

1309

1908

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO

DAS

FRACTURAS DO CRANEO

134/2-EMC

JULIO ABEILARD TEIXEIRA

N.º 2

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO

DAS

FRACTURAS DO CRANEO

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

PORTO — Imprensa Portuguesa
Rua Formosa, 112 — MCMVII

134/2 ENC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

SECRETARIO

THIAGO AUGUSTO D'ALMEIDA

CORPO DOCENTE

LENTES CATHEDRATICOS

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva e geral | Luiz de Freitas Viegas. |
| 2. ^a Cadeira — Physiologia | Antonio Placido da Costa. |
| 3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica | Thiago Augusto d'Almeida. |
| 4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa | Carlos Alberto de Lima. |
| 5. ^a Cadeira — Medicina operatoria | Antonio J. de Sousa Junior. |
| 6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos | Candido Augusto C. de Pinho. |
| 7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna | José Dias d'Almeida Junior. |
| 8. ^a Cadeira — Clinica medica | Vaga. |
| 9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica | Roberto B. do Rosario Frias. |
| 10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica | Augusto H. Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira — Medicina legal | Maximiano A. O. Lemos. |
| 12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica | Alberto P. Pinto d'Aguiar. |
| 13. ^a Cadeira — Hygiene | J. L. da S. Martins Junior. |
| 14. ^a Cadeira — Histologia e physiologia geral | José Alfredo M. de Magalhães. |
| 15. ^a Cadeira — Anatomia topographica | Joaquim A. Pires de Lima. |

LENTES JUBILADOS

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| Secção medica | { José d'Andrade Gramaxo. |
| | { Illydio Ayres Pereira do Valle. |
| | { Antonio d'Azevedo Maia. |
| Secção cirurgica | { Pedro Augusto Dias. |
| | { Dr. Agostinho A. do Souto. |
| | { Antonio J. de Moraes Caldas. |

LENTES SUBSTITUTOS

- | | |
|----------------------------|---------|
| Secção medica | { Vaga. |
| | { Vaga. |
| Secção cirurgica | { Vaga. |
| | { 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 todos os que
me estimam**

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE

Prof. Carlos Alberto de Lima

PREFACIO

É quasi que uma praxe escrever-se no prologo de trabalhos como este:—“Se a lei não impozesse a obrigação d'estas paginas não seria por devoção que ellas se estampariam.”

Eu não fujo ás tradições.

As palavras já tantas vezes impressas, ainda aqui teem cabimento.

De facto, nem o cabedal scientifico com que sahimos das escolas, nem a escassez do tempo, todo elle curto para as aulas e deveres escolares, permitem originalidade no assumpto.

De ordinario compillam-se volumes francezes, vão-se serzindo retalhos de auctores estrangeiros, e lá se alinhavam considerações para um remate que não deixe em má situação o candidato á carta de curso.

Cada um se esforce para que não sejam tomados em somenos conta os seus recursos mentaes. Mas que das theses se destaquem volumes de grande valia —era esperar milagres, e o milagre não está hoje á

disposição de toda a gente. Os thaumaturgos tambem fizeram o seu tempo.

Na França, cujas correntes intellectuaes se repercutem entre nós, em todos os ramos dos conhecimentos humanos, produziu-se nos ultimos annos um forte movimento contra as theses do bacharelato. Professores e alumnos, scientistas e letrados se pronunciaram contra tal costume.

As principaes razões allegadas correspondem exactamente ás que apontamos. O cumprimento das disposições legaes constitue uma corvée inutil e fadigosa, tanto para os mestres como para os discipulos.

Para evitar um alarde de erudição e fugir—tanto quanto possivel—ao que venho criticando, tomei como assumpto d'estas paginas alguns casos de clinica cirurgica, que observei e ajudei a tratar no Hospital da Misericordia. Foram os casos de fractura craneana, adeante expostos, que pelo conjuncto de circumstancias concomitantes me interessaram sobremaneira.

Já d'ahi se depreheende a modestia do meu trabalho.

