





13.483

DEDALUS - Acervo - FM



10700054829

48756

APONTAMENTOS
DE
CLINICA-CIRURGICA

APONTAMENTOS
DE
CLINICA-CIRURGICA

PELO

Dr. Domingos de Góes e Vasconcellos

PRECEDIDOS DE UMA CARTA

DO

EX.^{MO} SR. CONSELHEIRO SABOIA



RIO DE JANEIRO

Typ. de G. Leuzinger & Filhos, Rua d'Ouvidor 31

1885

Ill.^{mo} Sr. Dr. Domingos de Góes e Vasconcellos

Meu joven e distincto collega.

Enthusiasta da sciencia que professo e amigo em extremo dos que a cultivão com zelo e esmero, e apresentão o resultado de seus esforços, foi cheio de satisfação que recebi a noticia de que V havia coordenado algumas das lições que dera no pouco tempo que, durante o anno findo, estivera encarregado interinamente da regencia da 2.^a cadeira de clinica cirurgica, ás quaes addicionára diversas observações collidas em sua clinica particular, na intenção de dar á luz esse trabalho, si eu o lesse e julgasse digno de ser publicado.

Confessando-me sinceramente grato a essa prova de honrosa distincção, creio que V foi levado, antes pela convicção de que sou sincero e franco em minhas apreciações, do que pelo realce ou brilho que a minha opinião possa trazer a qualquer trabalho scientifico, augmentando ou diminuindo o seu valor.

Já sabia que a nós brasileiros, não é intelligencia nem talento o que nos faz falta, mas sim estudo paciente ou qualquer esforço aturado para tudo o que nos possa trazer gloria e renome; por isso contava que o trabalho que me dava para ler e que designára com o nome de — *Apontamentos de Clinica Cirurgica* — devia ter merecimento, e com effeito posso assegurar-lhe que a sua leitura me deixou a mais agradavel impressão, e que nesse trabalho V revela avultada somma de conhecimentos cirurgicos, espirito observador, e qualidades bem sensiveis e adequadas a um mestre, pela clareza e methodo com que são expostas e resolvidas muitas questões importantes da cirurgia hodierna.

Os assumptos que fizerão objecto das tres lições incluidas na primeira parte do seo trabalho offerecem o maximo interesse e forão discutidos com muito criterio e lucidez.

Em relação á primeira lição, que versa sobre uma especie de tumor que se desenvolve no assoalho da bocca entre a lingua e a arcada dentaria, as considerações que faz acerca da séde desse genero de tumor e a respeito do diagnostico são muito justas e sensatas; e ainda que em uma lição de clinica não se seja obrigado a esclarecer ou a desenvolver todas as questões que não tenham connexão intima com a pratica, todavia no caso em questão foi sensivel que se tivesse esquecido

de dizer alguma coisa sobre a pathogenia da ranula, afim de se poder comprehender a causa dos numerosos insuccessos resultantes dos diversos methodos de tratamento. Tambem entre esses methodos não foi citada a *drainage* do tumor, meio que já empreguei, e cujo resultado definitivo não pude apreciar, porque o doente, no fim do terceiro dia, deixou de vir ao meu consultorio, mas até então passava bem, tendo havido completo abatimento do tumor, tolerancia para a conservação do tubo e trabalho inflammatorio moderado.

Estou de perfeito accôrdo em que a excisão total ou parcial das paredes do kisto é de todos os processos de tratamento o melhor, mas julgo que a punccção prévia, como fez o meu joven e distincto collega, difficulta a operação. Em casos de ranula, pratico uma incisão no sentido do maior diametro do tumor, até chegar ás paredes do kisto, as quaes são enucleadas de todas as partes visinhas, por meio de uma tesoura ou espatula, e por fim excisadas. A conservação do conteúdo do kisto facilita grandemente a dissecção e excisão, ao passo que, com a retirada do liquido, as paredes do kisto ficão abatidas e fogem á dissecção, podendo dar lugar a que sejão offendidos alguns ramos arteriaes da região em que o kisto se formou.

A segunda lição versa sobre um doente de calculo vesical em que V praticou a talha peri-

neal pelo processo de Nélaton. É uma lição importante, já pelo facto em si mesmo, já pelo resultado da operação. Forão perfeita e criteriosamente justificados os motivos que o levarão a dar preferencia a talha perineal á hypogastrica e á lithotricia, e são judiciosissimas as reflexões que faz acerca da talha hypogastrica pelo processo de Petersen, e da lithotricia pelo processo de Bigelow. Ambos estes processos applicados ao tratamento dos calculosos têm occupado n'estes ultimos tempos a attenção dos cirurgiões, e servido de assumpto a trabalhos importantissimos, mas ainda não foi comprovada a sua supremacia sobre os processos usuaes.

No estabelecimento das indicações, foi esquecido um elemento que sempre deve ser attendido, quando se trata de um calculoso—é a idade. Eis ahi um facto que exclue peremptoriamente, a não se dar alguma circumstancia especial, a lithotricia, quando se tratar de um individuo de tenra idade ou que não tenha passado da época da puberdade, assim como dos 45 ou 50 annos de idade em diante, a lithotricia deverá em absoluto ser preferida á lithotomia, a não se darem circumstancias particulares, que são especificadas por todos os cirurgiões.

N'essa lição não foi indicada a idade do doente, mas provavelmente este se achava no periodo da vida em que póde ser indifferentemente praticada

a lithotricia ou a talha. Julgo, porém, que V não tem razão em suppôr a talha bilateral superior a outros processos, como o da talha lateralizada, etc., e si é justo confessar que entre nós dá-se sempre preferencia áquelle processo, em outros centros scientificos e nosocomiaes não se falla mais na talha bilateral ou de Dupuytren. Eu lanço mão d'este processo de preferencia aos outros, porque me habituei com o manual operatorio desde os primeiros annos de meu tirocinio cirurgico, mas aconselho a V que tem, como moço, um largo e brilhante futuro diante de si, que se habitue a exercitar-se no manual da talha lateralizada ou lateral, porque expõe menos á incontinencia das urinas e ás nevralgias do collo da bexiga do que a talha bilateral, principalmente nos adultos.

É toda theorica a idéa de que na lithotricia não se deve chloroformisar o doente para que este possa dar aviso ao cirurgião quando por acaso tenha sido apprehendida entre as colheres do lithotridor uma prega da mucosa vesical. A lithotricia, operação que tenho praticado dezenas de vezes, é sempre muito dolorosa, e não ha nenhum doente que esteja no caso de revelar uma sensibilidade propria que faça reconhecer que uma prega da mucosa foi presa pelo lithotridor.

D'este modo, si presumo ser curta e rapida a sessão de lithotricia, não faço administrar o chloroformio; no caso contrario, lanço mão dos anes-

thesicos, assim como tambem, para facilitar a apprehensão do calculo, não dispenso a injeccão vesical. Em meu livro de clinica cirurgica publicado em 1881, se achão consignadas as idéas que a esse respeito forão adoptadas em minha pratica.

As feridas ou as soluções de continuidade das partes molles e mesmo dos ossos formão com effeito o maior e mais importante contingente dos casos observados nas enfermarias cirurgicas da Misericordia, e desse genero de affecção escolheu V as feridas contusas para assumpto de sua terceira lição. O objecto em si é de uma importancia consideravel, e ninguem hoje ignora que a cirurgia modernissima deve os seus extraordinarios e estupendos progressos ao conhecimento que, no estudo das feridas quer accidentaes quer cirurgicas, adquirio sobre as causas reaes dos accidentes formidaveis e gravissimos que inesperadamente as vinhão complicar.

Em sua respectiva lição, foi o assumpto considerado sob um ponto de vista muito generico, mas nem por isso teve V razão para deixar de insistir, e por um modo bem positivo, ácerca dos curativos antisepticos, mostrando que o resultado do tratamento de uma ferida contusa ou proveniente de uma operação está ligado todo — não mais á habilidade manual do cirurgião — mas exclusivamente á antisepticia rigorosa e apropriada.

É certamente por não ter tido occasião de vêr, depois de um curativo bem rigoroso pelo methodo de Lister, feridas resultantes de amputações de perna ou côxa, etc., etc., reunidas por primeira intenção, succedendo o mesmo com as feridas resultantes de ablação de enormes tumores axillares ou inguinaes, etc., que V poude em sua lição dizer que a *suppuração era um contingente obrigatorio das feridas contusas* e dar valor á suppuração na marcha da cicatrisação das feridas, indicando que a acção prolongada do frio, retardando a formação dos botões carnosos *e por consequinte a suppuração*, retardava inevitavelmente a eliminação dos tecidos imprestaveis, quando hoje se sabe que o pús, e portanto a suppuração, é um *accidente* das soluções de continuidade, e que uma ferida, qualquer que seja a sua séde, profundidade, extensão, e estado dos tecidos, póde cicatrizar por segunda intenção, sem uma gotta de pús; mas foi com muito methodo e criterio que V expôz esse curiosissimo processo de reunião em cirurgia, como tambem deixou perfectamente firmadas as verdadeiras indicações para a sutura secca ou sangrenta das feridas contusas.

A segunda parte do seo trabalho iguala ou talvez excede em valor á primeira. Ella é constituida por seis importantissimas observações colhidas em sua clinica civil ou particular, as quaes muito se recommendão pelo cuidado e mi-

nuciosidade com que todos os factos forão referidos e expostos.

Seria tirar ao leitor a boa impressão que ha de experimentar com o estudo d'essas observações, si expuzesse o seu assumpto e as procurasse analysar, mas não me furtarei ao prazer de referir que pela leitura da 1.^a observação se reconhece que V não só sabe observar os factos, como tomar resoluções judiciosissimas que denotão disposições cirurgicas que não são communs em sua idade e que muito honrão ao seu talento.

A segunda observação versa tambem sobre um caso de estreitamento da urethra complicado de fistulas urinarias, e não é menos importante do que a primeira, já pelos accidentes que se seguirão á formação da coarctação urethral, já pelas difficuldades encontradas no catheterismo para a execução da operação da urethrotomia, e tudo o que V pôz em pratica revela bastante conhecimento do assumpto e recursos que sómente o estudo e a reflexão podem sugerir a um habil cirurgião.

Sobre esse caso, só ha uma observação a fazer, e é que não julgo util excitar as fistulas urinarias com o nitrato de prata, afim de activar o processo de cicatrização. Em taes condições, prefiro, quando a fistula me parece labiada, fazer uma franca incisão em que seião reunidos os trajectos fistulosos raspar com as colheres de Wolkman os tecidos endurecidos e deixal-os entregues ao processo natural de reparação.

Louvo igualmente a pratica, que fui o primeiro cirurgião a aconselhar, de não deixar na urethra, depois da urethrotomia, nenhuma sonda em permanencia, quando não haja fistula urinaria. Esse preceito de que fallei ao professor Guyon, na minha ultima viagem á Europa, em 1872, não foi por este cirurgião tido em grande consideração, mas depois elle o propôz em sua obra, como idéa sua. Felizmente, o trabalho que escrevi sobre a materia foi publicado muitos annos antes do livro do professor Guyon, para se poder vêr que o preceito foi concebido por mim.

A terceira observação se refere a um individuo de 17 annos, victima de um calculo urinario. A talha perineal bilateral foi a operação posta em execução, sendo o resultado por mais uma vez muito feliz. O valor da observação está em que o individuo em questão se achava ao mesmo tempo sob a influencia do impaludismo e apresentava frequentes e intensos accessos de febre intermittente, sendo verificado o facto de que apesar de ter sido esta combatida por muitos dias antes da operação, e de se mostrar o doente completamente livre dos accessos febris, entretanto logo após o traumatismo cirurgico, estes se apresentarão de novo com uma persistencia e rebeldia extraordinarias, sendo combatidos com difficuldade e após muitos dias de tratamento.

As tres ultimas observações são igualmente

bem interessantes, devendo, porém, notar que não é tão raro o desenvolvimento do sarcoma ou myxo-sarcoma na parte posterior da perna, como parece a V., visto que por meu lado tenho observado alguns casos, e no museo anatomico-pathologico da Faculdade se encontram dous casos que foram modelados em meu serviço clinico durante o anno de 1883.

O procedimento que V teve no caso de sua ultima observação é digno dos maiores elogios, pois que com muita lucidez e perfeito conhecimento das condições em que se achava a hernia inguino-escrotal do doente, poudo, pela operação opportunamente praticada, conseguir um esplendido resultado.

Em conclusão: o escripto de V tem valor e merece ser publicado. Si não encerra novidade, denota de sua parte espirito observador e muito reflectido, para resolver com muito criterio e talento as questões que se apresentam e seguir um caminho perfeitamente de accordo com os principios mais salutaes e indicados pela arte e pela sciencia.

Sirva elle de estímulo aos nossos jovens cirurgiões, e assegure a V a justa recompensa para proseguir com animo e coragem em seus estudos, afim de nos offerecer trabalhos ainda mais primorosos e que elevem o nome de V., para gloria de nossa Faculdade, a par dos grandes

cirurgiões do velho mundo, eis o que desejo de todo o coração.

Sem se apossar de qualquer orgulho, porque é um sentimento que faz com que um homem dê a si mesmo um valor superior ao que em realidade apresenta, e que deve ser desconhecido do verdadeiro sabio, que tanto mais ignorante se suppõe quanto mais aprofunda a sciencia ; sem se animar de qualquer sentimento de vaidade nem de inveja, lance-se V com ardor e enthusiasmo ao estudo, dando-lhe uma orientação scientifica conveniente, e esteja certo de que á grande altura poderá levar a cirurgia em nossa Patria.

De V.,
collega e amigo affectuoso,

V SABOIA.

Rio, 28 de Fevereiro de 1885.



INTRODUCCÃO

Tendo sido encarregado, durante o mez de Julho do corrente anno, pela directoria da Faculdade de Medicina, da regencia interina da segunda cadeira de clinica cirurgica, na qualidade de seu adjunto, tive a ventura de encontrar na respectiva enfermaria alguns casos dignos de nota.

D'esses doentes, uns erão notaveis pela raridade absoluta da lesão cirurgica que apresentavão ; outros, por terem tumores excepcionalmente localizados em certas regiões ; outros, por serem acommettidos de graves complicações febris consecutivamente aos mais simples exames exploradores ; ainda outros, pela difficuldade na execução e extrema gravidade dos processos operatorios que as suas affecções reclamavão ; outros, finalmente, por soffrerem de entidades nosologicas reputadas de facil reproducção após qualquer intervenção cirurgica.

É assim que nos leitos n.^{os} 27 e 28 achavão-se dous individuos calculosos, um de 45 annos de idade e o outro de 17, cujos calculos vesicaes só me era possivel extrahir pela talha perineal (o que demonstrará a leitura das respectivas observações), operação essa que é de uma execução complicada, que exige grande numero de minuciosos cuidados, quer antes, quer durante, quer depois de si, e cujo prognostico só pode ser feito com muita reserva.

No leito n.^o 36 estava um adulto que apresentava uma ranula constituida pela dilataçãõ da glandula salivar sub-lingual direita, affecção tão rebelde que os compendios de medicina

operatoria apresentão grande numero de processos destinados á sua cura radical, o que indica claramente a insufficiencia ordinaria de cada um para o fim que se propoem, affirmando o professor Valette que taes processos attingem o numero de vinte e cinco.

No leito n.º 19 estava um doente de estreitamento organico do canal da urethra, consecutivo a blenorrhagias repetidas e irracionalmente medicadas, e complicado de uma fistula urinaria urethro-perineo-escrotal, no qual a simples tentativa de introducção de sondas filiformes provocava o apparecimento de phenomenos geraes gravissimos, que muito o prostravão.

No leito n.º 25 achava-se um outro, que apresentava um kisto sebaceo da região sacro-cocygiana, séde pouco commum de taes neoplasmas, não tendo eu nunca observado caso algum identico ao d'esta observação.

Finalmente, no leito n.º 30 estava um individuo com uma fistula urinaria urethro-perineal, achando-se obliterado o canal da urethra, logo acima do trajecto fistuloso, na extensão de cerca de um centimetro, lesões estas consecutivas a uma ruptura extensa da urethra, produzida por um accidente de estrada de ferro.

