sacco e ás lesões mais ou menos obscuras que elle apresenta, especialmente ao nivel do collo, podemos suppôr-lhe, mas não assignalar-lhe d'um certo modo, alguma influencia sobre a producção da irreductibilidade e sobre o grau da constricção.

Como os phenomenos inflammatorios não se produzem senão secundariamente, não podemos accusal-os de serem a causa habitual do estrangulamento herniario, porque a terminação dos phenomenos no maior numero de casos pelo desbridamento, mesmo sem reducção da hernia, é a prova mais evidente que póde dar-se do papel *primitivo* e *principal* da constricção mechanica do intestino.

Causas e pathogenia do estrangulamento

Como nem todos os estrangulamentos apparecem nas mesmas condições, podemos, sob este ponto de vista, distinguir quatro ordens de factos:

A. A hernia estrangula-se no momento em que se produz. Malgaigne, e depois Gosselin, observaram justamente que este estrangulamento *prompto* se observava sómente nas hernias inguinaes congenitas em que o intestino vinha cahir n'um sacco preformado, constituido pelo canal vagino-peritoneal não obliterado, mas assás apertado para pôr immediatamente obstaculo á reducção da hernia.

B. Em casos muito mais frequentes, a hernia existe já, datando de um tempo mais ou menos afastado, mas está habitualmente reduzida, quando bruscamente, sob a infiuencia de uma das causas que apontarei, o intestino desce para o sacco e estrangula-se ahi.

A observação que apresento parece-me ser

um caso d'esta ordem, embora a doente affirmasse que nunca, antes da producção do estrangulamento, tinha dado pelo seu mal.

C. Tambem frequentemente se trata de hernias reductiveis, pelo menos em grande parte, mas habitualmente mal reduzidas e mal contidas, quer porque o doente ignore ser portador d'uma hernia, ou que por incuria elle não recorra senão a meios de contenção insufficientes, ou ainda porque a contenção exacta da hernia seja realmente impraticavel. N'estas condições, a hernia póde subitamente augmentar de volume, e logo depois podem apparecer os outros symptomas de estrangulamento. Muitas vezes tambem póde o doente não ter consciencia ou não se lembrar d'este augmento de volume, e só o apparecimento dos symptomas funccionaes do estrangulamento chamar a attenção sobre a existencia ou a irreductibilidade do tumor herniario.

D. N'uma ultima ordem de factos, a hernia é desde muito tempo irreductivel, e determina algumas perturbações locaes, taes como dôr, colicas, quando pouco a pouco apparece e se confirma todo o cortejo de symptomas que revela o estrangulamento.

D'estas divisões, as duas primeiras correspondem ao que se denomina *estrangulamento primitivo,* as ultimas á variedade a que os auctores deram o nome de *estrangulamento consecutivo.*

As causas sob a influencia das quaes ap-

parece o estrangulamento são *predisponentes* e *determinantes*.

Entre as primeiras devemos citar a *idade* e o *sexo*. O estrangulamento herniario affecta especialmente os individuos adultos, ainda que se observe egualmente nos dois extremos da vida. O estrangulamento é excepcional nas creanças, embora a frequencia relativa das hernias n'este periodo da vida; e na velhice é mais raro do que o póde fazer suppôr o numero relativamente elevado de hernias que se observa n'esta idade, se não tivermos em conta a dilatação dos anneis que deixam facilmente sahir e entrar as visceras. As mulheres estão relativamente mais expostas do que os homens a este accidente, porque, se as estatisticas de Textor e de Gosselin accusam um numero quasi egual de individuos portadores de hernia n'um e n'outro sexo, é preciso observar que as mulheres estão menos sujeitas ás hernias do que os homens, e que n'ellas a frequencia relativa do estrangulamento é portanto maior.

Entre as causas predisponentes tem-se citado a humidade atmospherica, á qual os cirurgiões antigos attribuiam alguma influencia na producção do estrangulamento, as affecções chronicas do intestino—diarrhéa e constipação, os desvios de regimen e o excesso de alimentos e de bebidas.

Á parte algumas observações em que a apparição do estrangulamento tinha seguido de perto uma refeição copiosissima, estas influen-

cias problematicas não são susceptiveis de rigorosa demonstração.

Outro tanto não succede com as causas predisponentes anatomicas que derivam das modificações dos anneis ou do collo do sacco. Assim as hernias habitualmente bem contidas, em que estas modificações teem podido produzir-se, onde o tecido dos anneis tem podido engrossar-se, contrahir-se e perder a sua extensibilidade e em que o collo do sacco está já formado, estrangulam-se maior numero de vezes do que as hernias que nunca foram reduzidas ou que são incompletamente contidas. Pela mesma razão, as hernias pouco volumosas estrangulam-se mais facilmente do que as grandes, as hernias congenitas mais facilmente do que as adquiridas. O pequeno volume da hernia e a sua contenção habitual por uma funda favorecem, pois, a producção do estrangulamento, o que não exclue a possibilidade d'este accidente para as hernias volumosas e mesmo para as hernias desde muito tempo irreductiveis.

Muitas vezes os doentes accusam uma causa determinante: um esforço, ou uma serie de esforços como os que produzem a marcha, a carreira, uma posição forçada, uma queda, uma pancada. Em geral, podemos dizer que todas as circumstancias que produzem um augmento brusco e notavel da pressão abdominal, podem produzir a sahida d'uma porção maior ou menor do intestino atravez d'um trajecto hernia-

rio, e as causas predisponentes ajudando, determinar o estrangulamento.

É verdade, porém, que em um grande numero de casos esta causa não póde ser averiguada.

Gosselin faz observar justamente que as causas que mais predispõem para o estrangulamento herniario, predipõem ao mesmo tempo para uma constricção maior. Assim observamos geralmente que as hernias pequenas estão mais estreitamente apertadas do que as grandes; que as hernias bem contidas são de ordinario a séde d'um estrangulamento maior do que as que estão habitual ou frequentemente sahidas.

Creio que no caso cuja observação apresento se póde dar como causa *predisponente* o relaxamento das paredes abdominaes, devido ao grande numero de gestações, e como causa *determinante* a irrictabilidade nervosa, experimentada na occasião d'uma violenta disputa em que a doente entrou, pouco tempo antes do apparecimento do tumor herniario.

Symptomas e diagnostico

Ha no estrangulamento herniario alguns symptomas que se apresentam no decurso de todos os estrangulamentos, e cuja ausencia, sem excluir a ideia d'este accidente, caracterisa fórmas ou variedades insolitas. Ha outros, pelo contrario, que apenas se mostram em casos raros ou mesmo excepcionaes, e que dão ao estrangulamento um caracter perfeitamente particular. Emfim estes symptomas, quer sejam communs e até um certo ponto pathognomonicos, quer sejam mais raros, apresentam no tempo e modo da sua apparição, na sua successão, na sua fórma, na sua intensidade, differenças que fazem variar o debute, a marcha e as terminações do estrangulamento, e que fazem distinguir um certo numero de typos em volta dos quaes se podem agrupar a maior parte dos casos.

Divido os symptomas de estrangulamento em *locaes, abdominaes* e *geraes,* segundo que elles se apresentam ao nivel do tumor, ou do

lado do tubo digestivo e do abdomen, ou segundo que elles affectam outros orgãos, outros apparelhos, ou mesmo todo o organismo.