Porém, não será esta, apenas, a unica vez que tratarei do assumpto da minha these. A elle volverei mais tarde. E como é de presumir que a estes casos se ajuntem outros da mesma especie, serão elles, em occasião opportuna, mais proficientemente descriptos e analysados.

Por agora desempenhar-me-hei sómente de uma imposição regulamentar. Relevem-me, por conseguinte' as insufficiencias os poucos que me lerem.

Resta-me agradecer aos que me ajudaram; uns facilitando-me as condições de trabalho, outros guiando-me e elucidando-me com os seus conhecimentos profissionaes para que eu podesse formar um criterio seguro.

Aqui deixo publico testemunho de gratidão n'estas linhas, nas quaes, o que lhe mingúa em extensão sobeja em affectividade.

OBSERVAÇÕES

O. A. V., 18 annos, solteiro, impressor. Entrou para a enfermaria n.º 1, do Hospital da Misericórdia, no dia 11 de agosto de 1907.

Queixava-se de violentas dôres de cabeça e vertigens que por vezes o impediam de trabalhar.

Diz ter ficado assim desde o dia 26 de maio do corrente anno, quando regressava ao Porto, no tejadilho de uma carruagem de caminho de ferro, batendo com a cabeça n'uma ponte de pedra. Por essa ocasião perdeu os sentidos que só recuperou no dia seguinte (quinze horas depois).

Acompanhado ao Hospital da Misericórdia fizeram-lhe durante dias o curativo, até que cicatrizada a ferida começou a trabalhar. As vertigens, que nunca lhe passaram, augmentam, a cicatriz suppura, embora pouco, e as dôres de cabeça que tinham desaparecido, voltam novamente.

Apresenta-se de novo no hospital e é n'este estado que o vamos encontrar na enfermaria.

Examinado pelo sr. dr. Martins da Silva, exame

a que assisti, apresentava uma cicatriz com depressão, na parte direita do frontal.

Suppurava pouco. Tinha de diametro centimetro e meio, no sentido vertical e diametro horisontal quatro centimetros. A depressão devia comprimir-lhe o cerebro. Nada mais se notava. Sensibilidade normal. O exame do fundo do olho, nada nos revelou.

Foi operado no dia 13 de agosto. Feita a *toilette* da pelle, foi em seguida anesthesiado pelo chloroformio.

Na parte direita do frontal, uma incisão semi-circular feita um pouco abaixo da cicatriz, pôz-nos a descoberto o osso que apresentava uma depressão d'onde partiam traços de fractura.

Com o trepano tiramos a primeira rodella ossea e depois servindo-nos do escopro, retiramos o osso fracturado, empregando por ultimo a pinça-goiva para alargar um pouco para fóra a abertura.

A dura-mater um pouco congestionada no sitio onde a lamina interna fazia compressão, apresentava-se intacta. Foi tapada a brecha com gaze aseptica.

Nunca teve elevação de temperatura. Os curativos eram feitos diariamente e consistiam sómente na substituição da gaze.

Sahi curado no dia 14 de setembro de 1907.

II

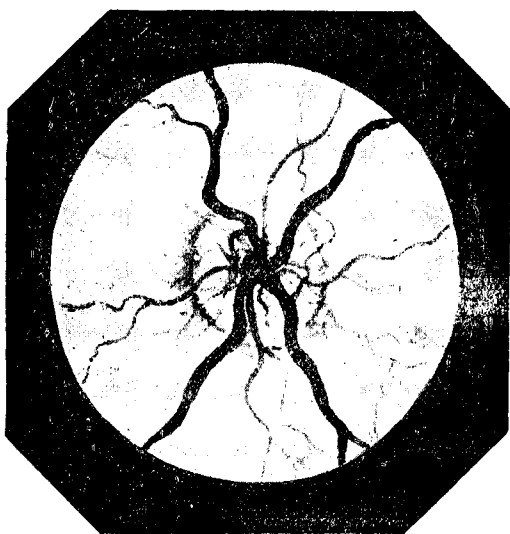
A. F. F., 30 annos, casado, jornalista, natural de Armamar. Entrou para a enfermaria n.º 1, do Hospital da Misericórdia, no dia 12 de agosto de 1907.