Formado recentemente pela nossa Faculdade de Medicina e por conseguinte em uma época em que apenas começava a germinar a idéa da reforma radical que a transfigurou, pondo-a hoje em digno paralelo com as mais adiantadas da França, Allemanha e Inglaterra; nunca tendo tido occasião de ir a esses paizes completar os meus estudos cirurgicos seguindo as clinicas dos velhos cirurgiões de reputação universal, foi, confesso, com alguma timidez, que assumi a regencia interina da 2.ª cadeira de clinica cirurgica, sobretudo á vista da difficuldade que alguns daquelles casos apresentavão.

Tendo, porém, operado successivamente, e com feliz exito, todos os doentes acima mencionados, e tendo cessado,

a 1.º de Agosto, a minha tarefa, por ter reassumido a regencia da cadeira o seu illustre professor, do que resultou-me alguma folga, examinei os meus apontamentos e verifiquei que sem grande difficuldade poderia desenvolvê-los e ficar assim de posse de um certo numero de observações, algumas das quaes de incontestavel valor clinico, bem como das lições oraes que alguns desses casos exigirão.

Terminado o trabalho, que foi longo pelas suas repetidas interrupções, de coordenar as observações e lições, tive a idéa de publical-as, o que só resolvi depois de muitas hesitações, sendo intuitivas para todos as causas de minha indecisão.

Sendo raro, entre nós, o medico, e muito mais excepcional o cirurgião que collige e publica as suas observações clinicas, as vantagens que tem colhido com a preferencia dada a este medicamento ou áquelle processo operatorio, muito me arreceiei do modo porque poderia ser explicada a apparição deste trabalho pela classe a que pertencço; reflectindo, porém, que se trata simplesmente de um volume desprezencioso destinado a archivar os primeiros resultados operatorios do meu tirocinio cirurgico e os meus primeiros passos no magisterio superior, resolutamente entreguei-o á publicidade. E demais — de que modo mais digno poderia lançar mão para patentear o quanto me esforço por não parecer de todo deslocado no cargo de adjunto de uma das cadeiras de clinica cirurgica da Faculdade de Medicina?

Aproveito o ensejo para reunir ás observações colhidas na enfermaria do ensino de clinica cirurgica as duas mais importantes da minha pratica civil no corrente anno.

A primeira diz respeito a um individuo de mais de 60 annos, que soffreu durante 25 annos de uma volumosa hernia inguino-escrotal esquerda, difficilmente contida apezar das fundas empregadas. Estrangulando-se esta hernia depois de um violento esforço feito pelo doente, fui encarregado de operal-o, ficando no fim de 20 dias radicalmente curado da

operação e sem que até hoje tenha reaparecido a sua hernia, o que attribuo a ter praticado, além da herniotomia propriamente dita, a operação da cura radical das hernias. Sei perfeitamente que ha muitos casos bem averiguados de cura radical de uma hernia inguino-escrotal depois de ter sido praticada sómente a herniotomia; mas, se no caso vertente me tivesse limitado a esta ultima operação, julgo que não teria obtido tão feliz resultado, o que^m procurarei tornar evidente quando me occupar da observação deste doente.

A segunda observação refere-se a um caso de extirpação de um sarcoma ulcerado, assestado nas partes molles da parte posterior da perna esquerda de uma senhora de 62 annos, que hoje goza de excellente saúde, não conservando como vestigio do seu neoplasma senão uma ligeira depressão no ponto outr'ora por elle occupado, em cujo fundo está a cicatriz consecutiva á vasta ferida resultante da operação. O lado interessante desta observação consiste em ser rara a localisação dos sarcomas nas partes molles da perna.

Terminando, declaro ser o primeiro a reconhecer que as minhas lições de clinica são summarias e que algumas das minhas observações são concisas; quanto áquellas, convem não esquecer que ellas forão feitas a alumnos que iniciavão o estudo da clinica cirurgica e a cujo espirito, por conseguinte, os grandes problemas que se agitação na pratica só devião ser apresentados sob uma forma simples e synthetica; e quanto a estas, forão apenas escriptas de accordo com o fim a que destinei-as e que já deixei acima indicado.

DR. DOMINGOS DE GÓES E VASCONCELLOS.

Rio, 20 de Dezembro de 1884.



PRIMEIRA PARTE

Lições de clinica cirurgica

PRIMEIRA LIÇÃO

RANULA

Summario: Observação do doente; a ranula em questão só pôde ser denominada tumor sob o ponto de vista clinico; diagnóstico differencial entre as diversas especies de ranula cujos symptommas mais se assemelham aos apresentados pelo doente; prognostico da ranula; seus diversos methodos de tratamento; demonstração da inferioridade dos diversos processos incluídos n'esses methodos relativamente ao da excisão da parede superior, seguida da cauterisação da cavidade da ranula; descrição da operação praticada; exposição dos cuidados consecutivos ao processo preferido e que foram observados em relação ao doente.

Meus senhores.

No leito n.º 36 d'esta enfermaria está um doente que para aqui entrou apresentando uma affecção interessante e rara, pelo menos na clinica nosocomial, o qual já foi por mim operado no dia 7 do corrente; intervenção cirurgica que espero ver coróada de feliz resultado, attendendo á marcha que vai seguindo a ferida resultante da operação.

Trata-se de um individuo de cor branca, brasileiro, residente n'esta cidade, de 20 annos de idade, solteiro, trabalhador, de temperamento sanguineo e constituição regular, que recolheu-se a este hospital afim de operar-se de uma affecção assestada na região sub-lingual.

Já pelas respostas ao primeiro interrogatorio a que o submettêra, eu notára que este doente tinha uma profunda modificação na pronuncia das palavras, e tão caracteristica, que me fez suspeitar desde logo a existencia de alguma lesão organica, traumatica ou inflammatoria, localisada em qualquer

ponto da cavidade buccal. Ordenando-lhe então que abrisse largamente a bocca, afim de reconhecer a causa dessa perturbação da palavra, eis o que observei : exactamente na região sub-lingual, existia uma tumefacção *precisamente* unilateral, que se estendia desde o freio da lingua até aos primeiros molares do lado direito ; esta saliência tinha a forma irregularmente triangular e era coberta pela mucosa do assoalho da bocca em perfeito estado normal, sob os pontos de vista de sua consistencia, espessura e colorido ; não havia ganglio algum engorrigado, infiltrado, na vizinhança do tumor ; não existia dôr espontânea nem a pressão a provocava ; a apalpação revelava francamente fluctuação, e tão patente era ella, que o alumno a quem encarreguei de examinar o doente, por occasião da primeira visita, facilmente a percebeu. Perguntando ao doente porque motivo instava pela operação, respondeu-me que assim procedia pela difficuldade que encontrava em fallar e sobretudo, tomai nota, em mastigar e mesmo em deglutir os alimentos ; nada me declarou a que pudesse filiar-se o seu mal ; relativamente á marcha do tumor, apenas revelou-me que começára a notar a sua presença nos primeiros dias de Fevereiro deste anno e que, em fins de Março, sem causa apreciavel, elle rompêra-se espontaneamente, dando sahida a algum liquido, que o doente julga ter sido saliva, pela sua côr, pela sua consistencia e pela sua insipidez.

Assim, pois, o nosso doente tinha no assoalho da bocca um tumor liquido, fluctuante, enkistado, que se symptomatisava pelos caracteres physicos que acabo de vos expôr, bem como por perturbação da pronunciação das palavras, da mastigação e da deglutição dos alimentos, de que tambem já vos fallei.

Em que classe devemos incluir a affecção de que nos occupamos ? De que modo poderemos precisar a sua especie ? Qual é, finalmente, o meio cirurgico de que devemos lançar mão para fazer desaparecer semelhante mal ? — Eis sobre o que versará a lição de hoje.

O doente em questão tinha, não ha a menor duvida. uma ranula, visto que ranula é todo tumor liquido e enkistado do assoalho da bocca. Antes de passar adiante, é preciso que eu vos diga que denomino — tumor — a ranula d'este doente, porque neste caso dou a essa palavra a sua vasta significação clinica, visto que, como vós sabeis, para o clinico — tumor é toda a saliência, toda a tumefacção, todo o augmento de volume, parcial ou total, de uma região ou de um orgão, qualquer que seja a sua causa, a sua natureza, a sua marcha e o seu prognostico. É pela vasta accepção que os praticos dão á palavra — tumor —, que elles incluem indifferentemente sob tal denominação o epithelioma e o bubão, o sarcoma e a ranula, o lipoma e a bexiga anormalmente distendida por grande quantidade de urina, tornando-se saliente sob a parede abdominal, e muitas outras affecções antagonicas pela sua natureza, que seria fastidioso enumerar.

Esta confusão, meus senhores, esta anarchia nosologica que repugna, e com razão, aos anatomo-pathologistas aceitar, é gratamente abraçada pelos clinicos, que, ante as difficuldades muitas vezes insuperaveis de um diagnostico differencial, vêm-se forçados a abandonar classificações didacticas e idéas doutrinarias para não se occuparem senão dos elementos capazes de os fazerem chegar a um diagnostico mais ou menos preciso.

É assim que quantas vezes, junto ao leito do doente, procuramos estabelecer o diagnostico entre o que os anatomo-pathologistas considerão tumor e o que elles não considerão tal! É assim que quantas vezes na clinica procuramos estabelecer o diagnostico differencial, por exemplo, entre o cancro ulcerado do testiculo, que é um tumor, e o fungus benigno tambem do testiculo, que não o é, e entre muitas outras affecções que podem-se confundir na clinica pela analogia dos seus symptomas, mas que, sob o ponto de vista da anatomia-pathologica, são muito distinctas, por serem de natureza muito diversa!

Em resumo, pois, se denomino a ranula deste doente —

que, desde já ficai sabendo, é constituída pela dilatação da glandula salivar sub-lingual direita — tumor, é porque dou aqui a este termo o seu valor clinico, e não porque ella possa ser considerada tal, sob o ponto de vista anatomo-pathologico; cumprindo, porém, observar que ha affecções da região sub-lingual que os autores incluem na classe das ranulas e que são verdadeiros tumores, como por exemplo, as ranulas constituídas por alguns kistos congenitos e as representadas por certos kistos hematicos.

Se entrei nesta digressão, que antecipou o meu juizo diagnostico, foi porque julgo ser de importancia capital a precisão dos termos em uma dissertação didactica, visto que ella facilita soberanamente a comprehensão do assumpto. Continuemos agora o nosso estudo.

A ranula, isto é, toda a affecção liquida e enkistada do assoalho da bocca, terá, anatomicamente, sempre a mesma séde? Por outras palavras: a denominação de ranula é reservada para uma unica ou para varias affecções?

A denominação de ranula é, meus senhores, dada pelos pathologistas a varias affecções, mas eu aqui não me occuparei senão das especiaes de que poderieis suppôr estar soffrendo o nosso doente, e que são as seguintes: 1.º, a ranula constituída pela dilatação da glandula salivar sub-maxillar; 2.º, a ranula devida á dilatação do canal de Warthon; 3.º, a ranula que se desenvolve á custa da bolsa serosa de Fleischman; 4.º, a ranula determinada pela dilatação da glandula salivar sub-lingual; 5.º, a ranula representada pelos kistos congenitos; 6.º, a ranula representada pelos kistos hydaticos; 7.º, finalmente, a ranula constituída pelos kistos sanguineos.

Qual destas especies de ranula seria a do nosso doente? Indubitavelmente, não se tratava de uma ranula constituída pela dilatação da glandula salivar sub-maxillar, por isso que, se assim fosse, a proeminencia do tumor se faria sentir sobretudo na região supra-hyoidéa, logo abaixo do ramo horisontal

correspondente da mandíbula, o que facilmente comprehendereis desde que vos lembrardes da situação, das relações anatómicas desta glandula; quando, porem, as ranulas da glandula salivar sub-maxillar são muito volumosas, ellas proeminão, é verdade, para a região sub-lingual, mas ainda neste caso a tumefacção é mais notavel na região supra-hyoidéa: ora, o tumor do nosso doente limitava-se *exclusivamente* ao assoalho da bocca, logo não podia ser uma ranula constituída pela dilatação da glandula sub-maxillar.

Não acreditei tambem que se tratasse de um kisto congenito, por varios motivos.

Em primeiro lugar, o doente me affirmou peremptoriamente que apenas começára a sentir difficuldades em fallar em fevereiro deste anno; mas quando mesmo me faltasse este dado anamnetico para chegar ao diagnostico, dispunha ainda de outros elementos mais importantes para alcançar tal desideratum. Com effeito, é extremamente raro que um kisto congenito se localise sómente no assoalho da bocca, não sendo de ordinario taes producções morbidas, quando ahí localizadas, nada mais do que o prolongamento de um kisto volumoso, tambem congenito, do pescoço; ainda mais: os kistos congenitos da região sub-lingual são ordinariamente multiloculares, e o do nosso doente era unilocular.

Em resumo: o facto da ranula do nosso doente ter apparecido recentemente; a circumstancia de não apresentar elle mais tumor algum no pescoço, e ainda a apalpação, garantindo-nos ser unilocular a sua affecção, nos levárão a pensar que não se tratava de uma ranula constituída por um kisto congenito.

Não me era razoavel acreditar que o tumor do doente fosse uma ranula hydatica, pelo facto d'ella ser rarissima, tão rara que ha apenas um caso perfeitamente averiguado, que foi observado por Gosselin e analysado por Laugier, e creio que nesse caso unico o diagnostico preciso só foi estabelecido depois

da operação ; ora, vós sabeis que quando na pratica procuramos estabelecer o diagnostico differencial entre duas affecções que apresentam symptomas identicos e a mesma marcha, das quaes uma é rara absolutamente e a outra frequente, embora relativamente, o nosso espirito tende naturalmente a acreditar na existencia da que é mais commum ; parecendo-me, portanto, que no caso vertente cirurgião algum poderia pensar diversamente.

Os motivos que me levárão a não admittir a existencia de uma ranula sanguinea forão os seguintes : 1.º, a ranula sanguinea é congenita, e a do nosso doente não o era ; 2.º, a ranula sanguinea apresenta uma côr azulada, violacea, é reductivel pela pressão, augmenta de volume durante os esforços, apresenta, em uma palavra, todos os caracteres dos tumores erectis, visto os autores affirmarem que, em geral, a ranula sanguinea nada mais é do que um noevus localizado no assoalho da bocca, — caracteres aquelles que não apresentava o tumor do nosso doente.

Assim, pois, não nos resta estabelecer o diagnostico differencial senão entre tres especies de ranula : a ranula constituida pela dilatação do canal de Warthon, a ranula desenvolvida á custa da bolsa serosa de Fleischman e a ranula formada pela dilatação da glandula salivar sublingual, que tambem são as tres especies de ranula que mais vezes se confundem, difficuldade ou mesmo impossibilidade de diagnostico que em nada prejudica ao doente, visto serem todas susceptiveis do mesmo tratamento.

Como, porém, no caso vertente, eu vos dei o meu juizo diagnostico antes da operação, julgo indispensavel dizer-vos como cheguei a precisar a especie de ranula em questão.

O diagnostico de uma ranula constituida pela dilatação do canal de Warthon, consecutiva á obliteração do seu orificio externo, é ordinariamente estabelecido, graças ao emprego de dous meios tendentes a nos revclar a permeabilidade ou a

occlusão d'este orificio. O primeiro meio consiste em praticar o catheterismo do canal de Warthon : o segundo, em provocar a sahida de grande quantidade de saliva pelo orificio externo d'este canal, por meio da deposição na ponta da lingua do doente de uma substancia sapida qualquer, como, por exemplo, o chlorureto de sodio.

Lancei mão de ambos estes meios, não tendo conseguido introduzir o estylete, o que attribuo a varias causas. A primeira foi não ter eu querido empregar o minimo esforço, com receio de romper a ranula durante as tentativas do catheterismo, ruptura que, provocando o seu esvaziamento, muito difficultaria a operação que mais tarde eu tencionava praticar ; a segunda causa foi a falta, na occasião, de um estylete bastante fino, cujo calibre estivesse em relação com o do referido canal ; e a terceira, emfim, foi, naturalmente, ter esse canal perdido as suas relações anatomicas, a sua direcção normal, em consequencia da pressão que sobre elle exercia o tumor do doente.