A. *Symptomas locaes.* — O caracter mais essencial da hernia estrangulada é a sua irreductibilidade, isto é, a propriedade que ella tem de resistir ás pressões methodicamente feitas, com o fim de repellir o intestino para o ventre e de fazer desapparecer o tumor. O tumor herniario dilata-se consideravelmente, quando o conteúdo é o intestino, e não é senão este caso que nós consideramos. D'hora a hora a tensão augmenta mais ou menos rapidamente. O tumor é algumas vezes pouco sensivel; no collo do sacco, especialmente na proximidade do orificio herniario e particularmente acima d'este — refiro-me ás hernias inguinaes e cruraes — a pressão profunda provoca uma dór violenta. Nem sempre o orificio herniario é accessivel ao dedo do cirurgião, muitas vezes, porém, sente-se ahi um aperto muito forte do tumor. Pela percussão podemos verificar se o intestino contém gazes ou não; algumas vezes podemos notar, especialmente junto do pediculo, uma fraca sonoridade que a maior parte das vezes é duvidosa. A razão d'este phenomeno concebe-se facilmente se lembrarmos que o sacco herniario é muitas vezes a séde de um derramamento sero-sanguineo e que a ansa estrangulada encerra de ordinario mais materias liquidas do que gazes. O estrangulamento só não dá ao tumor outros signaes essenciaes.

B. *Symptomas abdominaes.* — Estes symptomas observam-se sempre, nunca fazem falta: o ventre distende-se pouco a pouco; ha meteorismo e este augmenta progressivamente. Sobreveem dôres espontaneas sob a fórma de colicas em volta do umbigo; a principio o ventre não é sensivel senão á pressão, mais tarde torna-se doloroso.

Algum tempo depois do debute do estrangulamento, o doente começa a vomitar, geralmente com facilidade; os vomitos, porém, podem não apparecer senão muito mais tarde. Umas vezes apresentam uma frequencia e continuidade taes que o doente não cessa de vomitar; outras vezes, depois de terem apparecido logo ao principio, diminuem e cessam mesmo de produzir-se; depois, passado um certo tempo, recomeçam com nova intensidade e caracteres differentes.

Primeiramente, é o conteúdo estomacal que é vomitado; mais tarde é expellido um liquido esverdeado, amargo, bilioso; emfim, por ultimo, o doente póde vomitar verdadeiras materias fecaes — *vomitos estercoraes.*

Aos vomitos succedem-se as regorgitações que são um phenomeno ultimo, a que se associa o *soluço* que indica quasi sempre uma terminação fatal.

As dejecções são suspensas desde a invasão dos accidentes. É preciso, porém, tornar bem frisante o valor diagnostico d'esta *constipação* que, com os vomitos fecaloides e a irreductibi-

lidade, basta ao pratico para estabelecer a existencia d'um estrangulamento. Com effeito, muitos doentes, interrogados sobre este ponto, dizem ter feito dejecções, e ainda o estrangulamento não está produzido, quando muitos de entre elles sentem uma necessidade imperiosa de alliviar o seu ventre, e por uma ou mais vezes expulsam o conteúdo do intestino grosso, e, em geral, de todo o intestino que está abaixo do estrangulamento. Estas evacuações não produzindo allivio notavel, os doentes administram-se clysteres que expellem exactamente como os tomaram, o que não os impede de responderem affirmativamente ao clinico quando este lhes pergunta se teem feito dejecções. É preciso, pois, e Follin insiste sobre este ponto fallando do diagnostico, que o clinico nunca deixe de interrogar o doente sobre a occasião em que as evacuações teem tido logar, sobre a natureza e a consistencia das materias, e informar-se com cuidado para saber se algum clyster foi administrado ao doente. Em todos os estrangulamentos, a partir das primeiras vinte e quatro horas, a constipação do ventre é absoluta, e o symptoma mais caracteristico da impermeabilidade do intestino consiste em que o doente não expelle gazes pelo anus, apesar de grandes esforços feitos para o conseguir.

Todavia, ha casos excepcionaes em que o curso das materias fecaes parece ter persistido, e em que os doentes teem sido mesmo apoquentados pela *diarrhéa*.

Le Dentu observou este phenomeno insolito n'um individuo que tinha um aperto lateral do intestino. Assim como este auctor observa, a persistencia das dejecções e mesmo a diarrhéa explicam-se melhor, n'este caso, por uma exageração das secreções intestinaes na parte inferior do tubo digestivo sobrevindo sobre a influencia da irritação produzida pela constricção do intestino, do que pela passagem das materias da parte superior para a inferior atravez da porção do calibre do intestino que ficou permeavel ao nivel do estrangulamento.

C. *Symptomas geraes.*—Estes symptomas não são d'uma natureza particularmente frisante. A principio o doente não sente em geral senão mal estar; depois agonia; o seu pulso accelera-se; os vomitos repetidos enfraquecem-o e prostram-o; mais tarde as extremidades arrefecem; o pulso torna-se rapido, pequeno e intermittente; as feições do rosto alteram-se, apresentando o doente este aspecto particular a que se dá o nome de *facies abdominal,* o nariz afila-se, os olhos encovam-se, a face tem a côr do cadaver; depois apparecem suores frios e o doente morre se os soccorros clinicos não chegam a tempo de o salvar ou se elle não possue uma natureza de gigante para resistir á gangrena do intestino estrangulado, á abertura para fóra e á evacuação do conteúdo intestinal, á formação, emfim, d'um anus *contra natura.* Este phenomeno reconhecer-se-ha pelos signaes locaes do tumor herniario edèma

consideravel e vermelhidão inflammatoria da pelle, intumescencia de todas as camadas externas ao sacco herniario, de modo que nas pequenas hernias o tumor é mais largo e mais chato, depois uma crepitação perceptivel no tumor; todos estes symptomas indicam que existe na profundidade uma mortificação dos tecidos com reacção suppurativa concomitante. Reconhece-se, pois, a gangrena da hernia estrangulada pela existencia do phlegmão do leito herniario com signaes de suppuração saniosa.

Os signaes de conjuncto do estrangulamento observam uns vis-à-vis dos outros uma successão determinada e relações quantitativas. A principio, quando o tumor herniario não está ainda bem tenso e que o orificio herniario é doloroso, a distensão do ventre é moderada; o doente vomita espontaneamente uma a duas vezes no espaço d'algumas horas, mas sómente quando bebe,—e a sède torna-se sempre mais intensa,—vomitando logo o que ingeriu; o estado geral pouco se resente d'isto.

O estrangulamento continuando, a tensão do tumor torna-se maior, as dôres mais intensas, o ventre dilata-se cada vez mais, torna-se mais doloroso, os vomitos espontaneos são mais frequentes, o pulso accelera-se. Podemos chamar a estas relações chronologicas e graduaes dos symptomas uns vis-à-vis dos outros —a *harmonia* dos phenomenos do estrangulamento.

A rapidez com a qual evoluciona esta série

de symptomas depende de multiplas condições, em parte desconhecidas. Teem-se visto casos em que o estrangulamento produziu a morte em algumas horas, em que os vomitos se succederam sem interrupção, em que as dóres eram violentas e em que a prostração se mostrou rapidamente. N'outros casos, o estrangulamento dura muitos dias e mesmo mais d'uma semana, e os phenomenos evolucionam lentamente. A maior parte dos auctores, porém, admittem que, decorridas quarenta e oito ou setenta e duas horas, os perigos de gangrena são já muito provaveis. Com o fim de exprimir estas relações na marcha dos symptomas, podemos servir-nos dos termos: *estrangulamento sobagudo, agudo* e *subagudo*.

Não devemos esquecer, tambem, que certas particularidades locaes das hernias teem mais valor diágnostico do que o grau de dôr ou o numero dos vomitos. As hernias que estão muito distendidas, cujo collo é muito estreito, cujo canal é muito apertado—canal crural e o canal inguinal nas mulheres—e que apparecem fortemente encarceradas, gangrenar-se-hão mais cedo do que as que se encontram em condições oppostas, e reclamarão, portanto, da parte do clinico, uma intervenção mais rapida.