Conta que sete semanas antes da entrada para o hospital, por causa de uma questão que tivera, lhe deram com a unha de um sacho na cabeça. Cahiú sem sentidos e disseram-lhe ter-se conservado assim por espaço de nove dias. No fim d'este tempo começou por ouvir; foi recuperando a vista a pouco e pouco mas via tudo em duplicado; falava sem difficuldade, sentia pouca força nas mãos e pernas e quando caminhava tinha vertigens.

A ferida que tinha sido suturada a pontos naturais, suppurava abundantemente. Foi n'este estado que entrou para o hospital a conselho de um medico de Armamar.

Pelo exame da ferida na região fronto-parietal direita, dirigindo-se de deante para traz, via-se que esta suppurava abundantemente e explorada com

um estylete, notava-se que os ossos estavam fraturados em grande extensão e em sentidos diversos. Respondia com precisão às perguntas que se lhe faziam. Motilidade, sensibilidade e reflexos não estavam alterados. Tinha diplopia.



O exame do fundo do olho revelou a existencia de uma estáse papillar nitidamente accentuada; as veias achavam-se muito augmentadas de calibre e flexuosas, formando contraste com as arterias que eram delgadas e filiformes. Além d'esta lesão vascular observava-se tambem um certo grau de diffusibilidade no contorno da papilla, de côr leve-

mente avermelhada, indicio de uma nevro-retinite em começo.

Estas lesões, posto que fossem sensíveis nos



dois órgãos, eram contudo mais intensas no olho esquerdo.

Nunca estivera doente, só ha cerca de tres annos teve uma constipação que lhe durou, quando muito, quinze dias.

É operado no dia 16 de agosto.

Feita a *toilette* da pelle, empregamos como anestesico o chloroformio. Traçadas as linhas de reparo, limitamo-nos a prolongar a ferida, que já apresentava, para traz e para deante.

Chegamos assim á parte ossea (fronto-parietal). Havia uma fenda d'onde partiam traços de fractura. Com o escopro e martello fomos levantando a pouco e pouco os ossos da lamina externa e em seguida retiramos com uma pinça as partes osseas da lamina interna.

Como os traços de fractura eram extensos, empregamos a pinça-goiva para mais rapidamente retirar a parte fracturada. Havia por cima da dura-mater um coagulo sanguineo de pouca espessura que retiramos com uma cureta. A dura-mater pulsava e sangrava abundantemente, sendo preciso collocar um tampão para sustar a hemorragia, retirando-o passado vinte e quatro horas.

Foram-lhe por mim feitos diariamente os curativos.

Nunca teve febre. Havia suppuração mas muito diminuta.

Ao sexto dia quasi a diplopia lhe tinha desaparecido, pois só á distancia de tres metros em deante via os objectos em duplicado.

Ao decimo dia (26) de operado, desapareciam-lhe por completo as vertigens e a diplopia.

A cicatrização da ferida segue regularmente. Na parte de mais declive, na região frontal, onde havia um fundo de sacco feito pelo couro cabelludo, apparece sempre suppuração; além d'isto, os bordos da ferida constituídos pelo couro cabelludo, apesar de ter collocado sempre por baixo d'elles tiras de gaze aseptica, voltam-se para dentro e o cabello irrita a ferida. Como se fossem fazendo as adherencias e a cicatriz ficasse muito grande, não diminuindo a suppuração na parte anterior da ferida, é operado novamente no dia 30 de outubro, sendo-lhe feita a abertura do fundo de sacco e o desbridamento dos bordos da ferida que em seguida foram cozidos a pontos naturaes, deixando em aberto a parte anterior para se fazer a drenagem.

Quinze dias passados, estão os bordos adherentes, a cicatriz quasi convertida n'uma linha e o fundo de sacco é suturado. Ha sempre um pouco de suppuração devida ao cabello, a qual, quasi desaparece, emquanto barbeado, para de novo voltar. O estado geral é bom. Deve brevemente sahir curado.