A prova do que deixo antever, isto é, que o facto de não ter conseguido introduzir o estylete não indicava que o orificio externo do canal de Warthon se achasse obliterado, eu a tive quando empreguei o segundo dos meios indicados, isto é, a collocação de um pouco de chlorureto de sodio na ponta da lingua do doente, observando então a sahida de notavel quantidade de saliva pelos orificios externos dos canaes de Warthon.

Ha ainda um facto que me levou a acreditar que a ranula d'este doente não era constituída pela dilatação do canal de Warthon.

Como vós sabeis, o canal de Warthon é o canal excretorio da glandula salivar sub-maxillar ; por consequinte, sempre que elle se achar impossibilitado de funcionar por causa da obstrucção ou obliteração do seu orificio externo, deve haver uma retenção de saliva na glandula correspondente, produzindo

o augmento de volume da mesma glandula, o que não apresentava o nosso doente, cuja unica saliencia anormal era a da região sub-lingual.

Não suppuz que se tratasse de uma ranula desenvolvida á custa da bolsa serosa de Fleischman (cuja existencia hoje ninguem contesta), pelo facto de se achar esta bolsa collocada na linha mediana, logo abaixo do freio da lingua; ora, se a ranula do nosso doente fosse constituída pela dilatação desta bolsa, não havia motivo para que ella se apresentasse assestada sómente em um lado da região sub-lingual, tendo como limites precisos, anteriormente e na linha mediana, o freio da lingua, estendendo-se desse ponto para fóra e logo depois francamente para traz até ao nivel dos primeiros mollares; e os autores chegam mesmo a dar á ranula constituída pela dilatação da bolsa de Fleischman a forma *bi-lobada*, porque, sendo ella bi-lateral, o freio da lingua exerce em sua linha mediana uma certa depressão, do que resulta a formação de um sulco central e de duas saliencias lateraes a este mesmo sulco.

Creio, pois, vos ter demonstrado claramente de que modo cheguei a diagnosticar por exclusão, no doente de que se trata, uma ranula constituída pela dilatação da glandula salivar sub-lingual direita.

Passo a dizer-vos alguma cousa relativamente ao prognostico da ranula.

Sempre que encontrardes em vossa clinica um doente *ranuloso*, deveis aconselhal-o a que se sujeite a ser operado de mal tão rebelde, e esta recommendação eu vol-a faço fundado em varias razões. Não ha a menor duvida que a ranula, nas primeiras phases de seu desenvolvimento, é uma affecção benigna e de symptomas tão pouco sensiveis que póde passar despercebida do proprio doente; desde, porém, que ella tem attingido um certo volume, acarreta grande difficuldade em fallar e mesmo em mastigar e deglutir os alimentos, como tivestes occasião de observar no caso de que se trata.

Mas, meus senhores, o que sobretudo torna o prognostico da ranula muito reservado é a possibilidade de adquirir ella algumas vezes, rapidamente, um volume consideravel, e nesse caso, além da perturbação da palavra, da mastigação e deglutição, teremos a grande difficuldade que o doente experimentará em respirar. Follin cita um caso de morte subita por asphyxia em consequencia de se ter rompido espontaneamente uma ranula volumosa, entrando o seu conteúdo para as vias aereas.

Creio, pois, que já concluístes que se operei o meu doente foi com o fim de livral-o de um tumor, que já o estorvava em fallar, em mastigar e em deglutir, e que poderia mais tarde comprometter-lhe seriamente a vida.

Occupemo-nos agora com o tratamento da ranula.

Resolvida a operação da ranula, qual o processo cirurgico que devemos preferir?

Os autores aconselham varios meios destinados a remover esta affecção, que é extremamente rebelde, que se reproduz com grande facilidade, desde que não seja convenientemente operada. Todos esses meios podem ser agrupados em dous methodos, cada methodo encerrando varios processos. Está claro que não me hei de referir senão aos methodos e processos que poderiam ter sido empregados no nosso doente ou que gozão de grande nomeada pela reputação dos nomes de seus autores.

O primeiro methodo comprehende os processos que têm por fim promover a criação de um orificio fistuloso permanente no assoalho da bocca, exactamente na parte superior da ranula.

Os principaes processos deste methodo são os seguintes: 1.º, os de Sabatier e Ambrosio Parêo, que consistem em incisar a parede superior da ranula por meio de um instrumento cortante ou do cauterio actual, e em collocar em seguida no seu interior um corpo estranho qualquer: mecha de fios,

fragmentos de uma sonda commum destinada ao catheterismo do canal da urethra, etc. (*); 2.º, cirurgiões tem havido que limitão-se a excisar parte da parede superior da ranula, na esperança de que assim se possa estabelecer facilmente uma fistula, o que quasi nunca tem acontecido, pelo facto de dar-se ordinariamente a reunião por primeira intenção dos bordos da ferida e, por conseguinte, a reproducção immediata da ranula; 3.º, Dupuytren tambem imaginou um processo com o fim de estabelecer um tracto fistuloso permanente nas ranulas: este processo consiste em fender n'uma pequena extensão a parede superior da ranula e em introduzir por esta fenda um corpo metallico que compõe-se de duas chapas reunidas por um pequeno tubo, de modo que uma das chapas fique no interior do kisto salivar e a outra em contacto immediato com a mucósa do assoalho da bocca, ficando sómente em contacto com a parte sangrenta o pequeno tubo que as une, pelo qual deve constantemente passar a saliva, o que cumpre não esquecer, afim de o desobstruirmos, caso tal aconteça.

Não empreguei nenhum dos processos que acabo de mencionar, por serem uns reconhecidamente infieis e outros por exigirem a permanencia durante muito tempo no assoalho da bocca de um corpo estranho, o que muito deve incommodar aos operados, e tanto isto é verdade que alguns cirurgiões procurarão remover semelhante inconveniente, creando um tracto fistuloso nas ranulas por meio de operações complicadas embora, porém que não exigem a permanencia de um corpo estranho. Taes são os processos de Barrier e de Jobert de Lamballe, tambem conhecido pelo nome de — batrachosio-plastia.

(*) Inluc os processos de Sabatier e Ambrosio Parêo em uma unica classe: 1.º, afim de não tornar muito fastidiosa a exposição com um grande numero de sub-divisões dos processos, comquanto reconheça que entre elles existe alguma differença na execução, por isso que o primeiro d'aquelles cirurgiões praticava a divisão da parede superior da ranula por meio do bisturi, e o segundo a fendia com o cauterio actual; 2.º, porque, se estes processos divergem no *modus faciendi*, muito se approximão pelo facto de ambos exigirem como seu complemento indispensavel a prolongada permanencia de um corpo estranho no cavidade da ranula.

Ainda houve uma razão que me levou a não lançar mão de nenhum desses processos. Acredito que as poucas vezes em que elles dão resultado, este successo não é devido á criação de uma fistula na ranula, mas é simples consequencia de terem promovido a obliteração total da cavidade da mesma ranula, obliteração que muito naturalmente pôde ser explicada pela irritação e inflammação consecutiva, produzidas pelo contacto do corpo estranho empregado. A prova do que affirmo encontro em todos os autores, quando dizem serem precisos muitos mezes para curar-se radicalmente uma ranula por qualquer dos processos incluidos no methodo a que me refiro, espaço esse de tempo que me parece não estar em relação com o que seria necessario para crear apenas uma fistula em uma camada de tecidos tão pouco espessa como a que constitue a parede superior das ranulas, formação de trajecto fistuloso que seria além disso em extremo facilitada pela passagem constante da saliva.

Acreditando, pois, que esses processos curão não por intermedio de uma fistula, mas sim obliterando a ranula, e por outro lado encontrando na therapeutica cirurgica meios muito mais rapidos e seguros para conseguir este resultado, vós comprehendéis perfeitamente que eu não podia recorrer a nenhum de taes processos.

O segundo methodo comprehende os processos que têm por fim fazer desaparecer a ranula provocando a sua obliteração ou praticando a sua extirpação total.

O processo que tem por fim extirpar toda a ranula, hoje, que me conste, não é seguido por cirurgião algum, pelas difficuldades insuperaveis que muitas vezes se encontra em terminar semelhante operação, por causa das adherencias intimas que o tumor apresenta com os tecidos visinhos, e, sobretudo, em sua face profunda, com os musculos mylohyoideo e hyoglossos. Além disso, mesmo que a ablação de uma ranula fosse sempre exequivel, vós comprehendéis que

ella seria uma operação de certa gravidade e que, portanto, só devia ser praticada se não dispozessemos de outro meio tão efficaz como ella e muito menos grave, ou antes, sem a menor gravidade.

O processo que tem por alvo a obliteração da ranula comprehende dous meios.

O primeiro d'estes meios consiste na punção da ranula seguida da injecção iodada, que é de uma execução facilima, facilidade de execução que não compensa, porém, a facilidade e a rapidez com que algumas vezes ella se reproduz. Demais, este meio, que na apparencia é tão benigno, pode ser seguido de graves accidentes, taes como: retracção consecutiva dos tecidos difficultando os movimentos da lingua, paralyisia do gosto e da sensibilidade na metade correspondente d'esse orgão, como tiverão occasião de observar Dolbeau e Dumaz, citados por Follin.

O segundo meio consiste na excisão da parede superior da ranula, seguida da cauterisação de sua cavidade com o nitrato de prata.

Foi este o meio que preferi pelos seguintes motivos: 1.º, por promover sempre a cura radical da ranula; 2.º, por ser de execução facilima, rapida, pouco dolorosa, dispensando assim a anesthesia geral; 3.º, por não requerer o emprego de instrumento algum especial para a sua execução nem a presença prolongada na cavidade boccál de corpo estranho algum.

Passo agora a descrever o modo porque pratiquei a operação no nosso doente.

↳ Sentado elle em uma cadeira, tendo a face voltada para a luz, e eu n'uma outra fronteira á d'elle, abaixei fortemente a sua mandibula e a mantive nessa posição por meio de um instrumento muito vosso conhecido — o abridor de bocca, que foi confiado a um dos internos, o Sr. Cunha; levantei então a ponta da lingua do doente, com o instrumento destinado a esse fim, que ficou aos cuidados do Sr. Dr. Portella;

feito isto, atravessei a parede superior do kisto salivar com um tenaculo, afim de distendel-a, e punccionei o tumor com o bisturi; logo depois da punção sahio grande quantidade de liquido esbranquiçado, extremamente turvo, o que me indicou que realmente eu tinha penetrado na cavidade do kisto: retirei o bisturi e o tenaculo, e pela pequena abertura feita por aquelle instrumento introduzi um dos ramos de uma pinça de disseccão, depois do que, fazendo solida pressão sobre o cabo desta, conseguí apprehender vigorosamente a parede superior da ranula; introduzi então por essa mesma abertura uma pequena tesoura curva sobre as faces e fui lentamente incisando a parede superior da ranula, seguindo primeiro o seu bordo gengival, depois o lingual, incisão esta que em sua totalidade apresentava a forma irregularmente triangular, visto que era esta a forma da ranula, do que resultou a ablação total de sua parede superior.

Terminado este primeiro tempo da operação, depois do qual tive de combater uma hemorragia insignificante, porém um pouco rebelde, que afinal cedeu graças aos bochechos com agua fortemente gelada, passei a executar o segundo tempo deste processo, isto é, a cauterisação da cavidade da ranula com o nitrato de prata, que foi o unico que pareceu provocar alguma dôr no paciente.

Concluida a operação, foi o doente enviado para o seu leito, não lhe tendo feito curativo algum, por não ser necessario.

Os cuidados consecutivos deste processo são os seguintes.

Nos dous primeiros dias que se seguem á operação, devemos ter o maximo cuidado com a ferida, afim de evitar que os seus bordos, approximando-se, reunão-se por primeira intenção, o que frustraria o resultado da operação, devendo nós, desde que notarmos tal tendencia, afastal-os com uma tenta-canula. Cumpre ainda, de dous em dous dias, tocar levemente toda a cavidade da ranula com um lapis de nitrato

de prata, afim de que ella irrite-se, inflamme-se, de modo a conseguirmos, em uma palavra, que ella, cobrindo-se de granações, se cicatrize por segunda intenção, isto é, do fundo para a superficie, visto que só assim se dará a obliteração total da mesma cavidade, o que, como vós sabeis, é o ideal que buscamos realizar com a execução d'este processo.

Taes são, meus senhores, os cuidados que já tive e os que continuarei a ter com o meu operado até que elle se restabeleça completamente; e assim dou por terminadas as observações clinicas que entendi dever fazer-vos relativamente ao doente que occupa o ultimo leito desta enfermaria, interinamente a meu cargo.

Resultado da operação. Este doente, que foi operado no dia 7 de Julho, como ficou dito no decurso desta lição, obteve alta no dia 21 do mesmo mez, completamente curado da operação.

Não será extemporaneo ventilar aqui uma questão de grande alcance pratico, visto ter sido forçado, por instancias do pai do doente, a dar-lhe alta muito pouco tempo depois da operação. Este doente estará ou não curado radicalmente de sua ranula? A ranula operada se reproduzirá ou não?

Estas interrogações não parecerão superfluas a quem souber que cirurgiões ha que não acreditão na efficacia de meio algum empregado com o fim de curar radicalmente a especie de ranula do nosso doente, a unica que nos preoccupa neste momento, nem mesmo no poder do processo da excisão de sua parede superior, seguida da cauterisação da cavidade da mesma ranula com o nitrato de prata.

Pois bem, ás interrogações acima formuladas respondo syntheticamente do seguinte modo: me parece ser materialmente impossivel a reproducção de uma ranula constituida pela dilatação da glandula salivar sub-lingual, que é a especie mais frequente, operada pelo processo da excisão de sua parede superior e cauterisação de sua cavidade, desde que a reparação da ferida consecutiva á operação se faça por segunda intenção, o que é de facil obtenção com a execução deste

processo cirurgico, visto ser aquelle o unico processo de cicatrizaçãõ que garante a obliteraçãõ ou mais precisamente a desappareiçãõ da mesma ranula.

E senãõ, vejamos.

A ranula da glandula salivar sub-lingual nada mais é do que uma affecçãõ constituída pela dilataçãõ dessa glandula; mas a glandula salivar sub-lingual nãõ se compõe de uma glandula unica, porém sim da agglomeraçãõ de pequenas glandulas; logo, a ranula desta glandula pôde ser constituída pela dilataçãõ de todas essas glandulas ou de algumas dellas sõmente, distincçãõ que a anatomia pathologica nãõ apresenta, mas que a razãõ aceita sem esforço; a primeira destas especies de ranula poderã ser denominada *geral* ou *total* e a segunda *parcial*.

Admittamos a primeira hypothese, isto é, a ranula formada pela dilataçãõ de todas as glandulas, cuja reuniãõ constitue a glandula salivar sub-lingual. Praticando nesse caso o processo cujas vantagens defendo, mas executando-o com cuidado e acompanhando com perseverança a marcha cicatricial da ferida consecutiva, afim de a obrigarmos a reparar-se por segunda intençãõ, o que resulta? A obliteraçãõ, a desappareiçãõ, a destruiçãõ de todas essas glandulas, ou antes da glandula salivar sub-lingual. Ora, se a glandula sub-lingual nãõ existe mais, nãõ poderã dilatar-se, nãõ poderã, em uma palavra, originar outra ranula.

Supponhamos agora a segunda hypothese — a ranula constituída apenas pela dilataçãõ de algumas das glandulas que entrãõ na composiçãõ da glandula sub-lingual. Praticando ainda neste caso o processo que com tanto maior confiança defendo quanto vejo ser elle o preconizado pelos autores mais competentes, e no emtanto talvez o menos seguido na pratica, dá-se exactamente o mesmo resultado — desappareiçãõ das glandulas cuja dilataçãõ constituía a ranula operada e por consequente impossibilidade dellas produzirem nova ranula.

Pelo facto de nãõ acreditar absolutamente na possibilidade da reproducçãõ da ranula operada, nãõ se segue que eu nãõ admitta que o mesmo individuo possa vir a ter *accidentalmente* uma outra ranula, mesmo na glandula salivar sub-lingual dlreita; neste caso, porém, pode se affirmar que a ranula operada era parcial, de modo que a nova ranula serã constituída pela dilataçãõ das pequenas glandulas que nãõ forãõ destruidas pela operaçãõ.