Todavia, existem casos de estrangulamento, datando de muitos dias e não acompanhados de vomitos. A tensão da hernia, a irreductibilidade, a sensibilidade ao nivel do orificio her-

niario e a constipação existindo, é preciso então, seguindo estes signaes, operar.

No estrangulamento verdadeiro, por excepção, um ou outro symptoma varia ou falta.

É evidente, pois, que na marcha anormal do estrangulamento, a *irreductibilidade* da hernia, a *tensão* e a *sensibilidade á dôr no orificio herniario,* em uma palavra os symptomas locaes, são da mais alta importancia. Danzer, um conhecedor de hernias, muito experimentado, chama a esta tensão «*particular*».

É-o com effeito, mas não sé póde traduzir esta sensação em palavras; deve sentir-se a hernia.

Pelo que acabamos de dizer, o pratico póde resolver as difficuldades do diagnostico, que se lhe apresentam quando estiver em presença de muitas hernias irreductiveis no mesmo individuo e no meio dos phenomenos de estrangulamento, isto é, póde averiguar qual a hernia que está estrangulada.

Vejamos presentemente como deve proceder em face de *phenomenos semelhantes aos do estrangulamento* e primeiro que tudo em face da constipação, dos vômitos e das dôres abdominaes? A primeira coisa que tem a fazer é examinar o orificio herniario typico, para vêr se ali existe um tumor, se este tumor é uma hernia e, sendo-o, se está estrangulada. A propria investigação dos orificios herniarios reclama uma certa experiencia. Não se contentará com examinar os orificios por onde sahem

frequentemente as hernias — canal inguinal, crural e região umbilical, mas deve sempre tambem ter presente ao espirito a producção possivel da hernia obturadora ischiatica. Se o pratico não encontra nada nos orificios herniarios, deverá ainda procurar se existe uma hernia ventral que póde mostrar-se em um ponto qualquer da parede abdominal. É evidente que o clinico lucta com muitas difficuldades para descobrir uma hernia muito pequena, especialmente quando o orificio é profundo e que o individuo é, além d'isso, muito gordo. Uma hernia *pequena* que está estrangulada, tem sempre uma consistencia elastica e a sua superficie é lisa; a dôr no orificio herniario serve egualmente para orientar-nos e, na maior parte dos casos, para descobrir o tumor.

Mas se a hernia é mais volumosa não escapará ao exame como tumor.

Supponhamos, porém, que, depois de um exame clinico minucioso, se não descobriu tumor algum; póde, n'este caso, tratar-se d'um *estrangulamento interno;* vejamos como deve proceder e a que deve resolver-se o cirurgião em presença d'um estrangulamento interno.

Com que affecções poderá o clinico confundir o estrangulamento interno? Primeiro que tudo com a peritonite. Ha casos de occlusão intestinal em que a peritonite se generalisou rapidamente; os symptomas mais importantes d'esta, como a dôr intensa á pressão mais leve e a febre occupam a primeira ordem, e podem,

n'este caso, a constipação e os vomitos ser tomados á conta da peritonite. Poderemos duvidar se sim ou não se trata d'um caso d'occlusão quando os vomitos não cedem, tornam-se mais violentos e vão mesmo até aos vomitos fecaloides. Poderão objectar-nos que o principal symptoma da peritonite é a constatação do seu producto, isto é, d'um derramamento inflammatorio na cavidade abdominal livre. Mas, no caso de occlusão, constata-se apenas somi baço, porque o exsudato encontra-se entre as ansas intestinaes fortemente distendidas. Podemos concluir que se trata d'um processo inflammatorio pela dôr á pressão e pela febre. Os vomitos incessantes, especialmente fecaloides, em presença da impossibilidade completa de expulsar gazes e materias fecaes, indicam a occlusão intestinal e differenciam a doença d'uma simples peritonite, quer esta seja rheumatica ou consecutiva a uma perfuração intestinal.

A marcha da occlusão intestinal é totalmente differente da d'esta ultima affecção.

A perfuração acompanha-se d'um collapso terrivel e brusco, em que o doente cahe subitamente; a occlusão intestinal, com peritonite, apresenta prodromos: dôres sob a fórma de colicas, vomitos, depois dilatação do ventre, em seguida, dôres á pressão, febre e vomitos sempre. O processo dura dias inteiros. N'este caso, a intervenção cirurgica será immediatamente seguida de successo.

Muitas vezes é difficil, em casos especiaes, determinar a causa provocadora da occlusão intestinal. Podemos concluir que se trata d'uma *invaginação*, quando o doente expelle gazes por algumas vezes ou um pouco de conteúdo intestinal com sangue. A invaginação está positivamente provada, quando se póde attingir com a mão pelo recto, ou mesmo quando póde ser vista. Mais tarde, reconhecer-se-ha quando um fragmento intestinal se destaca, e é expulso com as materias fecaes.

As outras affecções que produzem a occlusão intestinal podem, d'um modo geral, agrupar-se como se segue:

1.° A causa obturadora encontra-se *por fóra* da parede intestinal: a esta causa pertencem os estrangulamentos internos devidos a cordões epiploicos, a cordões pseudo-membranosos (como tive occasião de observar um, ha dois annos, na clinica d'homens do meu illustre professor dr. Azevedo Maia), a buracos do epiploon e do mesenterio, ás fendas diaphragmaticas, emfim aos estrangulamentos nos orificios naturaes, como o orificio de Winslow, etc.

2.° A causa da occlusão póde existir na *parede intestinal:* n'este numero contam-se a invaginação, a formação d'um nó, as torsões do eixo do intestino, depois o aperto do intestino, principalmente pelo carcinoma do recto;

3.° A causa da occlusão existe no *interior* do tubo intestinal: n'esta cathegoria entra a

replecção do intestino por alimentos não digeridos, por concreções intestinaes, por calculos biliares, por lombrigas e por corpos extranhos. A proposito da occlusão intestinal por lombrigas, vem descripto no n.º 4 da *Semaine Medicale,* de 1891, um curioso e interessantissimo caso operado por Albert Heydenreich.

Não se podem dar indicações precisas sobre o modo de diagnosticar a natureza e a séde do estrangulamento. N'alguns casos, ha uma multidão de circumstancias que concorrem para tornar o diagnostico possivel; n'outros a natureza e a séde da occlusão ficam indeterminadas. Se um individuo soffre desde muito tempo de constipação do ventre, e algumas vezes de vomitos intermittentes, com meteorismo, se estas perturbações augmentam pouco a pouco, se as massas fecaes são cada vez mais delgadas, se, emfim, se trata de um individuo avançado em idade e de aspecto cachetico, poderemos concluir que o estrangulamento é devido a um *carcinoma,* especialmente se a palpação descobre endurecimentos, se o aperto póde ser attingido pelo recto ou se o tumor está proeminente em um ponto do ventre.

Relativamente á séde do estrangulamento, é preciso observar que o exame manual do recto é, segundo Simon, um signal de primeira ordem.

Pela palpação externa tambem se póde frequentemente sentir um logar mais resistente que, pelo augmento da dilatação, é um pouco

mais immovel do que as circumvoluções intestinaes que se enrolam; é tambem n'este ponto que apparecem as primeiras dôres.

Emfim, pela injecção d'agua no recto, pela insufflação do intestino, podemos recolher indicações que, combinadas com os outros symptomas, terão valor.

A questão primordial, no diagnostico das hernias estranguladas, é a de saber se é possivel dizer em certos casos se ha ou não estrangulamento.