III

A 6 de setembro de 1907, entrou para a enfermaria n.º 2, do Hospital da Misericórdia, o doente G. A. S., de 23 annos de idade, arraes, natural de Baião.

Era portador de uma contusão da região parietal esquerda, tendo ao centro uma pequena ferida perforante de alguns millímetros apenas.

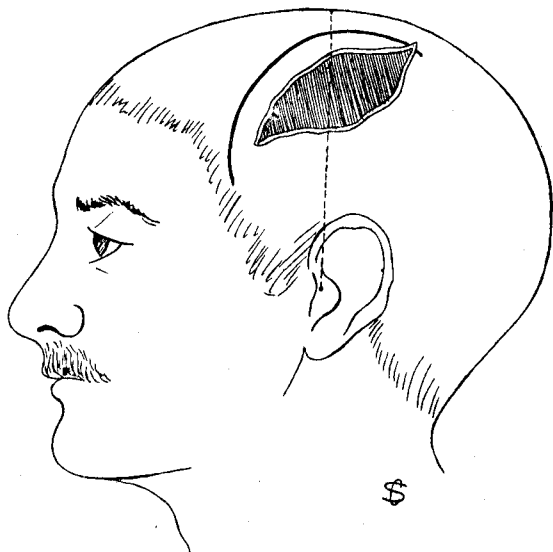
A palpação da superficie contusa, não nos deu sensação d'onde pudessemos concluir haver fractura do craneo.

O doente estava aphasico, limitando-se a responder ás perguntas que se lhe faziam com monosyllabos intelligíveis. Apontava com insistencia para o membro direito que estava totalmente pariado e para a face do mesmo lado que por simples inspecção nos mostrava um consideravel desvio da commissura labial d'esse lado.

Por um exame, mais cuidado do doente, pôde notar-se que, além da paresia de todo o membro superior direito, havia abolição completa da sensi-

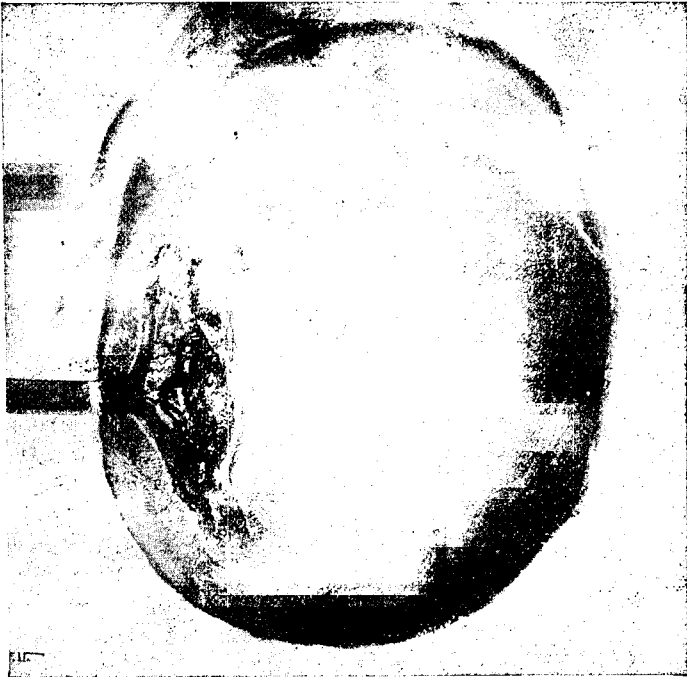
bilidade e paralyasia dos dedos pollegar, indicador e médio.

Havia paralyasia da face do lado direito e um desvio muito accentuado da lingua para o mesmo lado.



As pupillas, um pouco dilatadas, reagiam fracamente á luz. Audição e olfato normaes. Caminhava sem hesitação. Reflexos rotulianos, o direito mais fraco que o esquerdo. Temperatura normal. Havia dysphagia. Por este exame, o medico da enfermaria, sr. dr. Martins da Silva, foi levado a crer que se tratava de um caso de compressão do cerebro por

sequestro osseo (da lamina interna), ou por hemorragia. Propôz-se desde logo ao doente a intervenção cirurgica, que foi aceite.