Para concluir, devo ainda occupar-me de uma segunda questãõ relativa ao mesmo assumpto: terã realmente *predisposiçãõ* manifesta a ser acommettido varias vezes de ranula e

na mesma glandula quem uma vez teve e foi operado de semelhante affecção?

Não creio, absolutamente; me parece que sempre que uma ranula se desenvolve varias vezes n'uma mesma glandula, estas repetições se achão ligadas á má execução ou á inefficacia do processo empregado, e não áquella supposta predisposição.

A não ser esta a explicação, não sei como conciliar o facto de um individuo soffrer duas, tres e mais vezes de ranula na mesma glandula, com a natureza puramente accidental das condições pathogenicas da ranula.

SEGUNDA LIÇÃO

TALHA PERINEAL

Summario : Motivos porque o doente de calculo vesical que constitue o assumpto d'esta lição, foi operado pela talha perineal bi-lateral de Dupuytren modificada por Nélaton, não pela lithotricia ou pela talha hypogastrica; de que modo foi praticada a referida operação; quaes as suas consequencias immediatas.

Meus senhores.

D'entre os doentes que já aqui se achavão na época em que fui encarregado da regencia d'esta cadeira, destacava-se o do leito n.º 27, que, como vós sabeis, soffria de um calculo urinario, unico, de 2 $\frac{1}{2}$ a 3 centimetros, adherente á bexiga, friavel, de natureza phosphatica.

Já vos sendo perfeitamente conhecido tudo quanto se refere á sua molestia, não só por se achar elle entre nós ha algum tempo, como por ter o Sr. Dr. Lima e Castro feito uma conferencia em que forão proficientemente discutidos os symptomas, o diagnostico, o prognostico e o tratamento da sua affecção, não me occuparei hoje senão das seguintes questões: 1.ª, quaes forão os motivos que me levarão a operar este doente pela talha perineal bi-lateral de Dupuytren com as ligeiras modificações que lhe imprimiu o professor Nélaton, e não por qualquer dos outros processos destinados a extrahir os calculos vesicaes; 2.ª, de que modo pratiquei a referida operação; 3.ª quaes forão as suas consequencias immediatas, visto haver apenas dez dias que ella teve lugar.

X

Estabelecido, meus senhores, o diagnostico positivo de um calculo urinario, o cirurgião dispõe apenas de um meio para desembaraçar o doente de semelhante corpo estranho. Este meio unico é a intervenção cirurgica, visto não haver operador algum criterioso que dê credito á possibilidade da dissolução completa de um calculo de certo volume por meio de agentes therapeuticos (*), quer esses agentes sejam levados directamente á bexiga pelo canal da urethra, quer sejam administrados internamente pela via gastro-intestinal.

Assim, pois, eu não podia curar o meu doente senão por meio de uma operação, e afim de que possais comprehender mais facilmente os motivos que fizeram pender o meu espirito em favor da talha de Dupuytren modificada por Nélaton, permittireis que summariamente vos exponha todos os processos hoje seguidos na pratica, com o fim de extrahir as concreções calcareas do reservatorio urinario.

Todos esses processos se incluem naturalmente em dous grandes methodos: a lithotricia e a talha. A lithotricia, que póde ser denominada methodo secco de extracção dos calculos vesicaes, em contraposição ao da talha, que é essencialmente sangrento, divide-se em dous grandes processos: 1.º, a lithotricia tal como era feita ha bem poucos annos e que ainda hoje conta alguns defensores, isto é, em varias sessões, sem o auxilio da anasthesia geral, desprezada afim de que, no caso de ficar pinçada a mucosa vesical pelos dentes do lithotridor, o doente possa advertir-nos de tal accidente, o qual lhe será communicado pela dôr produzida pela referida apprehensão; 2.º, a lithotricia moderna, tambem denominada litholapaxia, processo americano, devido a Bigelow, professor em Boston, e executado, com o concurso do chloroformio, em uma unica sessão, embora seja preciso prolongal-a muito.

(*) Talvez os pretendidos dissolventes consigão diluir os calculos extremamente pequenos, como affirmão alguns autores; é porém, justamente dos pequenos calculos que com mais facilidade triumpho a lithotricia em uma só sessão.

O segundo methodo — a talha — divide-se em talha perineal e talha hypogastrica, segundo atacamos a bexiga por uma incisão feita no perineo ou no hypogastro.

A talha perineal subdivide-se em talha bilatereal, mediana, lateral, lateralizada, medio-bilateral e recto-vesical. (*)

A talha hypogastrica, finalmente, não é executada hoje senão pelo manual operatorio indicado por Petersen e ligeiramente modificado por Guyon e Périer, do qual me occuparei rapidamente, em occasião opportuna, o quanto seja sufficiente para que possais comprehender as razões que me levarão a não pratical-a.

Agora que já sabeis de quantos processos dispomos para extrahir um calculo urinario, passo a justificar a preferencia que dei á talha perineal.

Julguei que não devia operar o meu doente, quer pela lithotricia propriamente dita, quer pela litholapaxia ou processo americano, pelos seguintes motivos.

Vós deveis estar lembrados de que este doente já tinha soffrido aqui, nesta enfermaria, tres sessões de lithotricia, e em nenhuma dellas foi possivel nem ao professor da cadeira, nem ao Dr. Antunes de Campos, nem a mim, agarrar a pedra, conseguindo nós apenas apprehender a sua superficie com os dentes do lithotridor, impossibilidade de apprehensão total que attribuimos a se achar a pedra engastada na mucosa do baixo fundo da bexiga.

O que ainda me fez suspeitar, antes destas sessões de lithotricia, que a pedra estava realmente adherente á bexiga, foi o facto de não poder deslocal-a do ponto em que a sonda exploradora a encontrava sempre, apesar de se achar o reser-

(*) A talha pre-rectal, isto é, a de Nélaton, não figurou nesta relação porque ella tão pouco differe da bilateral de Dupuytren, que a considero como simples modificação desta ultima.

Segundo diz espirituosamente com acerto um cirurgião francez, as differenças entre a talha de Nélaton e de Dupuytren são tão pequenas que bem se pôde affirmar que a primeira apenas differe da segunda pela circumstancia de ter o operador, durante um de seus tempos, o dedo indicador da mão esquerda introduzido no recto do doente.

vatorio urinario distendido por uma solução de ácido bórico, injectada em seu interior afim de facilitar as manobras destinadas a me revelar a liberdade ou a adherencia do calculo.

Mas, objectareis vós, não seria possível destacad-o do ponto em que elle se achava preso, e proceder então ao seu esmagamento, á lithotricia?

Não, esta manobra era inexequível em consequencia da grande friabilidade da pedra, por isso que, apenas conseguimos agarral-a pela sua superficie livre, se imprimiamos ao cabo do lithotridor um ligeiro movimento de rotação, depois de approximados os seus ramos, toda a porção do calculo comprehendida entre os dentes deste instrumento se fragmentava com muita facilidade, do que resultava ficar o instrumento de novo livre no interior da bexiga.

Estas tentativas para o destacamento do calculo forão varias vezes repetidas sem nenhum successo, razão pela qual ficámos todos convencidos de que a unica operação que podia ser executada no doente era a da talha perineal, operação que o digno professor da cadeira não poudo realizar por ter sido forçado a deixar de comparecer durante algum tempo, por motivos que todos nós lastimamos.

Hoje que o doente já se acha operado, não tenho mais duvida alguma acerca da adherencia do calculo á mucosa vesical, pois durante a execução da talha tive occasião de verificál-a directamente, pela introducção do dedo indicador esquerdo no interior da bexiga, e creio que aquelles de vós que assistirão á operação não poderão pensar diversamente, apezar de não terem procedido a esse exame, se attenderão a um facto que se deu durante ella, e que passo a expôr e precisar.

Como deveis recordar-vos, todos os tempos da operação correrão sem haver hemorrhagia que nos inquietasse, pela sua abundancia ou pela sua persistencia e rebeldia, desde a dissecção do perineo pelo bisturi até a divisão do collo da bexiga

e da prostata pelo lithotomo duplo de Dupuytren. Durante as tentativas, porém, e sobretudo depois do destacamento do calculo, sobreveio uma abundantissima hemorragia, que não pôde ser explicada senão pela dilaceração, pela ruptura da mucosa nos pontos em que ella adheria ao calculo.

Além da grande friabilidade da pedra e do seu engastamento, friabilidade que, se existisse só, constituiria uma indicação formal para a lithotricia, eu tinha ainda outras razões para acreditar que a unica operação que podia ser executada no doente em questão era a talha perineal.

Com effeito, este doente, além da grande hypertrophia da prostata, que só por si não constituia contra-indicação absoluta da lithotricia, apresentava tambem a mucosa da parte profunda do canal da urethra e sobretudo a da bexiga, muito alterada, fungosa, friavel, sangrando com summa facilidade ao menor contacto, como tive occasião de observar muitas vezes, sobretudo depois das sessões de lithotricia aqui praticadas. Acrescentando a tudo quanto acabo de dizer a notavel diminuição da capacidade da bexiga, que não comportava mais de 120,0 de liquido, o que muito difficultava os movimentos de rotação do lithotridor, e a sua grande irritabilidade, que não se dissipava nem mesmo quando a chloroformisação tinha chegado ao ultimo periodo — o da resolução muscular, termino a exposição dos motivos que me levarão a não praticar neste doente a operação da lithotricia.

Em resumo, não empreguei a lithotricia: 1.º, por ser o calculo muito friavel e se achar fortemente adherente á bexiga, d'onde a impossibilidade de ser rigorosamente apprehendido afim de ser destacado; 2.º, por apresentar o doente a prostata muito hypertrophizada e a mucosa vesical extremamente alterada, fungosa, friavel, todos os caracteres, em uma palavra, da cystite chronica; 3.º, por ser a capacidade da bexiga muito pequena, difficultando assim as manobras do instrumento esmagador; 4.º, finalmente, pela grande irritabilidade que

apresentava ainda a bexiga, muito concorrendo para accentuar estas desordens para o lado da urethra e da bexiga o facto de ter este doente soffrido durante quatro annos de um estreitamento da urethra complicado de fistulas urinarias, do qual ficára curado por meio da operação da urethrotomia interna, que lhe fôra feita alguns mezes antes, na provincia do Rio Grande do Sul, onde residia.

Não tendo encontrado indicação para a talha hypogastrica, e sendo ella para vós desconhecida, por isso que é agora apenas que começam a ser cuidadosamente estudados o seu manual operatorio, as suas indicações e contra-indicações, as suas vantagens e inconvenientes, sou forçado a dizer-vos alguma cousa sobre ella afim de tornar bem claros os motivos porque não executei-a.

A talha hypogastrica, tambem denominada talha pelo alto apparelho, talha supra-pubiana, epi-cystotomia, e modernamente talha de Petersen, foi pela primeira vez praticada por Pedro Franco, celebre cirurgião francez, em 1561, e comquanto este operador tivesse visto o seu arrojo coroado de feliz exito, aconselhou que ninguem o imitasse, praticando tal operação, considerada por elle proprio como uma temeridade.

Desde essa época até estes ultimos annos, ella foi apenas empregada uma ou outra vez, porém sempre como um recurso extremo, como uma operação excepcional, e executada segundo um manual operatorio difficil e com apparelho instrumental imperfeito e deficiente, sendo reservada para os casos, permittão-me a expressão, desesperados, de cálculos de extraordinarias dimensões e muito resistentes, ou para quando, não havendo indicação para a lithotricia, a via perineal fosse interdicta por um obstaculo material, por um vicio de conformação qualquer daquella região, que forçosamente muito devia difficultar a operação e impossibilitar a extracção do calculo. N'essas condições, não é de admirar que a sua execução fosse tão difficil e as suas consequencias tão graves e desastrosas.

Foi sómente depois do trabalho de Petersen, apparecido em 1880, que os cirurgiões começaram a estudar de novo esta importantíssima operação, por isso que em certas circumstancias, felizmente raras, ella nos póde prestar na pratica relevantísimos serviços.

Como sempre succede por occasião do renascimento de processos operatorios por muito tempo esquecidos, o excesso não se fez esperar, havendo notaveis cirurgiões modernos que assegurão enthusiasmicamente que dentro de pouco tempo os termos desta lei clinica — que, não havendo indicação para a lithotricia, a via perineal constitue a regra e a hypogastrica a excepção para a extracção dos calculos vesicaes —, se hão de inverter completamente.

Com quanto saiba que a talha hypogastrica muito tem perdido de sua gravidade e que a sua execução muito se tem simplificado, graças á antisepticia rigorosa, absoluta, dos curativos empregados modernamente, e ao aperfeiçoamento, á precisão do seu manual operatorio, continuo a ser eclectico relativamente aos methodos e processos destinados á extracção dos calculos vesicaes.

Julgo que hoje, como sempre, a lithotricia, a talha perineal e a talha hypogastrica têm as suas indicações especiaes, algumas vezes difficilmente formuladas com precisão, e tiradas do volume, do numero, da natureza, da consistencia, da liberdade ou da adherencia do calculo, do estado das vias genito-urinarias, e finalmente do sexo, da idade e da constituição dos individuos calculosos.

Afim de não prolongar muito esta exposição, eu vos direi em resumo: a talha hypogastrica, segundo a minha opinião, continúa a ter as mesmas indicações de outr'ora, isto é, deve ser reservada sobre tudo para os grandes calculos extremamente resistentes ou para os casos em que, não podendo ser executada a lithotricia, o trajecto perineal nos fôr vedado por circumstancias especiaes que seria impossivel precisar neste

momento (*), com a unica differença, que hoje podemos executar-a com mais segurança, pelas razões já indicadas.

Se, porém, abandonando os dados fornecidos pelo volume do calculo, eu me deixasse seduzir pela idéa de ser a talha hypogastrica uma operação nova, e quizesse pratical-a, encontraria no doente uma disposição organica anormal, que muito dificultaria a operação, tornando tambem muito problematico o seu resultado.

Refiro-me á pequena capacidade da bexiga do doente, que não encerrava, como já disse, mais de 120,0 de liquido, mesmo depois d'elle achar-se profundamente chloroformisado.

Com effeito, a facilidade de exucução da talha de Petersen e sobretudo o seu successo dependem, além de outras circumstancias, de não lesarmos o peritoneo, o que é alcançado graças ao emprego simultaneo da distensão do recto pelo *colpoclyster*, que nada mais é do que um pequeno balão de borracha, e da distensão da bexiga por uma injecção levada ao seu interior.

Ora, resulta das mensurações de Petersen e de Guyon, que o fundo do sacco peritoneal se afasta mais do pubis quando empregamos a injecção vesical só, do que quando lançamos mão sómente da distensão do recto, e além d'isto, que não podemos obter um levantamento pronunciado do peritoneo, o necessario para que elle não seja interessado durante a operação, senão quando empregamos ao mesmo tempo estes dous meios, devendo nós para obter tal suspensão levar a 600 grammas a quantidade de liquido destinado á distensão do balão rectal e a 200 grammas a injecção vesical. Como já vos disse, a bexiga deste doente não comportava mais de 120 grammas de liquido, o que, repito, além de

(*) É assim que o Dr. Bois foi forçado a praticar a talha hypogastrica em um individuo, pelo facto de ser a sua bexiga inatacavel pela via perineal, por ter elle soffrido, durante a infancia, de uma coxalgia suppurada, que acarretára a ankilose do femur direito em extensão e em ligeira adducção.

De la valeur relative de la taille hypogastrique 1882 Dr. Bois.

difficultar muito a execução da talha hypogastrica, tornaria muito duvidoso o seu resultado.

Em conclusão: não pratiquei a epi-cystotomia por não haver indicação (pequeno volume do calculo), e ainda por haver mesmo contra-indicação (pequena capacidade da bexiga), ausencia de indicação e contra-indicação que são cousas muito diversas.

Eliminada a operação da talha hypogastrica e a da lithotricia, só me restava a talha perineal, e se de suas diversas especies preferi a bilateral de Dupuytren modificada por Nélaton, foi porque entendi que ella com mais segurança do que qualquer das outras nos põe ao abrigo de lesar o recto, o bulbo da urethra e ainda as arterias mais importantes do perineo.

Tendo terminado a primeira parte da minha lição, passo immediatamente a me occupar da segunda, isto é, do modo por que pratiquei a operação da talha.