Supponhamos que um individuo é portador desde muito tempo d'uma hernia que sempre foi movel. Por um motivo qualquer a hernia tornou-se repentinamente dolorosa e irreductivel; pouco depois o doente vomita.

Supponhamos mais que encontramos uma hernia no escroto, tympanica á percussão, e que é muito tensa e dolorosa, e que o doente não supporta as tentativas de reducção por causa d'esta sensibilidade extrema. Collocamol-o em posição conveniente e fazemos-lhe uma injecção sob-cutanea de morphina; o doente adormece. No dia seguinte pela manhã, averiguamos que elle não teve vomitos e que expelliu gazes pelo anus; examinamos novamente o tumor, e encontramol-o doloroso em toda a sua superficie, mas junto do orificio herniario, particularmente pela parte de cima, não existe dôr alguma. Palpando o tumor, encontramos uma crepitação fina, como se comprimissemos uma pouca de neve. Esta crepitação é semelhante á

que se obtem depois de ter injectado iodo n'um hydrocele, passados dois ou tres dias, e que nos indica uma *inflammação adhesiva*. Não poderá o mesmo processo affectar a serosa intestinal e o sacco herniario? Parece-me que sim, porque além das hernias livres, ha-as adherentes, e sabe-se que o sacco herniario póde tambem adherir quasi completamente ao intestino. Algumas vezes estas adherencias não provocam perturbação alguma, outras vezes, porém, dão logar a vomitos e á sensibilidade dolorosa da hernia. Temos assim descoberto um processo inflammatorio no sacco herniario, e constatado—que a dôr se não limitou a um ponto, ao nivel do estrangulamento, mas que todo o tumor herniario é doloroso. N'este caso podemos esperar; e muitas vezes, com effeito, no mesmo dia, sobrevem uma evacuação de materias fecaes; o ventre não se distende, e não ha dôres abdominaes; o doente passa regularmente, vomitando apenas uma ou duas vezes por dia. Dias depois o attrito da hernia desapparece, os vomitos não voltam, o appetite e as dejecções são normaes, a sensibilidade da hernia desapparece tambem. Outr'ora livre, a hernia tornou-se adherente.

Em outros casos a complexidade dos symptomas mostra-se do mesmo modo, só o tumor herniario apparece modificado. A hernia é epiploica e ao attrito succede uma intumescencia extraordinariamente rapida do tumor que se torna fluctuante e mesmo transparente; deu-se

aqui evidentemente uma exsudação brusca do sacco. Na primeira hypothese a inflammação era *adhesiva,* n'esta é *exsudativa.* Nos dois casos, o tubo intestinal está livre, o ventre não está distendido, nem doloroso, os vomitos não augmentam em proporção dos symptomas locaes, abdominaes e geraes como no estrangulamento. Isto parece ser uma contradicção ao quadro do estrangulamento.

Outros casos podem apparecer em que, embora o clinico constate uma hernia irreductivel, constipação e vomitos, os symptomas abdominaes se contradigam com os symptomas locaes, tratando-se, por exemplo, de uma peritonite diffusa.

É, pois, em casos d'esta ordem, como os que acabo de descrever, que o clinico se encontra muitas vezes embaraçado. Se por um lado pensa na indicação positiva, indiscutivel, para praticar a operação da hernia estrangulada, deixando passar o tempo opportuno, receia por outro lado pôr inutilmente a descoberto uma hernia não estrangulada.

N'uma perplexidade ainda maior se encontra o clinico, quando suppõe um tumor no orificio herniario e que duvida se é uma hernia.

Estes casos particulares formam o que se denomina *pseudos-estrangulamentos.* O estrangulamento do testiculo fornece-nos um exemplo frisante d'esta ordem de factos. O testiculo entrando para o canal inguinal póde inflammar-se; ou ainda por uma causa qualquer póde ser

arrastado para o canal inguinal, tornar-se doloroso e produzir vomitos. É preciso, pois, termos sempre esta eventualidade bem presente, para não nos esquecermos de, n'um caso dado, examinar o escroto sob o ponto de vista do cryptorchismo. Em regra geral, os vomitos que apparecem n'este caso não augmentam, não se tornam nunca fecaloides; o ventre fica molle, não se distende, e ha evacuação de gazes e de materias fecaes. Todavia, teem sido observados casos em que ha muitos vomitos, e uma vez mesmo vomitos fecaloides com constipação e em que o clinico foi obrigado a desnudar o tumor; esta operação é tanto mais justificavel, quanto é certo que atraz do testiculo inguinal póde encontrar-se uma hernia estrangulada.

Temos um exemplo da mesma ordem na inflammação dos *ganglios inguinaes*. N'este caso, observa-se um tumor tenso, doloroso, irreductivel, com vomitos e constipação; estamos em presença d'um symptoma local importante, e praticando a herniotomia, pomos a descoberto os ganglios inflammados. Já se teem observado casos d'esta ordem na especie humana.

A inflammação do sacco herniario vasio fornece-nos tambem um outro exemplo. Foi especialmente Danzel que estabeleceu que a inflammação do sacco herniario vasio póde provocar os symptomas do estrangulamento. Eis aqui justamente o caso em que um erro de diagnostico póde ser grande.

Tratamento

«Si vous trouvez un étranglement pendant le jour, il faut le lever avant le coucher du soleil; si vous le trouvez pendant la nuit, vous le lèverez avant le lever du soleil.»

STROMEYER.

Este sabio conselho, dado pelo eminente cirurgião aos seus discipulos, mostra bem a grande importancia que, sob o ponto de vista pratico, tem este capitulo do meu modesto trabalho e quão importante é para o clinico o ter sempre bem presentes os meios empregados para o tratamento do estrangulamento herniario.

Já, no primeiro capitulo da minha dissertação, me referi á multiplicidade de processos operatorios outr'ora empregados com o fim de obter a cura radical das hernias e disse que, perante as condições da cirurgia moderna, esses processos não teem mais do que um interesse puramente historico.

Como o tratamento depende muito da occa-

são em que o clinico é chamado, vem a proposito, antes de descrever os dois methodos reaes de tratamento, descrever alguns meios medicos que o pratico póde pôr em uso, especialmente quando chamado para longe do seu domicilio e ignorando o caso de que se trata, não vá convenientemente preparado para operar.

Estes meios são os seguintes: os banhos, os vomitivos, a estrychnina, o café, as applicações topicas de gelo e de belladona, os clysteres com uma infusão de tabaco, o opio, cujo uso antes da reducção da hernia não póde servir senão para calmar as dôres, mas que é chamado a prestar grandes serviços quando o estrangulamento está levantado. Os purgantes, dados antes como meio de exploração e nos casos duvidosos, parece-me serem mais prejudiciaes do que uteis.

A utilidade dos diversos topicos applicada sobre o tumor herniario tambem não tem valor real. As cataplasmas emollientes, as pomadas belladonadas, opiadas, etc., calmam a dôr e produzem algumas vezes um relaxamento que facilita a reducção; tambem assim actuam os banhos prolongados. As applicações refrigerantes — compressas frias, bexigas de gelo — parece que, n'alguns casos, exercem uma influencia benefica, mas o seu uso deve ser pouco prolongado. As emissões sanguineas locaes devem ser, segundo Follin, absolutamente proscriptas do tratamento da hernia estrangulada.