Operado no dia 7 de setembro pelo sr. dr. Martins da Silva, auxiliado pelo sr. dr. Couto Soares e por mim. Empregou-se como anestésico o chloroformio.

Após um corte semi-circular de concavidade inferior, seguindo mais ou menos o contorno da

contusão, e ruginando o pericraneo, não foi sem alguma dificuldade que se pôde divisar um tenuissimo traço de fractura, atravessando obliquamente a superficie do osso posto a descoberto. Sobre elle se fez cahir a corôa do trepano, servindo tambem para ponto de referencia a pequena ferida perfurante que havia no couro cabelludo. Ao levantar a rodela do osso, deparou-se-nos um coagulo sanguineo expesso cobrindo a dura-mater. Alargando a pouco e pouco o orificio craneano por meio de uma pinça-goiva, conseguiu-se attingir, depois de um delicado trabalho, a periphéria do derrame.

Tinha o derrame approximadamente cinco e meio centimetros de largura por sete centimetros de comprimento, e dirigia-se obliquamente de cima para baixo e de traz para deante.

Com uma cureta foi cuidadosamente removido o derrame, ficando a descoberto a dura-mater que apenas apresentava n'um ou n'outro ponto pequenas pontuações sangrentas, e pulsando normalmente. Regularisados os bordos osseos da ferida, fez-se um penso aséptico.

No dia seguinte, dos symptomas apresentados anteriormente tinha desaparecido a dysphagia, pois o doente conseguira beber os caldos da dieta. A noite passou-a um pouco agitado, teve alguns vomitos e não houve elevação de temperatura.

No segundo dia depois de operado, o doente com grande esforço consegue articular algumas palavras. É-lhe levantado o penso, a ferida apresenta um bom aspecto.

A paresia e anesthesia do membro superior direito tem umas leves melhoras, bem como a paralysis dos dedos, a ponto de com grande esforço conseguir escrever assim o seu nome:

Général Gerdour

Nos dias seguintes as melhoras vão-se accentuando gradualmente. A 23 de setembro o doente já fala sem dificuldade, apenas arrastadamente.

A sensibilidade e motilidade do membro superior são quasi perfeitas, a paralysis dos dedos desapareceu quasi por completo.

A sua assignatura feita n'aquelle dia é esta:

Général Louis Gerdour

A paralyisia da face melhora consideravelmente, sendo menos perceptivel o desvio da commissura labial e da lingua.

Logo que o estado do doente o permittiu, indaguei dos pormenores da historia da doença. Contou-me elle que a 5 de setembro, pela noite, estando na Barca d'Alva, tivera uma questão com um companheiro e que este lhe déra uma pancada na cabeça com uma tábua, que depois lhe disseram ter um prego espetado. A pancada lançou-o por terra, mas não impediu que elle se levantasse immediatamente e fugisse para uma venda proxima, cêrca de cincoenta metros distante do local da contenda. Ao chegar ahi, quizera queixar-se do que lhe tinha acontecido, mas não pôde falar e, como sentisse a cabeça fortemente atordoada, teve de sentar-se, sem comtudo chegar a perder o conhecimento. Um pouco reanimado, notou que um forte formigueiro se lhe estendia por toda a face e membro superior do lado direito e pessoas que o cercavam lhe notaram que a bocca estava torcida (sic). Palpando a cabeça no sitio da pancada sentiu um *pulmão* (sic) e viu que a mão ficou levemente tinta de sangue.

N'essa occasião, pretendendo alguém dar-lhe agua para o reanimar, reconheceu que não podia engulir e que a agua lhe refluiu para a bocca.

Depois de lhe raparem o cabello, applicaram-

lhe sanguesugas e cataplasmas de linhaça. No dia seguinte, de manhã, veio para Arêgos, onde consultou um medico que o mandou n'esse mesmo dia para o Porto, dando entrada no Hospital da Misericordia.

Sahiu curado no dia 7 de novembro.

TECHNICA OPERATORIA

Toilette da pelle—Deve o couro cabelludo ser barbeado por completo ou pelo menos em grande extensão para se poder operar o mais asepticamente possível.