Esta operação exige, como em geral todas as outras, cuidados anteriores, simultaneos e consecutivos á sua execução.

Decidido como me achava a operar o doente pela talha, apressei-me a communicar-lhe a minha resolução, e, apesar de não lhe ter occultado que a operação encerrava certa gravidade, vós deveis estar lembrados como aquella noticia foi por elle bem recebida, o que facilmente comprehende-se, pois assim elle via uma probabilidade de terminarem-se os atrozes soffrimentos, que desde 15 mezes o martyrizavão.

Na vespera do dia da operação, administrei-lhe um purgativo salino, visto o doente accusar constipação de ventre, e passado o seu effeito, mandei que lhe dessem um pouco de sulphato de quinino (6 decigr.), medicamento que systematicamente prescrevo antes de praticar qualquer operação de certa gravidade.

Administrei ao doente um purgativo salino: 1.º, porque, comquanto a constipação de ventre não seja um inconveniente

para o emprego do chloroformio, acho mais prudente removel-a antes da operação do que depois; 2.º, e este foi o fim principal que tive em vista, — porque o segundo tempo da operação exige a introdução do dedo indicador da mão esquerda no recto do doente e a sua permanencia nesse ponto durante alguns minutos, de modo que é indispensavel que a parte inferior do tubo intestinal se ache totalmente sem fezes, cuja presença, além de difficultar um pouco a operação, seria uma fonte de grandes inconvenientes, quer para o operador, quer para os que assistissem á operação.

Cumpre, porém, observar que, sempre que não houver constipação de ventre, os clysteres purgativos substituem com muita vantagem os purgativos, porque estes, pela abundancia das evacuações que determinão, augmentão reflexamente a irritabilidade da bexiga e a sua intolerancia pelo catheter.

Depois de ter organizado todo o apparelho instrumental que devia servir directamente para a execução da operação, e que se compôz de bisturis rectos (ponteagudos e abotoados), de pinças de Péan, de torção e disseccção, de tesouras curvas e rectas, de um tenaculo, de um irrigador, de uma seringa, de esponjas, de fios de ligadura, de sondas metallicas e de gomma elastica, de catheteres de diversos calibres, canelados todos na convexidade, do lithotomo duplo (*) e da canula hemostatica de Dupuytren, da cureta em botão, e finalmente de pinças rectas e curvas para a extracção do calculo, ordenei que o doente fosse trazido para a mesa de operações e procedi logo á escolha dos ajudantes, fixando a cada um o seu mister.

Esta operação exige pelo menos seis ajudantes: um para administrar o chloroformio, dous para manter os membros pelvianos na posição conveniente, um para fixar o catheter,

(*) Não sei porque este instrumento denomina-se lithotomo, visto que *lithos* quer dizer pedra, parecendo pela sua etymologia que elle devia servir para cortar o calculo. Mais correctamente elle poderia chamar-se cystotomo duplo de Dupuytren.

um outro para esponjar a ferida e passar os ferros ao operador, e finalmente um ultimo encarregado da lavagem das esponjas.

De chloroformisar o doente ficou encarregado o Sr. Barros, alumno do 5.º anno da Faculdade, que já por diversas vezes tem anesthesiado com pericia doentes desta clinica; de manter na posição conveniente os membros pelvianos forão encarregados, do esquerdo, o Sr. Dr. Pinto Portella, e do direito, o Sr. Cunha, interno da enfermaria; o outro interno, o Sr. Leonel, ficou incumbido da lavagem das esponjas e de velar pela boa ordem de todos os ferros, afim de nada se fazer esperar durante a operação; para fixar o catheter, escolhi o meu distincto amigo Sr. Dr. Cunha Pinheiro, cuja competencia desde muito tempo aprecio; finalmente, dignou-se tambem de auxiliar-me n'esta operação o Sr. Dr. Oscar Bulhões, muito concorrendo elle ainda para o seu exito indicando-me tudo quanto a sua esclarecida pratica lhe tem suggerido de mais util relativamente ao curativo immediato e consecutivo de taes operados, não sabendo eu por isso a que mais deva render preito, se á erudição do distincto professor, se á gentileza e lealdade do eminente collega.

Todos os ferros que devião pôr-se em contacto com o campo da operação forão postos em bacias contendo uma solução phenicada forte (5%). Não fiz funcionar o pulverizador a vapor, de cujos beneficios me utiliso apenas em determinadas circumstancias, que seria extemporaneo enumerar.

Desde que o doente ficou profundamente anesthesiado, colloquei-o de modo que a sua bacia se achasse n'uma das extremidades da mesa de operações, e depois de postas as suas pernas em flexão sobre as côxas e estas sobre a bacia, em forte abducção, e depois ainda de ter lavado, com uma solução phenicada forte, o perineo, que fôra antes raspado, passei a executar o primeiro tempo da operação, isto é: a introdução do catheter canelado do lado convexo até á bexiga, na qual não tinha

injectado préviamente liquido algum, introdução que não offerece em geral a menor gravidade, sendo executada segundo as regras geraes do catheterismo urethral feito com as sondas metallicas de grande curvatura.

Em relação a este tempo da operação, convém observar religiosamente o que acha-se consignado em todos os compendios de cirurgia pratica que se occupão deste assumpto, e que vem a ser o seguinte: por maior que seja o numero de vezes que tenhamos examinado o doente, e embora em todos estes exames tenhamos encontrado o calculo, nem por isso nos devemos julgar dispensados, na occasião da operação, depois de introduzido o catheter, de procural-o de novo até que o encontremos, até que o catheter sobre elle toque; assim como não devemos dar começo ao segundo tempo sem que o ajudante encarregado de manter o catheter na linha vertical, exactamente na linha mediana, tenha por sua vez declarado que tambem o sentio, sendo que o desprezo d'este conselho tem dado lugar, sobretudo em crianças, a erros grosseiros, a verdadeiros desastres, aliás facéis de serem evitados, desde que seja observado o preceito que acabo de referir.

Continuemos, porém, a descripção de nossa operação.

Tendo o Sr. Dr. Cunha Pinheiro me declarado que sentira o calculo, e fixado o catheter na posição que já indiquei, passei a executar o segundo tempo da operação, que comprehende a incisão da pelle, do fascia superficial, do sphyncter externo e da porção membranosa da urethra, para o que tive de sentar-me bem em frente do perineo do doente, que se achava collocado defronte de uma das janellas d'esta sala, de modo que aquella região ficava virada para a luz.

Introduzi então o dedo indicador da mão esquerda, previamente oleado, no recto do doente, e com o pollegar da mesma mão conseguí apprehender de encontro áquelle dedo a parede anterior do recto, feito o que, distendi-a o quanto me foi possível; tomando com a mão direita um bisturi recto,

pratiquei a incisão cutanea, de fôrma curvilínea, de tal modo que o seu centro se achava a centimetro e meio acima do anus e as suas extremidades no centro de uma linha imaginaria que de cada lado do anus fosse ter ás tuberosidades iskiaticas; incisada a pelle, fui lentamente dividindo as partes molles subjacentes fugindo sempre do bulbo e me aproximando antes do recto, que não receiava tanto ferir involuntamente por estar protegido pelo dedo introduzido em seu interior, o qual me servia de guia; depois de cada golpe de bisturi, procurava sempre com a extremidade do indicador direito, no fundo da incisão perineal, o sulco do catheter, e desde que o encontrei, dando por terminado o segundo tempo da operação (*), retirei o dedo do recto do doente, e passei a executar o terceiro tempo, que consiste em incisar a urethra, verticalmente, em sua parte musculo-prostatica.

Executei este tempo do seguinte modo: introduzi pela incisão do perineo o indicador da mão esquerda de fôrma que a sua face dorsal se achasse voltada para o lado direito do doente, a palmar para a esquerda e a extremidade livre da unha introduzida no sulco do catheter; servindo-me d'ella como conductor, levei a este sulco a ponta de um bisturi recto; retirando o dedo, incisei a urethra, lentamente, para baixo, na extensão que julguei necessaria para a facil introdução do lithotomo, sendo sempre preferível que n'esta incisão vamos um pouco além do que fiquemos áquem.

Concluido o terceiro tempo da operação, passei a executar o quarto, que tem por fim a introdução do lithotomo duplo, a retirada do catheter e a incisão do collo da bexiga e da prostata.

Collocando-me de novo em pé, levei directamente o dedo

(*) Foi este um dos tempos mais longos da operação, devido isto á notavel espessura do perineo do doente, pela grande accumulção n'esse ponto de tecido adiposo, disposição esta tanto mais bizarra quanto o individuo era bastante magro.

O professor Thompson, occupando-se das difficuldades e dos perigos da talha, ligados a uma conformação especial do operado, colloca em primeiro lugar, por ser a mais frequente, a espessura do perineo, qualquer que seja a sua causa.

indicador da mão esquerda, na mesma posição que anteriormente, até o sulco do catheter, feito o que, tomando-o como guia, adaptei com a mão direita o bico do lithotomo áquelle sulco, adaptação que me foi revelada pelo choque característico que determinão dous corpos metallicos quando se tocão. O lithotomo foi introduzido fechado e com a sua face concava voltada para a symphysis pubiana do doente, achando-se ainda o afastamento de suas laminas previamente graduado de acôrdo com o volume provavel do calculo. Desde que tive a certeza que o bico do lithotomo estava introduzido no sulco do catheter, segurando com a mão esquerda o pavilhão deste e mantendo com a direita aquelle instrumento pelo seu cabo, tentei introduzil-o na bexiga, o que consegui deste modo: abaixando lentamente o catheter ao mesmo tempo que obrigava o lithotomo a acompanhal-o neste movimento; depois de duas tentativas, o lithotomo penetrou no reservatorio urinario, do que não podia duvidar, pela extrema facilidade com que se movia a sua extremidade interna, por ter sahido pela ferida alguma urina ligeiramente tinctoria de sangue, e ainda pelo facto de ter o lithotomo transmittido á minha mão direita uma sensação de rugosidade, o que provava estar elle em contacto com o calculo; desprendendo o bico do lithotomo do sulco do catheter e retirado este, virei aquelle de modo que a sua face concava ficou voltada para o anus do doente, e depois de afastadas as suas laminas fui lentamente puxando-o para fóra, conservando-o sempre em posição perfeitamente horizontal, até que pelas resistencias vencidas adquiri a certeza de que não só tinha incisado o collo da bexiga, como sobretudo a prostata, que se achava, como já vos disse, hypertrophiada e muito resistente.

Com a retirada do lithotomo, terminou o quarto tempo da operação.

Levando então o indicador esquerdo directamente ao fundo da bexiga, com grande facilidade encontrei o calculo,

e verificando por essa occasião que realmente elle se achava adherente á mucosa vesical, passei a executar o quinto tempo da operação, isto é, o do destacamento do calculo (*); para isso, conservando o indicador esquerdo em contacto com um dos lados do calculo, adaptei ao lado opposto a extremidade da cureta em botão, e por meio de brandos movimentos de lateralisação impressos á pedra consegui destacad-a, porem sómente depois de prolongados esforços.

Destacada a pedra, procedi ao sexto tempo da operação — o da extracção do calculo.

Levei para isso ao interior da bexiga uma das pinças de que dispunha, depois do que introduzi tambem o dedo indicador até encontrar a pedra, e servindo-me d'elle como guia apprehendi o calculo entre os ramos da pinça; retirado o dedo, procedi á extracção do calculo, e assim terminou a operação.

Esta manobra foi varias vezes repetida, em consequencia da grande friabilidade da pedra, pelo que ella não poude ser extrahida senão em pequenos fragmentos, sendo o maior d'elles o que adheria á bexiga, o qual, naturalmente, era o nucleo do calculo. Alguns d'estes fragmentos forão extrahidos com muita difficuldade.

Como deveis recordar-vos, só depois da extracção do calculo, ou, mais precisamente, do ultimo de seus fragmentos, d'aquelle que se achava preso á mucosa vesical, foi que sobreveio hemorragia e muito abundante, o que só pode ser explicado pelo despedaçamento da mucosa nos pontos em que ella adheria ao calculo. Para combater esta hemorragia, lancei mão da agua fria levada em grande quantidade á bexiga pelo pipo do irrigador, introduzido na ferida perineal; no fim de alguns minutos, ella tinha cessado completamente.

(*) Para tornar mais claro aos alumnos o modo porque é feita esta tão complicada operação, considereí como um tempo distincto do da extracção do calculo o do seu destacamento da mucosa vesical: na pratica, porem, estes dous tempos naturalmente se confundem.

Despertado o doente do somno anesthesico, procedi ao curativo, que consistio simplesmente na applicação de uma esponja embebida na solução phenicada forte de encontro ao perineo, ficando a ferida, d'este modo, perfeitamente protegida; essa esponja foi mantida por uma atadura em T. Não deixei na urethra sonda alguma de permanencia. Internamente, prescrevi uma poção morphinada.

Só resta-me dizer, quanto ás consequencias immediatas da operação, que desde o dia em que ella teve lugar, 9 do corrente, até hoje, 19, o doente apenas apresentou uma vez certa elevação de temperatura geral ($38,2^{\circ}$), exactamente quatro horas depois da intervenção cirurgica; e havendo já dez dias que elle foi operado, sem que nada tenha sobrevindo de anormal, quer para a ferida propriamente dita, quer para o peritoneo, quer para os rins, nem apparecido, em uma palavra, accidente algum dos que podem sobrevir a esta operação, espero que o nosso doente sahirá d'aqui completamente curado.

Resultado da operação. — Ficaria incompleta a observação deste doente, esboçada na lição supra, se não transcrevesse as notas relativas ao resultado da operação e aos caracteres physicos e chimicos do calculo.

O doente foi operado no dia 9 de Julho e obteve alta no dia 18 de Agosto, completamente restabelecido.

A ferida perineal no fim de 19 dias estava totalmente cicatrizada, não tendo sido empregado outro curativo senão o da esponja phenicada, frequentemente mudada, desde que se achava muito embebida de urina.

Diariamente, a principio, e depois, de dous em dous dias, era a fistula do perineo lavada com agua morna afim de livral-a não só de alguma suppuração que estabelecêra-se em sua superficie, como ainda de um deposito esbranquiçado, calcareo, de natureza phosphatica, que n'ella se tinha formado.

Esta incrustação calcarea da ferida, nos dias que se seguirão immediatamente á operação, reproduzia-se com muita rapidez, mas foi lentamente diminuindo até desaparecer de todo, sendo esta, rigorosamente fallando, a unica complicação que apresentou o doente para o lado da incisão do perineo.

Dous dias depois da operação, sahio pela fistula perineal um pequeno fragmento do calculo.

A temperatura geral, tomada diariamente pelo thermometro, nunca mostrou-se acima do seu gráo normal, a não ser, como já disse, no dia da operação, quatro horas depois d'ella.

O estado geral, que era deploravel antes da operação, melhorou consideravelmente depois, por isso que desde então o doente começou a alimentar-se bem e a dormir tranquilamente.

O calculo pesa 27 grammas; o maior fragmento, isto é, aquelle que adheria á bexiga por uma de suas faces, apresenta a forma irregularmente circular e tem tres centimetros de diametro sobre centimetro e meio de espessura; a sua composição é a que está consignada na nota que abaixo transcrevo textualmente e que me foi enviada pelo meu amigo e collega o Sr. Dr. Felicissimo Fernandes, distincto preparador do Gabinete de chimica organica e biologica da Faculdade de Medicina, a quem entreguei não só o calculo deste doente como o do outro a que se refere a 3.^a observação, afim de que nelles procedesse a exame chimico.

Dez dias depois de ter obtido a sua alta, o doente procurou-me, e examinando então de novo a sua bexiga com uma sonda metallica de pequena curvatura, verifiquei mais uma vez não existir em seu interior fragmento algum do calculo, assim como achar-se favoravelmente modificada a mucosa vesico-urethral, que nada sangrou durante este exame.

Por essa occasião, o doente revelou-me um facto que não deixa de ser interessante, apezar talvez de não ser raro, e que refere-se á modificação que se deu na frequencia de sua micção, depois da operação da talha.

Conforme consta da lição, este individuo, quando recolheu-se ao hospital, tinha, além do calculo urinario, a prostata muito hypertrophiada; emquanto simultaneamente existirão estas duas affecções, os symptomas do calculo predominavão absolutamente sobre os da affecção prostatica, ou mais precisamente, ostentavão-se sós.