No numero 1 da *Medicina Moderna,* d'este anno, Ad. Rueff refere-se a 20 casos de estrangulamentos tratados por Kurt Hagen por meio da belladona e da atropina. O tratamento faz-se por este modo: «Em volta do tumor herniario e seu contorno praticam-se, de tres em tres horas, uncções com a quarta parte d'uma pomada assim composta: Extracto de belladona 4 grammas; banha 40 grammas; ou ainda: pratica-se, por diversas vezes, perto do collo do sacco herniario uma injecção sob-cutanea de uma seringa de Pravaz, cheia com a solução seguinte: Extracto de belladona 50 centigrammas; agua distillada 10 grammas, ou ainda: Sulfato de atropina 5 milligrammas; agua distillada 10 grammas. Em todos os casos foram feitas, immediatamente depois, tentativas da taxis. Em geral, Kurt Hagen recorreu a este modo de tratamento em casos recentes, que, por causa de circumstancias imprevistas, não podiam ser operados.»

«É preciso assignalar a demora com que estes medicamentos actuam, e por cujo motivo algumas das hernias só foram reduzidas no fim de 18, 21, 32 e 37 horas, de modo que este tratamento não é utilisavel para os casos urgentes. Tambem não póde substituir a herniotomia nos casos em que os signaes de estrangulamento existem desde muito tempo e em que póde haver adherencias antigas ou recentes.»

Preciso tambem referir-me, ainda que bre-

vemente, a uma manobra externa particular — a *puncção* da hernia, praticada com o fim de diminuir o seu volume e permittir a sua reducção.

Dolbeau e Duplouy foram os primeiros que se serviram do trocate aspirador para evacuar o conteúdo do intestino estrangulado, depois d'isso muitos cirurgiões recorreram a este instrumento, e a aspiração no estrangulamento herniario constituiu o assumpto de muitos trabalhos, principalmente das theses de Brun-Buisson, de Lecerf e de Buisson.

N'uma série de trinta casos publicados por estes auctores, vê-se que a puncção aspiradora foi praticada de diversos modos. Varias vezes (em 10 casos de 26 observados) limitaram-se a punccionar o sacco herniario e a retirar o liquido que elle continha; outras vezes (em 16 casos) foi o intestino herniado evacuado por puncção. Muitas vezes foi preciso reiterar as punccões, quer na mesma occasião, quer com algumas horas de intervallo.

Quasi sempre foi facil reconhecer se a puncção tinha sido feita no intestino ou sómente no sacco, graças á côr e cheiro das materias recolhidas por aspiração, e á presença de gazes.

A puncção, no maior numero dos casos, foi praticada depois de esforços infructuosos da taxis, e, excepto n'um caso, a reducção teve sempre de ser completada pela taxis que se tornou algumas vezes mesmo difficil e necessi-

tou esforços prolongados. Em dez casos, o intestino punccionado poude ser reduzido pela taxis, os accidentes do estrangulamento persistiram, e foi preciso praticar a operação. Emfim, apesar de feita a reducção, em muitos casos declarou-se uma peritonite mortal.

Por aqui se vê que, se a puncção aspiradora tem sido em alguns casos um auxiliar util para a taxis, no maior numero mostra-se inefficaz. Além d'isso, por minima que seja a lesão intestinal produzida pela puncção, a possibilidade de accidentes provocados pela mais leve solução de continuidade do intestino deve fazer com que se use d'este meio sob uma grande reserva.

Taxis

A taxis é a operação manual que tem por fim fazer entrar a hernia estrangulada para o ventre.

Esta manobra, cuja origem é muito antiga, foi a principio applicada a todas as hernias irreductiveis, sendo frequentemente seguida de accidentes. As regras da taxis foram determinadas para cada especie de hernia por Amussat e por Lisfranc, e mais recentemente por Gosselin. A maior parte dos cirurgiões modernos insistem sobre a necessidade que ha de nunca exceder, ou melhor, de nunca attingir os limites extremos propostos por estes mestres em uma epocha em que a abertura do sacco apre-

sentava maiores perigos do que actualmente e em que os cirurgiões, desprovidos completamente do auxilio da anesthesia e resolução chloroformicas, eram obrigados a continuar, durante um tempo muitas vezes longo, pressões violentas, que podiam dar logar a perigos eminentes.

A taxis deve ser feita primeiramente sem o auxilio do chloroformio e collocando a parede abdominal bem no relaxamento; se não se obtem resultado, é preciso recorrer immediatamente á anesthesia, e levar esta até á resolução completa.

O cirurgião deve tambem ter feito todos os preparativos para proceder, em caso de insuccesso, á operação immediata, região barbeada e lavada antisepticamente, etc.

Deitado o doente no decubito dorsal com a bacia elevada por meio d'uma almofada, de tal modo que as paredes abdominaes fiquem absolutamente relaxadas: a cabeça em flexão sobre o peito e sustentada por um travesseiro, as coxas em flexão sobre a bacia e conservadas em media abducção por ajudantes.

O cirurgião, collocado de preferencia á direita do doente, apanha entre o pollegar e os primeiros dedos da mão esquerda o pediculo da hernia, puxa-o levemente para si; depois apanha com a mão direita o corpo da hernia sem carregar sobre o fundo do sacco, e, com os dedos que cercam o tumor, principalmente com o pollegar e indicador da mão direita, pro-

cura fixar o conteúdo da hernia, guial-o para o annel e fazel-o ahi penetrar por uma pressão methodica. Os dedos da mão esquerda, que estão cercando o pediculo, oppõem-se a que o corpo do sacco ou as visceras que a mão direita comprime venham bater e achatar-se em volta do orificio herniario, conservando pela pressão que exercem a fórma pediculada da hernia. Principia-se sempre por exercer uma pressão assaz moderada, depois augmenta-se progressivamente, tendo sempre o cuidado de desenvolver uma força menor com os dedos que cercam o pediculo da hernia, do que com os que a cingem e procuram repellil-a para o orificio herniario. Estas tentativas deverão ser repetidas com suavidade, mas não sem força, durante 10 a 15 minutos.

Certos cirurgiões, baseando-se sobre os resultados das investigações experimentaes feitas com o fim de explicar o mechanismo do estrangulamento herniario, formularam o preceito de imprimir ao tumor, durante as manobras da taxis, um movimento lateral umas vezes para um lado outras vezes para o outro: por este meio diminue-se a compressão que uma extremidade da ansa herniada exerce sobre a outra.

A experiencia tem confirmado plenamente este preceito.

Nos casos de hernia intestinal, a reducção da viscera herniada acompanha-se geralmente d'um leve ruido de gargarejo; desde que um

segmento de intestino entrou no ventre, o restante seguil-o-ha geralmente muito depressa, especialmente se o cirurgião continua a comprimir logo sobre a porção da viscera que está mais proxima do annel.

Nas manobras de reducção devemos tambem ter em grande conta a direcção normal do trajecto que a hernia percorreu.

A hernia inguinal interna rompe sempre o seu caminho directamente de traz para diante, emquanto que o trajecto seguido pela hernia inguinal externa é vertical desde o escroto até ao annel externo, depois obliquo, de dentro para fóra, desde este até ao annel interno. Nos casos de hernias cruraes estranguladas, a pressão para as reduzir deve ser feita differentemente segundo a séde occupada pelo tumor herniario. Se este está collocado atravez da fossa oval, comprime-se primeiro para esta, carregando para traz e para fóra, depois reduz-se directamente para cima, atravez do canal crural, até á cavidade abdominal. Quando a hernia está collocada pela parte de cima do corno superior da prega falciforme, na direcção do ligamento de Poupart, a pressão deve primeiro ser feita de cima para baixo, depois, quando a hernia entrou na fossa oval, ser continuada como precedentemente.

Em nenhumas circumstancias devemos usar de pressões exageradas — *taxis forçada* — para reduzir uma hernia estrangulada: expôr-nos-hiamos por este meio a produzir, quer a redu-

cção em massa atravez do annel lacerado, quer a ruptura do intestino herniado.