Lava-se depois a cabeça empregando, como para todas as desinfecções da pelle, a agua e sabão, alcool e sublimado.

Linhas de reparo—É de toda a prudencia antes de intervir, traçar linhas de reparo, para bem conhecer a região onde se vae operar e assim afastarmos-nos quando estivermos perto do seio longitudinal superior, cuja abertura dá logar a accidentes quasi sempre fataes. O afastamento deve ser de um centimetro e meio da linha média e nunca devemos esquecer que o seio longitudinal está um pouco desviado para a direita.

As principaes linhas de reparo que devemos saber traçar, são a sagittal (linha média antero-

posterior do craneo), a rolandica e as que nos indicam os dous ramos principaes da arteria meningeia média.

Determinação da linha sagittal—Determinado o sulco fronto-nasal e a protuberancia occipital externa, pela união d'estes dous pontos temos a linha sagittal.

Determinação da linha rolandica—Ponto rolandico superior: A partir do sulco naso-frontal medimos sobre a linha sagittal dezoito centímetros e meio (Poirier).

Ponto rolandico inferior: A partir do ponto rolandico superior, medimos nove centímetros n'uma linha que vae d'esse ponto ao meio da arcada zigomatica.

A linha de união dos dous pontos rolandicos dá-nos a linha rolandica.

Topographia dos dous ramos da arteria meningeia média—Determinados os tres pontos apophyse zigomatica, rebordo inferior da orbita e abertura do canal auditivo, reunimos estes por uma linha—temos assim a linha denominada horisontal inferior do craneo.

Pelo rebordo superior da orbita, traçamos uma segunda linha que seja parallelá á primeira e que prolongaremos para traz do ouvido—é a horisontal superior do craneo.

Tomando um cartão de visita, levantamos sobre

a horizontal inferior uma perpendicular, de maneira que esta passe pelo meio da arcada zigomatica; sobre esta perpendicular contamos cinco centímetros —temos assim o trajecto da arteria meningea média, que corresponde, pouco mais ou menos, ao ponto onde a perpendicular se encontra com a horizontal superior, isto é, ao angulo antero inferior do parietal.

Do bordo posterior da apophyse mastoidea levanta-se outra perpendicular até encontrar a horizontal superior—n'este ponto está o ramo posterior da arteria meningeia.

Anesthesia —Empregam uns a anesthesia mixta com injeccão sub-cutanea de morphina, aproveitando a propriedade que tem o opio de contrahir as arteriolas do cerebro. Para as creanças a morphina é perigosa e é substituida pela ergotina, tambem em injeccão sub-cutanea.

Outros empregam o chloroformio, não temendo hemorragias, nem o emprego de grandes doses d'este anesthesico. Nos casos por mim observados empregou-se sempre o chloroformio, com bons resultados.

Incisão cutanea —A incisão do couro cabelludo pôde fazer-se em cruz, em τ , ou semi-circular de modo a haver um unico retalho.

Não é indifferente o emprego de uma ou outra incisão, pois que se a incisão em cruz ou τ nos dá exactamente o ponto onde temos de intervir, a cicatrização torna-se mais demorada devido aos retalhos e essa cicatriz fica justamente sobre o ponto onde foi feita a intervenção.

Preferimos o retalho semi-circular unico por ser mais facil de suturar, de drenar e porque a cicatriz fica afastada do logar onde se fez a trepanação.

Feita a incisão do couro cabelludo o periosseo pôde ser levantado conjunctamente com aquelle, ou isoladamente, pois que, aqui, o periosseo não reproduz o osso para substituir a brecha feita no craneo.

Antes de abrir o craneo é preciso marcar com exactidão a parte ossea onde temos de intervir.

Para isto colloca-se o retalho do couro cabelludo no sitio primitivo e pelas linhas de reparo orientamo-nos novamente.

Trepanação—O instrumental empregado é o escopro e martello, o trepano, pinça-goiva e ultimamente a *fraise* electrica de Doyen. Qualquer d'estes instrumentos é bom desde que esteja em mão habituada a manejar-os.