É assim que a frequencia da micção, antes da intervenção cirurgica, não existia senão durante o dia, o que é peculiar aos calculosos; extrahido o calculo, a frequencia da micção passou a ser á noute, conforme me referio o doente, o que é caracteristico nos individuos affectados de hypertrophia da prostata.

EXAME CHIMICO DO CALCULO: « Phosphatos terrosos; uratos alcalinos, com traços de carbonato e oxalato de calcio. »

O exame chimico do calculo concorda, pois, com o diagnostico clinico que tinha sido feito relativamente á sua natureza, o que mais uma vez prova que na pratica podemos muitas vezes chegar ao conhecimento do elemento predominante na composiçãõ de um calculo, que é tambem o que a tal respeito mais nos interessa, pela apreciaçãõ da intensidade do som que nos transmittem os instrumentos exploradores, e sobretudo pela maior ou menor resistencia que experimentamos em esmagal-o com o lithotridor.

TERCEIRA LIÇÃO

FERIDAS CONTUSAS

Summario : Da classe das lesões traumaticas das partes molles a especie mais frequente é a das feridas contusas ; definição ; condições que favorecem a sua formação ; séde ; divisão e symptomas ; marcha ; diagnostico ; prognostico ; tratamento.

Meus senhores.

Consultando os meus apontamentos relativos á estatística da 2.^a cadeira de clinica cirurgica, da qual sou adjunto desde a sua fundação, deveras me surpredeo o predominio numerico absoluto das lesões traumaticas sobre as lesões inflammatorias e organicas ; e da vasta classe das lesões traumaticas das partes molles a especie que maior numero de vezes temos tido occasião de observar nos annos passados e no corrente anno, é a das feridas contusas.

Attendendo a que não existe actualmente na enfermaria doente algum de affecção interessante que vós já não conheçais sob todos os pontos de vista ; attendendo ainda ao grande numero de individuos com feridas contusas que aqui existe agora, e á extrema frequencia desta especie de solução de continuidade, resolvi fazer-vos uma lição clinica referente a taes lesões.

Como o seu nome indica, ferida contusa é toda a solução de continuidade da pelle sómente, ou da pelle e das partes molles subjacentes, determinada por um corpo contundente.

Assim, pois, para que uma lesão traumática tome o nome

e constitua uma ferida contusa, é preciso que a pelle tenha sido interessada pelo agente contundente; se ella, porem, não se rompeo, embora os tecidos profundos tenham sido fortemente dilacerados, não se trata mais de uma ferida contusa, mas sim de uma contusão.

É de indeclinavel necessidade na pratica ter sempre presente ao espirito o que acabo de vos dizer relativamente á differença capital que existe entre a ferida contusa e a contusão, por isso que, muito divergindo estas lesões nos seus symptomas, na sua marcha, no seu prognostico e sobretudo na sua therapeutica, confundem-se de todo na sua etiologia, visto que as causas que ordinariamente determinão uma contusão são exactamente as mesmas que originão uma ferida contusa.

De que modo deve, pois, actuar um corpo contundente para que determine uma ferida contusa e não uma contusão? Que conformação especial deve elle ter, e quaes as disposições anatomicas que mais favorecem a formação de uma ferida contusa?

Os autores parecem achar-se quasi que unanimemente de acôrdo a tal respeito, por isso que, com pequenas divergencias, declararão que um corpo contundente origina de preferencia uma ferida contusa a uma contusão, quando se derem as seguintes circumstancias, que podem apresentar-se reunidas ou isoladas: 1.º, quando elle actuar sobre os tecidos com extrema violencia; 2.º, quando tiver uma conformação tal que consiga dividir não só os tecidos profundos como a pelle; 3.º, quando a pelle sobre que actuar o corpo contundente fôr extremamente fina; 4.º, finalmente, quando os tecidos alcançados pelo corpo contundente repousarem directamente sobre um plano osseo mais ou menos vasto.

Vós podereis observar feridas contusas assestadas em todas as regiões do corpo, mas as que maior numero de vezes d'ellas são tributarias são: o couro cabelludo, os pés e as mãos, so-

bretudo estas, por serem, pelo seu destino, facilmente contundidas pelos instrumentos e machinas empregados nas diversas profissões, e ainda por ser a ellas que instinctivamente confiamos a nossa defeza por occasião de um accidente qualquer.

Entre a simples escoriação, que é o gráo minimo da ferida contusa, e as grandes feridas contusas, existe uma tal infinidade de gráos, que é muito difficil dividil-as, segundo a sua extensão, profundidade e largura.

Como, porem, sobretudo sob o ponto de vista didactico, é preferivel seguir uma divisão arbitraria embora, a não seguir classificação alguma, adoptarei a divisão geralmente feita das feridas contusas em duas categorias: 1.º, a escoriação; 2.º, a ferida contusa ordinaria.

A escoriação é uma ferida contusa extremamente benigna, que não interessa senão as camadas mais superficiaes da pelle, sendo produzida ou por um corpo que actúa obliquamente sobre os tecidos ou por um agente de superficie rugosa, que passa rapida e horizontalmente sobre o revestimento cutaneo.

As feridas contusas ordinarias, do mesmo modo que as feridas incisas, podem complicar-se de perda mais ou menos notavel de substancia ou então apresentar-se sob a forma de um sulco, de uma fenda, cuja profundidade, extensão e largura varião muito; é assim que algumas vezes só a pelle e o tecido cellular são interessados; outros casos, ha, porem, em que, alem d'essas camadas, se trata-se de um membro por exemplo, o traumatismo contunde muito as aponevroses, os musculos, e dilacera ainda os nervos, os vasos e os tendões; vós comprehendeis finalmente que, se a violencia externa fôr ainda mais consideravel, ella, alem de destruir as partes molles, fracturará os ossos. N'este caso, porem, não se trata mais de uma ferida contusa das partes molles, mas sim de uma fractura exposta com attrição notavel das partes molles que circumdão o fôco da fractura.

O que deveis não esquecer é que os labios das feridas

contusas são irregulares, sinuosos, e constituídos por tecidos muito contundidos, nos quaes a innervação e a circulação cessarão completamente ou em grande parte.

Os symptomas da escoriação todos vós conheceis.

Se a epiderme foi sómente interessada, nota-se apenas a sahida de insignificante quantidade de sangue através dos bordos da escoriação, bordos que nesse caso são constituídos pela epiderme dilacerada e eriçada na superficie do derma; se, porem, o traumatismo actuou com um pouco mais de violencia, de modo que, alem da epiderme, o derma tambem foi lesado, ao symptoma — corrimento sanguineo — liga-se o symptoma dôr, o que perfeitamente se explica pela riqueza d'este ponto em nervos sensitivos.

Vejamos agora os symptomas das feridas contusas ordinarias.

Estas feridas sendo geralmente produzidas com extrema rapidez, a dôr, no momento e mesmo logo depois do accidente, é nulla, como é quasi nulla ainda algumas horas depois d'elle, e tanto mais insignificante quanto mais violento tiver sido o traumatismo. Esta proposição paradoxal á primeira vista explica-se perfeitamente: é que, nas grandes feridas contusas, o corpo contundente estende a sua acção destruidora a todas as ramificações nervosas, resultando d'este esmagamento total do systema nervoso peripherico do ponto contundido a ausencia de dôres, pois que em tal estado elle não pode transmittir sensações.

O que acabo de vos dizer relativamente á dôr é perfeitamente applicavel ás hemorragias, por isso que é extremamente raro que uma ferida contusa dê lugar a hemorragias, embora arterias calibrosas, como a femural, tenham sido interessadas, sendo, porem, sobretudo frequente esta ausencia de perda de sangue nos casos em que arterias de calibre medio e arteriolas têm sido sómente lesadas, podendo-se explicar esta hemosthasia espontanea pelo conjuncto das seguintes causas:

1.^a, o enrolamento da tunica interna, que, como vós sabeis, é pouco resistente, e por isso é a primeira que se rompe ; 2.^a, a retracção longitudinal e circular da tunica media ; 3.^a, o obstaculo constituido pelos retalhos da tunica externa, que é muito fina, porem extremamente resistente. Segundo Billroth, muito auxilia tambem a hemosthasia espontanea das feridas contusas o enfraquecimento das contracções cardiacas, que sobrevem sempre depois de todo accidente e por via reflexa.

Relativamente ás hemorragias nas feridas contusas, ha uma circumstancia que passo a consignar.

Refiro-me á possibilidade da apparição de hemorragias consecutivas, tardias, n'esta especie de feridas, e que se explicão perfeitamente pelo deslocamento de um coalho que até então obliterava a arteria lesada, hemorragias tardias estas que se podem explicar tambem, quando tal accidente sobrevem durante o periodo de detersão da ferida, pela queda de uma eschara constituída por tecidos alterados, que, desde o momento do accidente, obliteravão a arteria, séde da hemorragia tardia.

Ainda segundo Billroth, certas hemorragias que sobrevêm algumas horas depois do accidente podem reconhecer como causa o facto do coração ter então readquirido toda a sua energia contractil.

Assim, pois, repito, as hemorragias são raras como symptomas das feridas contusas, porem podem sobrevir como accidente consecutivo d'essas mesmas feridas.

Ficando assim esboçada a symptomatologia das feridas contusas, passo a vos dizer alguma cousa relativamente á marcha d'esta especie de lesões traumaticas.

Ordinariamente, a reparação das feridas contusas não se faz senão depois de terem ellas passado por um trabalho suppurativo, visto que é excepcional que ellas se cicatrizem por primeira intenção, pois esta terminação exige que os bordos de uma ferida sejam constituídos por tecidos em perfeito estado

de integridade anatomica, que sejam nitidos, regulares, e ainda que nelles a circulação e a innervação se tenham conservado de um modo quasi completo.

Ora, os labios das feridas contusas se apresentam em condições oppostas, n'um estado muito desfavoravel para essa terminação, porque, como vós já sabeis, elles são constituídos por tecidos muito desorganizados e nos quaes as vitales funcções da circulação e da innervação têm completamente ou em grande parte cessado.

A opportunidade do momento faz-me antecipar o preceito clinico de que rarissimas vezes devemos empregar a sutura, principalmente a sangrenta, nas feridas contusas, e desde já passo a vos dizer em que casos devemos empregar a sutura secca e aquelles em que convêm lançar mão da sangrenta.

As feridas contusas em que devemos empregar a sutura sangrenta são as da face, havendo cirurgiões abalisados que aconselham regularisar os bordos d'estas feridas com um bisturi, quando elles se apresentarem muito irregulares, e proceder depois á sua sutura, tal é o horror que em geral inspira uma cicatriz disforme na face; ordinariamente as feridas contusas da face reúnem-se por primeira intenção, em consequencia da riqueza de vascularisação d'aquella região, a qual favorece o rapido desenvolvimento de uma circulação collateral para os pontos d'ella privados pelo traumatismo.

Podemos empregar a sutura secca, isto é, a reunião ou antes a aproximação dos bordos da ferida por meio de fitas de esparadrapo: 1.º, quando a ferida contusa fôr pouco extensa e superficial; 2.º, quando a ferida se complicar da formação de vasto retalho traumatico. Em qualquer desses casos, porem, devemos estar sempre de sobreaviso afim de retirar todos os pontos da sutura secca empregada desde que notarmos que os bordos da ferida tornão-se muito turgidos, quentes, e tratál-a então como uma solução de continuidade que tem fatalmente de suppurar.

Como já vos disse, a suppuração é contingente obrigatório na marcha das feridas contusas, sendo por meio d'ella que dá-se a eliminação, em um espaço de tempo que varia com muitas circumstancias, de retalhos mais ou menos vastos de tecidos gangrenados; a suppuração é, em uma palavra, o meio de que o organismo se serve para separar de seu todo cheio de vida as partes inutilizadas pelo traumatismo, visto que imprestavel é todo o tecido no qual tem cessado a circulação e sido destruido o systema nervoso.

O modo segundo o qual estabelece-se essa eliminação é o seguinte: exactamente nos limites do tecido são dá-se uma formação rapida de cellulas e uma multiplicação extraordinaria de vasos, o que origina a formação de uma camada granulosa, cuja superficie mais tarde suppura. Graças a esta suppuração, a cohesão, a continuidade entre os tecidos cheios de vitalidade e os mortificados deixa de existir, do que resulta serem estes expellidos sob a forma de retalhos, cujo tamanho e espessura varião conforme as dimensões da ferida contusa.

Tal qual como acabo de vos descrever, a cicatrização das feridas contusas faz-se por um processo de reparação, de nutrição; é, porem, extremamente raro que elle se conserve em taes limites, transformando-se quasi sempre em um processo de destruição, inflammatorio, mais ou menos intenso, o que se explica bem em consequencia da violencia do traumatismo e da notavel alteração dos tecidos.

Pode-se, pois, formular, como regra geral, que a reparação das feridas contusas faz-se por meio de um trabalho inflammatorio, mais ou menos intenso, terminando por suppuração. Em nada fica prejudicada esta regra com o facto de excepcionalmente uma ferida contusa poder reunir-se por primeira intenção absoluta.

Creio ser sempre impossivel limitar precisamente, logo depois do accidente, até que ponto se deve dar a eliminação dos tecidos, ou por outra, marcar o ponto em que terminão

os tecidos são e começam os contundidos ; a pelle faz, porem, excepção a esta regra, por poder ser directamente examinada ; com effeito, podereis avaliar a extensão da pelle que deve destacar-se, verificando até que ponto ella se apresenta, logo depois do accidente, como de ordinario succede, completamente insensivel, fria e com uma côr azulada ; e digo ordinariamente, porque casos ha em que estes caracteres não se patenteão senão depois de algum tempo.

No fim de 24 a 48 horas, porém, não é tão difficil, nos individuos de côr branca, precisar o limite entre o que deve ficar e o que deve ser eliminado, por isso que esse limite é marcado por uma linha avermelhada, denominada — linha de demarcação —, mais ou menos sinuosa, pouco saliente, e que se confunde insensivelmente com os tecidos vizinhos.

O tempo que os tecidos levão a eliminar-se varia muito, segundo a maior ou menor espessura de tecidos comprometidos em sua vitalidade pelo accidente, e sobretudo segundo a natureza d'esses mesmos tecidos ; é assim que o tecido cellular sub-cutaneo é o que mais rapidamente se elimina, por isso que elle reúne todos os elementos para que rapidamente se organizem os botões carnosos, e que são : riqueza em capillares e frouxidão. De todos os tecidos da economia o que mais lentamente se elimina é sem duvida alguma o tecido osseo.

Fallando-vos da maior ou menor rapidez com que se eliminão os tecidos quando contundidos, eu não posso deixar de consignar que a mocidade, a robustez da constituição, um organismo que não se acha sob a influencia de vicio constitucional ou diathesico algum, e ainda as boas condições mesologicas a que se achem submettidos os feridos, não podem deixar de influir beneficemente no trabalho da reparação das feridas contusas.

Ha ainda uma circumstancia importante a mencionar relativamente ao ponto que nos occupa agora a attenção, e que vem a ser a seguinte : a acção prolongada do frio, retardando

a formação de botões carnosos e por conseguinte a suppuração, que é contingente obrigatorio na marcha das feridas contusas, retarda inevitavelmente tambem a eliminação dos tecidos imprestaveis; e o frio assim actua desfavoravelmente, porque mantem n'um estado de contracção quasi permanente os vasos sanguineos da região séde da ferida contusa, contracção vascular que acarreta a lentidão da circulação e forçosamente o abaixamento da temperatura, d'onde a morosidade na formação das cellulas que devem formar os botões carnosos, pois parece estar provado que nas baixas temperaturas as cellulas se gerão com extrema difficuldade.

Seja esta ou outra a explicação, o que é facto é que os clinicos lanção mão dos refrigerantes, que é o meio mais racional de tratamento das feridas contusas, sómente nos primeiros dias que se seguem ao traumatismo, substituindo estes refrigerantes por um curativo protector qualquer desde o momento em que elles não receião mais que o trabalho inflammatorio se torne muito extenso e intenso, isto é, desde que os tecidos gangrenados começão a eliminar-se e que a camada granulosa já se acha organizada em toda a superficie da ferida.