Consegue-se algumas vezes, comprimindo sobre o ventre acima do tumor, exercer atravez das paredes abdominaes uma verdadeira tracção sobre a ansa estrangulada; já Chassaignac tinha observado que á autopsia de individuos mortos em seguida a um estrangulamento herniario, se podia sem a menor difficuldade fazer entrar para o ventre a viscera estrangulada. É sobre este facto que se baseiam os ensaios pelos quaes se tem desde muito tempo tentado obter uma especie de reducção espontanea da hernia: bacia collocada em forte elevação, abalos energicos feitos ao tronco conservando as pernas elevadas, etc.

É particularmente digno de interesse sob este ponto de vista o modo de reducção preconisado por Nikolaus. Este cirurgião rejeita toda a manipulação externa ao nivel da hernia, e utilisa sómente a tracção que póde exercer sobre o conteúdo d'esta o proprio peso do intestino, ao mesmo tempo que elle se esforça por diminuir a pressão intra-abdominal. Nikolaus obtem este resultado collocando o doente na posição *genu-peitoral,* isto é, o doente ajoelha primeiro sobre o leito, depois, flexionando a bacia em angulo recto sobre as coxas, deixa-se cahir sobre uma ou sobre as duas espaduas. N'esta posição os intestinos são arrastados pelo seu proprio peso para longe do annel herniario que está elevado; todas as partes do corpo, que

estão mais baixas,—thorax, paredes abdominaes, visceras—exercem um certo grau de tracção sobre as partes situadas a um nivel mais elevado, d'onde resulta necessariamente um grande abaixamento da pressão intra-abdominal. Esta acção póde além d'isso ser augmentada pela depleção precedente do estomago, do intestino e da bexiga. A pressão sendo então muito differente no abdomen e no interior da hernia, a ansa intestinal esvasia-se pouco a pouco por aspiração, e assim se produz uma verdadeira reducção espontanea da viscera estrangulada.

Se por meio da taxis praticada na narcose não podermos obter a reducção da hernia estrangulada, devemos praticar immediatamente a *kelotomia,* tendo o cuidado de obter antecipadamente do doente o seu consentimento para a operação, nos casos em que esta possa ser indispensavel.

Kelotomia

Esta operação divide-se em varios tempos.

Primeiro tempo; Procura do sacco.—Depois de ter rapado os pellos e praticado a lavagem antiseptica do campo operatorio, divide-se a pelle por uma incisão feita sobre toda a extensão do grande diametro do tumor; cortam-se em seguida uma após outra, entre duas pinças ou sobre uma sonda cannelada, as differentes camadas sobjacentes á pelle, até que se

chegue emfim sobre o sacco que é posto a descoberto em toda a extensão da ferida cutanea.

Nos casos de hernia crural estrangulada e quando esta apresenta um grande volume, os seus envolucros são sempre excessivamente delgados, e se a hernia passou atravez de um orificio do septo crural e da fascia crebriformes, o seu sacco peritoneal vem mesmo collocar-se directamente sob a pelle. D'aqui resulta que a incisão da pelle, que deve como sempre cahir no grande diametro do tumor, deverá ser praticada com as maiores precauções.

O sacco herniario é em geral facil de réconhecer pela serosidade que contém no maior numero de casos e que muitas vezes se póde vèr por transparencia atravez das paredes do mesmo sacco; muitas vezes tambem é reconhecivel pelo seu pediculo que se encontra na direcção do annel. Duvidando ainda, levanta-se uma pequena prega da sua parede, e esfregando-a entre os dedos, póde-se algumas vezes descobrir a crepitação morbida, muito caracteristica, de duas superficies serosas escorregando uma sobre a outra; se pelo contrario é uma prega intestinal que se faz escorregar entre os dedos, as duas mucosas, que passam uma sobre a outra, dão a sensação do velludo.

Segundo tempo: Abertura do sacco e desbridamento. — Depois de termos a certeza de que é o sacco herniario que se encontra a descoberto na ferida, levanta-se com o auxilio de

pinças uma pequena prega da sua parede, na qual se pratica *en dédolant* uma pequena abertura: n'alguns casos sahe logo por esta ultima uma porção maior ou menor de serosidade.

Emquanto que o liquido continua a correr, com thesouras curvas alargamos sufficientemente a abertura para ali podermos introduzir o dedo indicador. Adiante d'este fendemos em seguida com as thesouras o sacco herniario em toda a sua extensão. Algumas vezes podemos encontrar um sacco duplo, que póde ser devido, quer á invaginação d'uma nova porção do peritoneu, quer á formação d'um novo sacco pela parte de traz d'um antigo.

Depois de ter reconhecido a natureza dos orgãos que encerra o sacco, procede-se á investigação do agente constrictor. Este é no maior numero de casos o orificio de sahida da hernia; para levantar o estrangulamento é, pois, necessario fender o bordo d'este orificio, fazer como se diz o *desbridamento* do annel, que é o tempo mais importante da operação.

Para este fim colloca-se parallelamente, e de lado, sobre a face palmar do indicador esquerdo o bisturi herniario ou *herniotomo* de Cooper, depois introduz-se no sacco dedo e bisturi reunidos, e collocam-se contra o agente do estrangulamento: o conteúdo da hernia fica assim ao abrigo de qualquer ferida. Depois passa-se atravez do annel o botão do herniotomo até á cavidade abdominal, e dirige-se o cortante do instrumento para o rebordo do an-

nel, no qual se pratica a incisão do desbridamento. Desbridado o annel, retira-se o bisturi pelo mesmo caminho.

Na pratica da segunda parte d'este tempo operatorio é conveniente termos sempre em vista o seguinte:

Tendo de operar uma hernia inguinal externa, estrangulada, a incisão do desbridamento deve ser feita para fóra; cortando para dentro arriscamo-nos a cortar a arteria epigastrica, desbridando para baixo e para dentro expômo-nos a ferir o cordão espermatico;

Por um outro lado, se a hernia inguinal estrangulada é interna, a incisão feita para fóra comprometteria a arteria epigastrica;

Se não temos a certeza do genero de hernia de que se trata, faz-se a incisão para cima como aconselhou Scarpa. Tillaux aconselha, nos casos de hernias inguinaes estranguladas, quer se trate da hernia externa (indirecta), quer da hernia interna (directa), que o *desbridamento se faça sempre directamente para cima segundo uma direcção parallela á linha branca.* Em logar de um unico desbridamento de uma certa extensão, alguns auctores julgam melhor praticar muitas e pequenas incisões, que dão o mesmo resultado, e que são absolutamente inoffensivas—*methodo dos desbridamentos multiplos de Vidal;*

Nos casos de hernia crural estrangulada, e quando o agente do estrangulamento é o contorno da fossa oval, o desbridamento do annel

deve ser feito para cima e para dentro; a incisão feita para fóra poderia ferir a veia femoral; feita para baixo, exporia a veia saphena interna;

Quando o estrangulamento tem a sua séde mais acima, isto é, ao nivel do septo, leva-se o indicador esquerdo atravez do estreito collo do sacco até ao annel constrictor, depois adiante do dedo, desbrida-se este annel por uma incisão dirigida para dentro, para o ligamento de Gimbernat. Afim de respeitar a arteria obturadora, que em caso de origem anormal (quando nasce da epigastrica) percorre a face posterior do ligamento precitado para dirigir-se ao buraco obturador, devemos, segundo Tillaux, desbridar o ligamento para baixo e para dentro, no ponto em que elle se continua com a aponevrose do musculo pectineo; e, segundo Karl Lobker, devemos fazer a incisão do desbridamento, antes carregando sobre a parte não cortante do bisturi, do que cortando á maneira ordinaria: o vaso foge assim adiante do cortante do bisturi. No caso de estrangulamento ao nivel do septo, o desbridamento não deverá nunca ser feito para fóra, afim de não ferir os vasos femoraes; a incisão feita para cima atravez do ligamento de Poupart poderia ferir a arteria epigastrica assim como o cordão espermatico ou o ligamento redondo; feita para baixo, atravez do ligamento pubico de Cooper, não forneceria sempre um espaço bastante para a reducção da hernia.