O escopro e martello, quando o craneo não está fendido, pôde produzir commoção cerebral (Filehne, Koch).

O processo empregado nos casos por mim observados consistiu no seguinte:

Não estando o osso fendido foi utilizada a corôa do trepano e depois de extrahir a primeira rodella ossea, o escopro, até completa abertura do craneo.

Seguidamente, e para a exploração da dura-mater, alargava-se amplamente a abertura feita, empregando então a pinça-goiva que pela disposição dos seus ramos protege a dura-mater, não havendo perigo de a ferir.

Opera-se, n'estas condições, com segurança e rapidez, pois com a pinça-goiva podemos seguir a direcção pretendida para alargamento da abertura ossea e exame da ferida.

A abertura craneana deve ser larga, para facilmente se poder trabalhar, pondo o cerebro, ou as suas membranas, a descoberto, para assim notarmos com precisão o que ha de anormal. Dizem alguns auctores ter as grandes aberturas craneanas o inconveniente de produzir hernias cerebraes e que isto se dá só quando ha inflammação.

Exploração e incisão da dura-mater—Tirado o osso apparece-nos a dura-mater, a menos que haja algum derrame ou qualquer cousa de anormal que possa explicar a causa da lesão que procuramos ou mesmo fornecer indicações importantes.

Se ha hypertensão intra-craneana vê-se a dura-mater repellida pelo cerebro, fazer hernia na ferida, sem apresentar, como normalmente, pulsações: n'estes casos a dura-mater deve ser aberta para explorarmos o cerebro.

A incisão da dura-mater faz-se em cruz segurando cada retalho com uma pinça.

Se a dura-mater estiver muito adherente ao osso, a ponto de não ser possível destacad-a d'este, corta-se mesmo em grande extensão, collocando, finda que seja a operação, o couro cabelludo sobre a pia-mater.

Exploração e incisão do cerebro— Aberta a dura-mater ou a lesão se apresenta á superficie como um kisto que se drena, ou um tumor cortical que se estirpa; ou a lesão é profunda e nada podemos fazer além da incisão ou puncção para determinar o fóco morbido, que poderemos evacuar no caso de ser uma collecção liquida.

A puncção pratica-se da fórma seguinte: uma agulha de dez centimetros de comprimento, e com a ponta romba, introduz-se no cerebro, havendo a maior cautela em não lhe imprimir movimentos de lateralidade. Esta introduccção da agulha faz-se lentamente, havendo o cuidado de praticar a aspiração á medida que a vamos introduzindo.

Nada encontrando na direcção primitivamente seguida, retiramos a agulha e introduzimos-a de novo seguindo outra orientação.

Todos os auctores são unanimes em afirmar não haver perigo em fazer estas explorações; mesmo alguns como Bergmann e Nevratil preferem a incisão á punção.

Hemostase— Tanto o couro cabelludo como ossos e meninges sangram abundantemente, não sendo sempre facil deter estas hemorragias.

Para a *hemostase do couro cabelludo* empregam-se pinças de pressão, que servem ao mesmo tempo para afastar os retalhos e para sustar a hemorragia.

O *osso* dá sempre muito sangue, sobretudo quando nos servimos da pinça-goiva. Faz-se a hemostase pela compressão com gaze aséptica, durante alguns minutos.

Se depois d'esta compressão o osso continuar a sangrar, basta apertar a parte sangrenta entre os ramos da pinça-goiva para a hemorragia se deter.

Lucas-Championnière e Horsley aconselham a oclusão da superficie da secção ossea com cera virgem esterilizada pelo calor.

Vasos da dura-mater— Quando esta membrana

é cortada em cruz e a hemorragia é grande, pinçam-se os vasos e faz-se a laqueação em massa.

Não acontece o mesmo com os seios da dura-mater, porque além do perigo da hemorragia ha o da entrada do ar nas veias.

Quando n'este caso é impossivel a laqueação emprega-se a tamponagem com gaze aséptica.