De tudo quanto acabo de vos dizer vós já deduzistes: 1.º, que o tempo exigido para a reparação das feridas contusas é muito mais longo que o reclamado para a cicatrização das feridas incisas, visto que n'estas, em consequencia da regularidade de seus bordos, e por se ter conservado n'elles a circulação e a innervação, a reunião por primeira intenção pode ser considerada a regra geral, justamente o opposto do que se dá com as feridas contusas; 2.º, que em idénticas circumstancias, como por exemplo de séde e dimensões, uma ferida contusa constitue um accidente mais grave do que uma ferida incisa; 3.º, que sendo-nos impossivel logo depois do accidente precisar o ponto em que deve terminar a eliminação dos tecidos contundidos, rarissimas vezes o cirurgião deve por meio do bisturi ou da tesoura regularizar as feridas contusas, mas sim

engarregar deste trabalho a natureza ; conselho este que vós deveis seguir sempre, religiosamente, quando se tratar de feridas contusas dos dedos, onde a cirurgia conservadora faz prodigios e onde uma phalange de mais ou de menos pode, em certos casos, continuar a garantir os meios de subsistencia do doente ou privar-o de taes recursos, sobretudo tratando-se do pollegar; e embora seja raro observar feridas contusas das partes molles dos dedos sem fractura das phalanges respectivas, ainda assim, comquanto não se trate mais de uma ferida contusa mas sim de uma fractura exposta, convem seguir invariavelmente o mesmo preceito clinico.

O diagnostico das feridas contusas é em geral muito facil, e basêa-se no exame dos symptomas de que já vos fallei ; casos ha, porém, em que o espirito vacilla se trata-se de uma ferida incisa ou contusa, o que tem importancia não só na clinica como algumas vezes sob o ponto de vista medico-legal. Isto dá-se sobretudo no craneo, onde um agente contundente pode determinar uma ferida contusa que muito se assemelhe a uma ferida incisa, e nesses casos duvidosos ha quem aconselhe o emprego de uma forte lente que mostrará que os bordos da supposta ferida incisa são mais ou menos sinuosos e irregulares.

O prognostico das feridas contusas varia segundo muitas circumstancias inherentes ao individuo, ao meio atmospherico em que elle se acha, e sobretudo segundo o gráo da ferida contusa.

É assim que a escoriação é de ordinario uma lesão sem a menor gravidade ; como, porém, ella pode complicar-se algumas vezes de accidentes gravissimos, taes como a lymphatite, o tetano, a erysipela, não convem estabelecer em caso algum um prognostico absolutamente favoravel.

Se julgo prudente haver toda a reserva em relação ao prognostico da escoriação, que é o gráo minimo das feridas contusas, o que não vos direi relativamente ao das feridas con-

tusas ordinarias, sobretudo de certa extensão, e que são graves não só por poderem dar lugar ás mesmas complicações que a escoriação, como tambem, por exemplo, pela intensidade do trabalho inflammatorio porque devem passar, e pela abundancia da suppuração consecutiva.

Entro agora na parte mais importante e vasta da lição de hoje, a que se refere ao tratamento das feridas contusas, sendo justamente por conhecer a sua vastidão que me esforçarei em ser conciso.

A escoriação não exige ordinariamente senão a applicação, logo depois do accidente, de uma compressa embebida em agua fria e que actua como analgesico e como hemostatico; dous a tres dias depois do accidente devemos substituil-a por um pouco de amido ou, se a escoriação fôr de certa extensão, por um curativo protector qualquer, o algodoado por exemplo, com o fim de abrigarmos o ponto lesado de todas as violencias externas.

Passo a dar-vos agora a base do tratamento das feridas contusas ordinarias.

Vós já sabeis que a ferida contusa é uma solução de continuidade cujos bordos são constituídos por tecidos alterados, incapazes de se reunirem por primeira intenção; já sabeis tambem que nas feridas contusas dá-se a eliminação de tudo quanto se acha sem vida por meio de um trabalho inflammatorio, que termina por suppuração. Pois bem, é do conhecimento destes dous factos: bordos contusos, sem vida, e trabalho inflammatorio terminado por suppuração, que surge toda a therapeutica racional das feridas contusas.

O conhecimento de que as feridas contusas têm bordos incapazes de se reunirem por primeira intenção elimina desde logo de nosso espirito a idéa do emprego das suturas sangrentas, e, como já vos disse, o mais que podemos fazer é approximar um pouco o bordo de taes feridas com fitas de esparadrapo, quando ellas forem superficiaes ou quando apre-

sentarem uma porção de tecidos mais ou menos destacados, constituindo o que se denomina retalho traumatico ; e ainda uma vez repito-vos : se no fim de 24 a 48 horas notarmos que os tecidos vizinhos á ferida tornão-se turgidos, vermelhos e sensiveis, sem demora devemos retirar a sutura empregada, lavar toda a ferida com uma solução antiseptica e cural-a como uma ferida que fatalmente deve suppurar.

Em rigor, sómente nas feridas contusas da face é que devemos empregar a sutura sangrenta, depois de termos retirado todos os corpos estranhos que ellas por ventura encerrem e que ahi se tenham depositado durante o accidente ou em consequencia de algum curativo irracional, preceito clinico este tão intuitivo que uma vez por todas vos digo que elle deve ser observado em qualquer especie de solução de continuidade.

O segundo cuidado que devemos ter com uma ferida contusa de certa extensão é que o trabalho inflammatorio que nella deve se estabelecer não seja nem muito intenso nem demasiado extenso, o que quando sobrevem constitue sempre um accidente grave.

Os meios a que com mais vantagem recorreremos para preencher esta indicação, são, sem duvida alguma, as irrigações frias e continuas, as quaes só podemos empregar nas feridas contusas das extremidades, que tambem são as mais frequentes.

Nas do couro cabelludo, tronco, e ainda nas das coxas e braços, somos forçados a substituir esse meio pelas bexigas com gelo ou pelas compressas de linho frequentemente mudadas e embebidas em agua vegeto-mineral, ou em agua, que pode ser simples ou ter em dissolução o alcool ou o acido phenico.

Quantos dias devemos ter uma ferida contusa sob a acção dos refrigerantes?

É impossivel responder precisamente a esta pergunta, e se quizesse ser absoluto em tal resposta vos diria o seguinte : devemos submeter uma ferida contusa ao tratamento pelos

refrigerantes, isto é, pela irrigação continua, pela bexigas com gelo ou pelas compressas molhadas, até ter-se dado a eliminação total dos tecidos gangrenados, até o momento em que notarmos que toda a superfície da ferida acha-se coberta de botões carnosos, por isso que uma ferida que granula, quer ella succeda a uma ferida contusa, quer a uma incisa, que por qualquer motivo não reunio-se por primeira intenção, é sempre a mesma ferida, e por conseguinte sujeita ao mesmo curativo, o qual deve ter sómente por fim proteger estes botões carnosos contra todos os insultos externos, parecendo-me que os curativos mais adequados para tal fim são: o antiseptico de Lister e o algodoado de Guérin, que também é antiseptico.

Deveis auxiliar a cicatrização da ferida não só com o emprego de taes curativos como também mantendo a região onde existe a ferida na maior immobilidade possível e n'uma posição conveniente para que a sua superfície não soffra tracção alguma em consequencia de movimentos intempestivos que involuntariamente possa fazer o doente.

Quer o curativo de Lister, quer o de Guérin, devem ser mudados raras vezes, dentro de um espaço de tempo que varia com muitas circumstancias e principalmente conforme a abundancia da suppuração; o que não deveis fazer senão em rarissimos casos é mudal-os todos os dias e muito menos duas vezes por dia, porque tal procedimento adulteraria de todo o seu fim antiseptico. Difficilmente se concilia a antisepticia rigorosa de um curativo com as suas repetidas substituições; por seu turno, curativo raro e curativo antiseptico são equivalentes.

Ha ainda um terceiro cuidado que devemos ter com as feridas contusas: prevenir a retenção do pús em seu interior, o que acontece ou em consequencia de ser a ferida muito profunda e anfractuosa, ou então por se achar de tal modo localisada em certas regiões que o pús encontre mais facilidade em depositar-se em seu interior do que em ser levado para fóra; em qualquer d'essas duas hypotheses, devemos praticar

uma contra-abertura no ponto declive da ferida e nella introduzir um grosso tubo de drenagem, pelo qual deve dar-se livremente a saída do pús e a introdução, por occasião de mudar os curativos, de liquidos, cuja natureza varia segundo certas indicações.

Se os botões carnosos tornarem-se atonicos, flacidos, convem excital-os por meio do nitrato de prata.

Ha cirurgiões que aconselham approximar os bordos das feridas contusas por meio de uma ligeira compressão exercida sobre elles, desde que todos os tecidos contundidos se tenham eliminado, desde que toda a superficie da ferida se ache coberta de granulações, afim de obter-se a reunião que elles denominão reunião immediata por segunda intenção. Nunca vi conseguir-se este resultado de um modo absoluto; o que apenas obtemos é apressar um pouco a reparação da ferida, pelo facto de tornarmos os seus bordos menos afastados.

Resumidamente, as tres indicações capitaes do tratamento das feridas contusas são: 1.º, prevenir a intensidade e a extensão do trabalho inflammatorio; 2.º, favorecer a cicatrização, protegendo os botões carnosos; 3.º, impedir a retenção do pús.

Estas tres indicações são preenchidas pelos meios de que acabo de fallar-vos, mas não penseis que elles sejam seguidos por todos os cirurgiões; é assim que muitos clinicos ainda hoje lançam mão da classica cataplasma de farinha de linhaça com o fim de apressar a queda das escharas.

Contra as hemorragias, quer primitivas, que, como já vos disse, são muito raras nas feridas contusas, quer consecutivas, empregaremos, segundo certas indicações, os estípticos, sobretudo o perchlorureto de ferro, a ligadura na contiguidade ou na continuidade da arteria lesada, a compressão mediata ou immediata, mecanica ou digital, e ainda a elevação vertical do membro, meio hemostatico este perfeitamente estudado por Houlzé de l'Aulnoit.

Precisar os casos em que devemos empregar um dos meios

acima mencionados de preferencia a todos os outros seria, além de extemporaneo, de pouca vantagem, pois creio que isto melhor apprendereis com a continuação de vossos estudos clinicos, pela observação directa dos casos que fordes encontrando.

É extremamente raro que uma ferida contusa das partes molles sem outra lesão concomitante exija a amputação, pelo menos a immediata; casos ha, porém, em que somos forçados a lançar mão deste recurso extremo em consequencia de complicações graves que sobrevêm alguns dias depois do accidente para o lado da ferida.

Se a ferida contusa fôr pouco extensa e superficial, se ella fôr de dimensões tão exiguas que não receiemos que o trabalho inflammatorio seja violento, devemos dispensar o emprego dos refrigerantes e lançar mão desde o começo de um curativo destinado simplesmente a evitar que ella seja attritada pelas vestes do doente, pelos corpos exteriores, e ainda com o fim de preserval-a da acção do ar athmospheric, que é o meio de transporte habitual, nos grandes centros hospitalares, dos germens das septicemias chirurgicas, comquanto as feridas contusas muito mais raramente do que as incisas se compliquem de accidentes septicemicos, sobretudo depois que ellas se achão cobertas de granulações, que constituem, como precisou Verneuil, uma barreira á entrada e diffusão dos referidos germens.

Deveis ainda n'esses casos auxiliar a acção do curativo empregado immobilizando a região séde da ferida contusa e dando-lhe uma posição conveniente.

Disse-vos que bastava o emprego de um curativo qualquer que preencha os requisitos que indiquei, porque o trabalho de reparação de uma solução de continuidade, quer do esqueleto, quer das partes molles, faz-se por meio de processos exclusivamente naturaes, que se estabelecem sem ou com a nossa intervenção, de sorte que devemos limitar-nos a auxiliá-lo em suas tendencias reparadoras, afastando tudo quanto possa perturbar a sua marcha, sendo a precisão deste conhecimento um

dos factores que muito têm concorrido para os resultados maravilhosos da cirurgia moderna, como criteriosamente consigna James Paget em sua conceituada obra de clinica cirurgica.

Limitarei a estas observações o que julgei necessario dizer-vos sobre o assumpto da lição de hoje, e vós comprehendeis que, além de fastidioso, seria inutil precisar os diversos grãos de feridas contusas que podeis encontrar na pratica, indicando para cada um o tratamento mais apropriado; creio, porém, que consegui dar-vos pelo menos as noções clinicas mais importantes relativamente ás feridas contusas das partes molles.



SEGUNDA PARTE



Observações de clinica cirurgica

OBSERVAÇÃO I

Fistula urinaria urethro-perineal. Obliteração do canal da urethra, na extensão de cerca de um centimetro, no ponto immediatamente acima do trajecto fistuloso. — Urethrotomia externa e urethrotomia interna. — Alta, completamente restabelecido.

Antes de descrever o estado em que encontrei a urethra deste individuo, quando me foi confiada a direcção da enfermaria, exporei tudo quanto se prende directamente á sua affecção, desde a sua origem.

Só assim creio poder dar della uma idéa precisa, bem como justificar o emprego successivo que entendi dever fazer da urethrotomia externa e da urethrotomia interna.

M. C. de Oliveira, solteiro, pardo, livre, de 25 annos de idade, brasileiro, de temperamento lymphatico e constituição fraca, residente na freguezia dos Mendes, entrou para a 3.^a enfermaria de cirurgia do Hospital da Misericordia no dia 5 de Maio de 1884, indo occupar o leito n. 30.

O que reclamou a entrada deste individuo para esse estabelecimento foi o facto de ter sido elle alcançado e lançado a grande distancia por um trem de estrada de ferro.

O exame e interrogatorio minuciosos a que foi submettido por occasião da primeira visita mostrarão que o accidente lhe tinha produzido, alem de outras lesões, uma ruptura do canal da urethra em sua porção bulbo-membranosa.

Rigorosamente fallando, o que mais preoccupava o doente era justamente esta lesão urethral, ou mais precisamente um de seus symptomas: a impossibilidade de urinar, funcção que não era exercida havia mais de 24 horas, desde a occasião em que se dera o accidente.

A bexiga achava-se enormemente distendida, tornando-se muito saliente no hypogastro ; sahia pelo meato pequena quantidade de sangue ; o perineo estava um pouco turgido e pastoso, e apenas com a epiderme ligeiramente escoriada ; a temperatura local desse ponto era um pouco elevada, o que foi verificado pela applicação da mão.

Tendo sido totalmente infructiferas as tentativas destinadas a introduzir pela urethra uma sonda até á bexiga, não conseguindo ellas attingir senão até um pouco acima do bulbo, foi feita pelo Snr. Dr. Lima e Castro, digno professor da cadeira, a punção hypogastrica da bexiga por meio do apparelho de Dieulafoy, o qual retirou grande quantidade de urina bastante alterada ; a canula do aspirador ficou de permanencia, durante 6 dias, no reservatorio urinario, sendo por ella que se escoava constantemente a urina ; e afim do doente não ficar com as vestes embebidas deste liquido, adaptou-se á extremidade externa dessa canula uma sonda molle de gomma elastica que conduzia-o com summa facilidade para um vaso collocado ao lado do doente.

Durante esses seis dias, por diversas vezes, tentou-se e sempre em vão levar uma sonda até á bexiga.

Por essa epoca, isto é, 6 dias depois do accidente, o perineo, que até então nada apresentára de anormal, a não ser o que ficou dito, tornou-se rapidamente muito saliente e francamente fluctuante.

Collocado o doente na posição para a execução da talha perineal, foi feita, ainda pelo Snr. Dr. Lima e Castro, uma longa e profunda incisão no perineo, em sua linha mediana, exactamente em seu raphe, a qual permittio a sahida de notavel quantidade de sangue liquido e coagulado, e ainda de pús e urina muito decomposta ; por essa occasião, foi retirada a canula da região hypogastrica e adaptado em seu ponto de entrada um pequeno pedaço de esparadrapo com a fôrma de uma cruz de Malta.