Terceiro tempo: Lavagem antiseptica e re-

ducção do conteúdo da hernia. — Levantado o estrangulamento, puxa-se para fóra levemente todo o conteúdo da hernia, especialmente se se trata d'uma ansa intestinal, e devemos explorar attentamente esta, assim como a parte superior do contorno da porção do intestino estrangulada para nos assegurarmos do seu grau de vitalidade. Sómente, as partes do intestino perfeitamente sãs devem ser reintegradas para a cavidade abdominal. Uma ansa intestinal qualquer que tenha estado sujeita ao estrangulamento, apresenta sempre uma côr vermelha azulada ou vermelha escura; uma ansa que appareça negra ou de côr muito escura deve ser fortemente supposta de estar já gangrenada e não deve por conseguinte ser reduzida para a cavidade abdominal. Segundo Follin, a côr carregada da ansa intestinal, esta côr de *folha-morta* que erradamente tem sido considerada como caracterisando a gangrena, não deve impedir a reducção, se o intestino apresenta uma calorificação normal, e se n'elle se não descobre algum vestigio de adelgaçamento ou a perfuração das suas paredes. Quando polvilharmos com um pouco de sal de cosinha a parte do intestino que não estava encarcerada, provocamos ahi movimentos peristalticos, e se estes movimentos se propagarem em seguida para a ansa estrangulada, podemos estar certos, diz Nothnagel, que ella não está ainda alterada na sua nutrição, e que póde, portanto, ser reduzida com confiança.

Quando a ausencia de lesões graves tiver resolvido o cirurgião a praticar a reducção, deverá, antes de o fazer, usar ainda das mais minuciosas precauções. Depois que todo o corrimento sanguineo tiver sido detido, a superficie do intestino e a do sacco serão lavadas com uma solução phenicada a 3 % ou com agua alcoolisada, depois devem ser enxutas por meio de esponjas ou de compressas quentes e perfeitamente aseptisadas. Emquanto que se pratica esta lavagem um assistente exercerá compressão sobre o contorno do annel por meio de esponjas ou compressas para evitar que a agua phenicada penetre na cavidade abdominal.

A reducção opera-se ainda aqui fazendo entrar para a cavidade abdominal a parte da viscera que está mais approximada do ventre.

Quarto tempo: Drenagem e reunião. — Depois de ter feito egualmente uma lavagem minuciosa e antiseptica da ferida dos tegumentos, colloca-se um dreno contra o annel herniario e faz-se sahir pelo angulo externo da ferida. Esta é depois suturada no resto da sua extensão e em seguida faz-se um penso anti-septico usual.

No conteúdo das hernias inguinaes encontra-se frequentemente uma porção de epiploon. Se este é facilmente reductivel, se não está degenerado nem alterado na sua nutrição, trata-se absolutamente da mesma fórma que o intestino, isto é, desinfecta-se e reduz-se para a cavidade abdominal.

Tambem se podem encontrar adherencias

que unam o epiploon á parede interna do sacco, que deverão ser previamente seccionadas, o que demandará algumas vezes a applicação de algumas ligaduras sobre a parte herniada. Muitas vezes encontra-se o epiploon herniado de tal sorte hypertrophiado que excede em volume o epiploon normal inteiro; n'estes casos, é melhor extirpal-o depois de ter ligado primeiramente todos os vasos epiploicos, por meio de uma serie de pequenas ligaduras em massa applicadas sob o pediculo progressivamente desdobrado.

Procederiamos da mesma fórma se quizessemos operar uma hernia epiploica tornada irreductivel, não pelo facto d'um estrangulamento, mas por causa d'uma hypertrophia lipomatosa do seu conteúdo. Estes casos são precisamente aquelles em que, segundo Karl Lobker, a operação da cura radical das hernias encontra a sua melhor indicação.

Eis aqui como se pratica esta operação segundo o processo de Czerny: depois de ter descoberto e fendido o sacco herniario, depois ligado e extirpado o epiploon herniado pelo processo que acabo de descrever, destaca-se completamente o sacco dos tecidos vizinhos, tendo grande cuidado em não lesar o cordão espermatico. Isto feito, fecha-se hermeticamente o collo do sacco á altura do annel da hernia por meio de uma sutura *à lacet,* depois amputa-se o sacco adiante da sutura. O côto do epiploon formará rolha no interior do annel. Termina-se

a operação fechando a ferida por uma sutura profunda e outra superficial cuidadosamente feitas. (*)

Quando a côr escura da ansa intestinal faz suppôr que esta póde já estar gangrenada, ha obrigação restricta de suspender a reducção. Depois de ter desbridado o annel constrictor, deixa-se então a ansa no sacco aberto, e espera-se para vèr o que advirá. Se a parte suspeita retoma a sua vitalidade, vèr-se-ha bem depressa a ansa retirar-se pouco a pouco para a cavidade abdominal, e poder-se-ha facilitar a sua retirada por uma atadura levemente compressiva; se pelo contrario a gangrena se confirma, podemos, segundo os casos, ou esperar a perfuração espontanea do intestino, ou abrir a ansa esphacelada.

Quando no decurso d'uma herniotomia, encontramos um intestino que está manifestamente gangrenado, devemos passar atravez do seu mesenterio uma ansa de fio de seda ou um delgado tubo de drenagem com o qual o fixaremos adiante do annel de sahida.

(*) O dr. Lawson Tait, professor de gynecologia no Queen's College de Birmingham, propôz recentemente a laparatomia para o tratamento de certas hernias estranguladas ou não.

Refiro-me accidentalmente a isto, porque sei que o illustre professor Azevedo Maia obteve, ha pouco tempo ainda por este processo, um caso de cura n'uma mulher portadora d'uma hernia estrangulada. Não cabe, porém, nos limites do meu trabalho descrever o processo de Lawson Tait, assim como o processo empregado por Bottini (de Pavia) para a cura radical das hernias congenitas ou adquiridas.

Eventualmente, podemos mesmo reunil-o por alguns pontos de sutura á pelle do contorno do annel. Fendendo então o intestino assim fixado, praticaremos um *anus contra natura,* que mais tarde, se o doente sobrevive, curar-se-ha espontaneamente, como succedeu no caso cuja observação faz parte do meu trabalho, ou que deverá ser fechado por uma nova operação — *resecção do intestino seguida de sutura, applicação do enterotomo de Dupuytren.* N'estes ultimos tempos tem-se praticado muitas vezes a resecção immediata da ansa esphacelada seguida da reunião dos dois topos pelo processo da *sutura intestinal circular.* Este modo de proceder não deve, segundo a opinião de Karl Lobker, ser seguido, porque as probabilidades de reunião são muito aleatorias quando a sutura tem sido applicada sobre um intestino inflammado, susceptivel de ser ainda invadido pelos progressos da gangrena.

Observação

Hernia crural estrangulada

Operação

C. A., casada, 45 annos, natural e residente em Maçainhas, concelho da Guarda, jornaleira.

Filha de paes robustos e saudaveis, nunca soffreu de doença alguma; foi menstruada normalmente aos 16 para os 17 annos, e é mãe de 18 filhos, o mais novo dos quaes tem apenas 10 ou 11 mezes.