Para os *vasos da pia-mater e cerebro* a hemostase é muito mais difficil. A hemostase directa é na maior parte dos casos impossivel, porque os vasos se laceram com a pinça ou com a seda. Para isto emprega-se o tampão (Bergman, Demons, Horsley), que no fim de vinte e quatro ou quarenta e oito horas se retira, ou então agua esterilizada a 45° (Keen).

É empregado com resultado o thermo-cauterio ao rubro sombrio.

Drenagem—Quando a ferida é aséptica a drenagem dispensa-se. Se ha pus ou não ha certeza da ferida estar aséptica faz-se a drenagem.

Nas intervenções sobre o cerebro não se realisando a drenagem, ha o perigo de compressão cerebral devido ao sangue que possa sahir da ferida, e fazendo-a dá-se a perda séria de muito liquido encephalo-rachidiano.

CASOS EM QUE DEVEMOS TREPANAR

Quando uma pressão externa exercida sobre o craneo o consegue achatar sem passar os limites da elasticidade ossea, embora não haja fractura, póde produzir-se uma contusão sobre o cerebro:—devemos trepanar.

Quando a pressão é exercida sobre uma pequena area, o paciente é novo e os ossos não estão ainda consolidados:—devemos esperar e intervir ao primeiro symptoma que se nos apresente.

Quando a parte affectada apresenta uma pequena area, mas está mettida para dentro angularmente, a intervenção operatoria deve fazer-se promptamente, mesmo sem haver symptomas, nem ferida, com o fim de evitar perigos immediatos ou remotos.

Nos casos de fracturas simples, sem symptomas, mas apresentando uma depressão:—devemos intervir.

Na duvida, pelo que respeita á gravidade do

caso, desde que o cirurgião confie na sua pericia deve intervir sempre, especialmente nas fracturas do frontal e parietal por causa das suas consequências, sendo d'estas a epilepsia a que apparece em maior numero de casos.

A natureza da violencia da pressão deve ser tomada em linha de conta, especialmente se fôr limitada a uma pequena area, com probabilidade de produzir depressão ou fractura da lamina interna, ou indirecta e diffusa com pequena depressão, mas provavelmente com laceração ou abertura dos pequenos vasos meningeos ou seios, interessando o ouvido médio, nariz, pharynge ou extendendo-se para a base.

Devemos, ao trepanar, evitar o tronco e ramos principaes da arteria meningeia média, largos seios venosos e suturas, porque a dura-mater está firmemente ligada a ellas.

A idade deve ser sempre levada em linha de conta, porque nas creanças uma depressão consideravel pôde ser seguida da ausencia de symptomas e cura espontanea.

Em fracturas do angulo interno da orbita, devemos intervir sempre porque na maioria dos casos estas fracturas são produzidas por instrumentos penetrantes.

Nas fracturas punctiformes, por mais insignifi-

cante que seja o ferimento da lamina externa, devemos intervir, devido á pouca elasticidade da lamina interna que apresenta sempre uma fractura maior que a da externa.

Devemos ter presente que as fracturas punctiformes podem muitas vezes ser produzidas por instrumentos rombos.

Proposições

Anatomia descriptiva — A variabilidade de fórmulas do hymen póde dar logar a erros.

Anatomia topographica — O conhecimento perfeito d'uma região anatomica, nem sempre evita surpresas ao operador.

Physiologia — O volume do musculo não soffre alteração sensível durante a contracção.

Anatomia pathologica — A autopsia dá-nos muitas surpresas.

Materia medica — A thalassotherapie é, muitas vezes, o refugio da ignorancia.

Pathologia externa — Nas feridas operatorias os liquidos são inimigos da cicatrização.

Pathologia interna — Reprovo o emprego de purgantes em casos de obstrucção intestinal.

Medicina operatoria — O melhor operador não é aquelle que conhece mais methodos.

Hygiene — Educar é sanear.

Medicina legal — A presença do hymen não é signal de virgindade.

Obstetricia — Nos casos de intervenção por inercia uterina devemos evitar, quanto ser possa, o emprego do chlo-roformio.

Visto.

O PRESIDENTE,
Carlos Lima.

Póde imprimir-se.

O DIRECTOR,
Moraes Caldas.