A doente contou-nos que no dia 20 d'agosto proximo passado, pelas 3 horas da tarde, sentiu, em seguida a uma violenta altercação que teve por causa d'uns negocios e quando a caminho de casa, colicas intestinaes violentissimas a ponto de lhe fazerem perder os sentidos. Por este motivo recolheram-a para casa d'uma irmã, distante da sua um kilometro. Aqui, depois que a deitaram n'uma cama, principiou

logo a vomitar, continuando as colicas e redobrando de intensidade a cada novo esforço de vomito.

Decorrido algum tempo, a doente levou a mão á virilha direita, onde sentiu uma dôr finissima, encontrando ahi uma pequena saliencia pouco mais ou menos do volume de uma noz.

A doente affirmou-me d'um modo positivo que nunca, antes d'isto, tinha soffrido da região referida ou dado razão de ter ali qualquer coisa de anormal.

No dia seguinte, 21, a doente foi transportada para sua casa ao dorso d'uma jumenta e amparada pelo marido. Este dia passou-se do mesmo modo que a tarde do dia antecedente com continuação das colicas intestinaes e vomitos que se repetiram todas as vezes que a doente ingeriu pequenas porções de caldo — unico alimento que lhe foi ministrado.

Continuando este estado de coisas, foi chamado, pela tarde d'este dia, o meu illustre collega, dr. Rodrigues da Costa, que generosamente foi prestar os primeiros soccorros clinicos á doente, partindo para Maçainhas, distante da Guarda cinco kilometros. Chegando ali pelas 6 horas da tarde, viu o meu illustre collega que se tratava d'um enterócele estrangulado. Tentou fazer a taxis, o que lhe foi impossivel e aconselhou por este motivo a doente a que désse entrada no hospital da Misericordia da Guarda, para ser ali operada.

No dia 22, pelas 8 horas da manhã, a doente deu entrada na enfermaria de mulheres.

Á hora da visita tive occasião de examinar a doente e de observar na região inguinal direita, abaixo d'uma linha que passasse pela espinha illiaca antero-superior e pela espinha do pubis, um tumor do volume approximado de uma pequena laranja, situado por dentro dos vasos femoraes, irreductivel, muito tenso, pouco sensivel á pressão; mas, por este meio, comprimindo sobre o annel crural, a doente accusava uma dôr fortissima; observei um pouco de meteorismo e que todo o abdomen estava mais ou menos doloroso; além d'isso, a continuação dos vomitos, já fecaloides, a falta de dejecções e de expulsão de gazes pelo anus, não me deixaram duvida alguma que a doente era portadora d'uma hernia crural estrangulada.

O pulso era pequeno, frequente; a respiração anciosa e a temperatura de 36,5.

Chamados a conferencia os meus illustres collegas drs. Julio d'Andrade, director da enfermaria d'homens, e Rodrigues da Costa, assistente da enferma, resolvemos intervir cirurgicamente, visto que o caso se impunha.

Depois de obtido o consentimento da doente, assentamos que a operação se fizesse ás 3 horas da tarde, porque não podia ter logar antes.

Á hora aprazada, depois de anesthesiada a doente pelo collega dr. Julio e feita a *toilette* operatoria, fiz, tendo por ajudante o meu col-

lega dr. Costa, uma incisão de cerca de quinze centimetros, parallela á arcada crural e abaixo d'esta proximamente 0,02, no sentido do maior diametro do tumor. Cortando successivamente sobre a sonda cannelada os differentes planos da região, cheguei sobre o sacco herniario; aberto este, vi que o conteúdo da hernia era exclusivamente formado pelo intestino delgado que não nos pareceu gangrenado; feito o desbridamento e a reducção do intestino, procedeu-se á sutura da ferida operatoria; pulverisada a ferida com iodoformio, appliquei uma larga compressa de algodão phenicado, contida por uma atadura.

Assentamos, em seguida, que fossem administrados alguns clysteres d'oleo de ricino, que provocaram algumas dejecções.

Á operação assistiu, a meu convite, o meu amigo e collega Lucio Gonçalves Nunes.

No dia seguinte, 23, mandei administrar algumas colheres d'oleo de ricino e clysteres. Os vomitos, que desde a tarde antecedente se tinham tornado alimentares, cessaram completamente pela tarde d'este dia, estabelecendo-se a expulsão pelo anus de materias fecaes abundantes e desapparecendo totalmente todo o cortejo de symptomas abdominaes e locaes.

O pulso n'este dia estava pequeno, mas regular; a temperatura 37.

No dia 24, 25 e 26 houve uma pequena elevação de temperatura, nunca excedendo o thermometro, 39. Estado geral regular e consequen-

cias operatorias magnificas; a ferida operatoria tendia a cicatrisar por primeira intenção.

No dia 27, o quinto depois da operação, quando me dispunha a levantar os fios de sutura, notei que o tegumento estava descollado em toda a extensão da ferida operatoria, embora a pelle não apresentasse vestigios alguns de ulceração. Levantei dois pontos de sutura e observei a sahida, por esta abertura, de materias esverdeadas, productos da digestão, e gazes. Estava em presença d'um anus contra natura, cuja formação, tendo em conta o estado geral da doente, eu não podia ter supposto.

Feita uma exploração com o dedo, pareceu-me tratar-se d'um ânus contra natura sem esporão; demais, a continuação das dejecções pelo anus physiologico fez-me pensar que apenas uma pequena parte da circumferencia do tubo intestinal tinha sido eliminada.

A temperatura desceu a 37 já na tarde d'este dia. Prescrevi no dia seguinte uma dieta substancial, recommendando a maior limpeza nos bordos da solução de continuidade, posição horisontal e decubito dorsal, e leves compressões para approximar os bordos do orificio anormal por meio de rolos de algodão antiseptico.

No dia 1 de setembro, tendo de ausentar-me com licença de um mez, encarreguei do serviço da minha enfermaria o meu amigo Lucio Gonçalves Nunes.

Este meu collega continuou, durante a minha ausencia, o tratamento preceituado.

No dia 20 de setembro, a sahida de materias fecaes e de gazes pelo anus anormal parou completamente. A doente conservou-se sempre apyretica e com bom appetite.

Contra minha vontade e prescripção a doente retirou-se do meu serviço no dia 8 de outubro de 1891, sendo portadora ainda d'uma pequena solução de continuidade, de comprimento approximado de 0,02 por 0,02 de profundidade, e correspondente aos bordos do anus anormal.

Hoje, segundo me consta, está completamente curada.

Guarda, novembro de 1891.

João Monteiro de Sacadura.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — Todos os ganglios lymphaticos do collo são *sob-aponevroticos*.

Physiologia. — O nervo pneumogastrico é o regulador dos movimentos do estomago.

Anatomia pathologica. — A vulvite blennorrhagica não tem caracteres anatomo-pathologicos que lhe sejam proprios.

Materia medica. — A antisepsia intestinal deve ser utilisada contra as erupções medicamentosas em geral.

Pathologia geral. — O meio exerce um papel importante na evolução e cura das doenças.

Pathologia externa. — Prefiro a sutura ossea no tratamento das fracturas recentes da rotula.

Pathologia interna. — A grippe exerce uma influencia notavelmente aggravante, muitas vezes mesmo fatal, sobre a marcha da tuberculose.

Operações. — Quando a herniotomia se faz em boas condições, devemos, depois de ter reduzido a viscera estrangulada, tentar fechar o annel herniario por sutura.

Partos. — A eclampsia, quando se manifesta durante o trabalho, é uma causa indirecta de dystocia.

Medicina legal. — O exame microscopico dos corrimentos vulvo-vaginaes não permitte actualmente ao perito affirmar que tal vulvite é ou não de natureza blennorrhagica.

Approvada.

Silva Pinto.

Póde imprimir-se.

O director,

Visconde de Oliveira.