Durante a execução dessa operação, verificou-se directamente quanto tinha sido violenta a contusão urethro-perineal. Havia uma anfractuosa e vasta cavidade (relativamente ás pequenas dimensões da região contundida), cujas paredes erão constituídas por tecidos tão alterados, tão desorganizados, que era difficil precisar anatomicamente os pontos que tinham sido destruidos pelo traumatismo, parecendo, porem, que, alem de outros, o bulbo da urethra fôra tambem interessado, não só pela grande quantidade de sangue que já se achava derramado e em grande parte coagulado, como ainda pelo facto da incisão, tendo cahido sobre o ponto em que devia se achar o bulbo, não ser seguida da hemorrhagia abundantissima que costuma complicar a secção cirurgica daquella porção do canal da urethra, que é extremamente vascular.

Depois da operação da incisão perineal, mais uma vez tentou-se levar uma sonda á bexiga, o que não foi possivel, por isso que a sua ponta esbarrava sempre de encontro aos tecidos, sem nunca conseguir insinuar-se na parte profunda do canal, na que ficava entre a incisão e o collo vesical.

Desde esse dia, o doente começou a urinar francamente pela fistula perineal, que foi lentamente diminuindo de extensão, se estreitando, até apresentar-se sob a forma de um pequeno orificio, onde apenas podia-se introduzir a extremidade de uma sonda de gomma elastica.

Cumpre declarar que a incisão perineal teve lugar no dia 12 de Maio.

No dia 1.º de Julho, epoca em que tomei conta da enfermaria, o doente achava-se pois nas seguintes condições : com uma fistula urinaria urethro-perineal, consecutiva á incisão do perineo, indicada e executada pelas razões que já aponteí.

Sendo esta fistula o unico motivo que ainda retinha este individuo na enfermaria, visto que das outras lesões determinadas pelo accidente elle já se achava quasi curado, tentei a restauração do seu canal da urethra, pelo que o doente muito instava.

De accôrdo com esta resolução, tentei ver se podia fazer sahir pela fistula perineal uma sonda introduzida pelo meato, ou vice-versa, isto é: se introduzindo uma vela filiforme pela fistula, podia fazel-a percorrer toda a porção peniana do canal até surgir no meato.

A primeira destas tentativas, que foi repetida em dias successivos cerca de vinte vezes, nunca deu o menor resultado, tendo empregado nestas sessões sondas de diversa natureza e de varios calibres, chegando o bico das sondas empregadas, sobretudo das metallicas, até um centimetro acima da fistula.

Por outro lado, conseguia facilmente levar a extremidade de uma sonda de gomma elastica de certo calibre até á bexiga, introduzindo-a na fistula e empurrando-a brandamente na direcção da prostata.

O canal da urethra deste doente se achava pois obliterado logo acima da fistula perineal, na extensão de um centimetro; a parte do canal comprehendida entre o trajecto fistuloso e o collo da bexiga era franqueavel e o seu gráo de estreitamento pouco pronunciado.

Pelo que acabo de expôr, conclue-se que eu não podia restaurar a urethra deste doente por nenhum dos processos cuja execução exige a introducção prévia de uma sonda conductora até á bexiga, o que, repito, não podia ter lugar no caso vertente á vista da obliteração que apresentava o canal da urethra, obliteração que parece ter sido a consequencia do trabalho reparador porque passarão os tecidos contundidos, que produzio a adhesão que englobou n'uma cicatriz unica os retalhos da mucósa urethral, trabalho de fusão este que não se deu na parte inferior do canal, por isso que por ella passava constantemente a urina expellida pela bexiga.

Assim, pois, só podia restituir a esta urethra o seu calibre normal, depois de restabelecer a sua continuidade interrompida na extensão de um centimetro, não podendo esta ultima indicação ser preenchida senão pela urethrotomia externa, a qual teve lugar no dia 11 de Julho.

Executei esta operação do seguinte modo: collocado o doente em decubito dorsal na mesa de operações, de forma que a sua bacia se achava n'uma das extremidades da referida mesa, e depois de postas as pernas em flexão sobre as coxas e estas sobre a bacia em fôrte abducção, e de assim mantidas nessa posição por dous ajudantes, introduzi pelo meato uma sonda metálica de pequeno calibre e de grande curvatura até o ponto da urethra a que ella, sem esforço, poude attingir, depois do que entreguei-a a um ajudante afim de mantel-a bem fixa verticalmente e na linha mediana.

Tomei então um bisturi recto e com elle fiz uma pequena incisão na urethra, de fóra para dentro, exactamente sobre a extremidade da sonda, a qual eu sentia facilmente através dos tecidos; desde que no fundo da incisão por mim praticada eu vi a sonda metálica, que me servia de guia, retirei-a de todo e introduzi por esta incisão um estylete afim de ver se podia fazel-o sahir no trajecto fistuloso que se achava a um centimetro abaixo, o que não pude conseguir.

Prolonguei então a pequena incisão que tinha acabado de praticar para baixo, até o encontro da referida fistula, dissequei um pouco lateralmente, depois do que tornou-se patente um tecido fibroso, que nada mais era do que a cicatriz que obliterava a urethra; servindo-me sempre do bisturi, fiz a *excisão* de todo este tecido inodular.

Depois disto, levei pelo meato uma sonda de gomma elastica n.º 8, fazendo sahir a sua extremidade inferior pela incisão que acabára de praticar e introduzi-a no ponto que me pareceu ser a entrada para a parte profunda do canal, conseguindo, deste modo, leval-a até á bexiga.

A sonda ficou totalmente occulta ao nivel da incisão perineal.

A hemorragia que acompanhou esta operação foi insignificante, apesar de ter ella interessado a região bulbar da urethra, o que mais uma vez pareceu provar que com effeito

o bulbo tinha sido dilacerado pelo accidente, achando-se elle por conseguinte confundido na cicatriz a cuja ablação procedi.

O facto de ter introduzido sem esforço, depois da operação, uma sonda n.º 8, fez-me pensar que eu podia fazer chegar ao seu calibre normal a urethra de meu doente, a qual depois da operação da urethrotomia externa só se achava estreitada na porção comprehendida entre a incisão perineal e a bexiga, por meio da dilatação gradual e permanente, no que me enganei pelo que em seguida menciono.

Tendo deixado de permanencia a sonda que introduzi depois da operação, o doente durante dous dias urinou por ella exclusivamente, sem que nenhuma gotta escapasse pela fistula; no 3.º dia, porem, apezar de se achar a sonda ainda na bexiga, o doente só urinava pela fistula.

Retirando a sonda, verifiquei que ella se achava obliterada por se ter depositado em sua extremidade vesical certa quantidade de uma substancia calcarea, de natureza phosphatica.

Tentei por essa occasião introduzir uma nova sonda e do mesmo numero, o que não consegui, com surpresa de minha parte. Afastando então os labios da incisão, consegui apprehender com uma pinça de dissecação a extremidade da sonda, e depois de puxal-a para fóra na extensão de 4 centimetros, adaptei-a em um ponto pouco abaixo do que tinha sahido, penetrando assim a sonda facilmente até á bexiga; como anteriormente, ella ficou totalmente occulta ao nivel da fistula.

No fim de dous dias, houve nova interrupção, pelo mesmo motivo, da emissão das urinas pela sonda, o que me obrigou a retiral-a.

Procurando de novo introduzir uma sonda, encontrei as mesmas difficuldades, que só forão vencidas depois que lancei mão do recurso que deixei acima dito.

Vi então que não podia curar o estreitamento urethral deste doente pela dilatação gradual e permanente, mas unica-

mente pela urethrotomia interna, visto que ou o orificio inferior da parte da urethra acima da fistula e o superior da porção inferior á referida fistula não se achavão no mesmo plano vertical, ou entre elles havia algum obstaculo constituido naturalmente por granulações inflammatorias recentes, consecutivas á operação da urethrotomia externa, disposições anormaes estas de difficil verificação, mas cuja existencia se impunha, em vista da impossibilidade de levar-se directamente uma sonda do meato á bexiga.

A disposição anormal que impossibilitava a sondagem directa, permittia ao contrario, desde que o doente se achava sem sonda, que toda a urina partida da bexiga sahisse somente pela fistula.

A urethrotomia interna teve lugar no dia 17 de Julho, sendo obrigado ainda uma vez, para levar até á bexiga a vela conductora do instrumento de Maisonneuve, a fazer sahir sua ponta atravez da fistula e a fazel-a entrar um pouco abaixo do seu ponto de sahida.

Terminada a operação da urethrotomia interna, cuja execução nada apresentou de notavel, consegui levar directamente e sem difficuldade alguma uma sonda n.º 18 até á bexiga, a qual ficou de permanencia, sendo mudada de 2 em 2 dias. Seis dias depois da operação, não empreguei mais sonda alguma.

Desde esse dia, o doente pode urinar quasi que exclusivamente pelo meato, obtendo sua alta no dia 29 de Agosto, achando-se por essa epoca totalmente obliterada a sua fistula perineal.

O Snr. Dr. Lima e Castro, que por essa occasião já se achava regendo a cadeira, antes de conceder alta ao doente, querendo verificar o gráo de dilatação a que tinha attingido o seu canal, passou sem difficuldade uma sonda n.º 19.

Está claro que este resultado só se manterá se o doente tiver o cuidado de passar uma vez por semana, pelo menos, uma sonda de igual calibre pela urethra.

Observarei, finalmente, que pratiquei a ablação do tecido cicatricial que interrompia a continuidade da urethra d'este doente, apesar de nunca ter visto ser seguida esta pratica, autorizado pelo conhecimento que tinha de varias observações de estreitamento da urethra curados por esse meio, d'entre as quaes destaco um caso muito interessante citado por Valette e no qual este eminente professor lançou mão e com esplendido resultado d'este mesmo recurso, que foi erigido em processo por Bourguet (d'Aix).

OBSERVAÇÃO II

Estreitamento organico da porção bulbo-membranosa do canal da urethra, complicado de uma fistula urinaria urethro-perineo-escrotal. — Urethrotomia interna. — Cura.

No dia 1.º de Abril de 1884, entrou para a 3.ª enfermaria de cirurgia do Hospital da Misericordia, onde foi occupar o leito n.º 19, J. C. Barboza, residente em Paranaguá, de 40 annos de idade, de constituição regular e temperamento lymphatico.

Referio esse individuo que tivera ha sete annos uma blennorrhagia que durou cerca de um anno, sobretudo por causa da medicação topica irracional de que fez uso.

A este primeiro insulto blennorrhagico seguirão-se, com longo intervallo, mais tres, que não persistirão, porém, tanto tempo como o primeiro.

Ha dous annos, o doente começou a notar que o jacto da urina não era nem tão calibroso, nem tão forte como até então; alguns mezes depois, elle não urinava senão gotta a gotta e isso mesmo com muita difficuldade.

Cerca de seis mezes antes de sua entrada para o Hospital, e depois de um excesso alcoolico, o doente, esforçando-se para esvasiar a bexiga que se achava distendida por grande quantidade de urina, sentio uma dôr intensa ao nivel do perineo, seguida, pouco depois, da formação de uma saliencia bastante pronunciada n'aquella região; por essa occasião, o doente teve calefrios e febre intensa.

Dous a tres dias depois d'este accidente, intervallo durante o qual o doente conseguiu urinar pelo meato sómente com

violentos esforços, a tumefacção perineal, que não cessára de augmentar de volume, abriu-se espontaneamente, dando sahida a grande quantidade de pús e de urina bastante alterada.

Desde essa época, segundo o testemunho do doente, a urina encontrava mais facilidade em sahir pela abertura cutanea do abcesso urinario do que pelo meato, donde resultou constituir-se definitivamente uma fistula urinaria urethro-perineal.

Dous mezes depois de se achar na enfermaria, um novo orificio fistuloso abriu-se ao lado direito da parte inferior do raphe escrotal, orificio que com facilidade reconhecia-se que communicava directamente com a fistula primitiva.

Os dous orificios cutaneos da fistula urinaria apresentavão-se cobertos, na época em que me foi confiada a direcção da enfermaria, de granulações inflammatorias exuberantes, porem atonicas e flacidas, que deixavão sahir espontaneamente e pela pressão algum liquido sero-purulento.

Era unicamente por esses dous orificios fistulosos, sobretudo pelo do perineo, que o doente urinava, como tive algumas vezes occasião de observar, fazendo-o urinar á minha vista; a parte do canal comprehendida entre o ponto em que se deu a ruptura da mucosa e o meato desde muito tempo não funcionava, visto que o facto de uma ou outra vez conseguirem algumas gottas vencer o estreitamento e sahir pelo meato em nada prejudica a affirmacção supra.

As urinas erão muito turvas e fortemente ammoniacaes.

Introduzindo-se uma sonda de 12 millimetros de circumferencia, ella parava ao nivel da porção bulbo-membranosa, ficando, nesse ponto, fortemente presa.

As mais finas sondas filiformes nunca conseguirão passar o estreitamento.

Estas tentativas provocavão sempre o apparecimento de accessos febris violentissimos, que se prolongavão durante muitos dias, prostrando tanto o doente, que durante os tres

mezes que elle esteve na enfermaria ellas não puderão ser repetidas senão poucas vezes.

Não me recordo de ter observado nunca um doente em que a simples tentativa de introdução de uma sonda filiforme fosse seguida de accidentes tão graves como n este caso.

Do exposto conclue-se que este individuo tinha : um estreitamento organico consecutivo a blenorragias, ao nivel da porção bulbo-membranosa do canal da urethra, complicado de uma fistula urinaria urethro-perineo-escrotal.

Não era possivel saber o numero de pontos estreitados, por isso que, como já disse, nunca sonda filiforme alguma conseguiu franquear o primeiro estreitamento encontrado, aquelle em que esbarrava a sonda n.º 12.

O gráo do estreitamento, emfim, me era muito approximadamente revelado : 1.º pela facta das sondas filiformes nunca terem conseguido atravessal-o ; 2.º pela circumstancia do doente urinar exclusivamente pelos trajectos fistulosos, o que, na opinião de todos os especialistas, entre os quaes destaco Thompson, até certo ponto revela o gráo da coarctação do canal.

Reunindo ao que fica exposto, a extrema irritabilidade da urethra do doente, completo a synthese das condições em que encontrei este individuo no dia 1.º de Julho, bem como a exposição das noções que possuia relativamente ao historico da sua affecção.

Sabendo quanto erão graves as consequencias, n este doente, das tentativas para a introdução de sondas, embora feitas com extrema delicadeza, desde que me foi confiada a direcção da enfermaria nunca mais procedi a catheterismo algum no seu canal da urethra, decidido, como me achava, a operal-o pela urethrotomia externa sem conductor, se mais uma vez não conseguisse levar até á bexiga a vela conductora do instrumento de Maisonneuve; no caso contrario, executaria incontinentemente a operação da urethrotomia interna, que encontrava n esse caso a sua indicação capital: estreitamento da urethra complicado de fistula urinaria.

Cumpré declarar que a operação da urethrotomia externa sem conductor, neste doente, não deixava de me preoccupar, comquanto tivesse sido bem succedido em identica operação no doente do leito n.º 30, conforme está consignado na observação precedente.

As condições organicas, porém, do canal da urethra do doente do leito n.º 30 não se podião comparar com as do doente em questão, o que ficará também evidente a quem pela leitura cotejar as duas observações.

No dia 21 de Julho ordenei que o doente fosse mettido, pela manhã, antes da visita, em um banho morno, no qual elle esteve cerca de 20 minutos; nesse dia elle tomou ainda, antes da operação, uma gramma de sulphato de quinina.

Levado para a meza de operações, tentei innumeraz vezes, e sempre em vão, passar a vela conductora do urethrotomo de Maisonneuve, servindo-me successivamente de todos os recursos classicos aconselhados para os casos, como este, de estreitamentos difficeis de serem franqueados. Estas tentativas já duravão cerca de meia hora, quando me occorreu a idéa, anteriormente posta em execução por diversas vezes sem resultado, de vêr se podia passar uma sonda metálica de finissimo calibre e de grande curvatura.

Desta vez, porem, por circumstancias impossiveis de serem precisadas, a sonda metálica empregada conseguiu, com alguma difficuldade embora, vencer o estreitamento e ir até á bexiga; depois de tel-a deixado de permanencia cerca de meia hora, retirei-a, e passéi a introduzir a vela conductora, que desta vez franqueou o estreitamento e foi á bexiga, porém sómente, ainda, depois de pacientes esforços.

Adquirida a certeza de que realmente a velinha conductora estava na bexiga, passei a executar o 2.º tempo da operação da urethrotomia interna: adaptação do catheter conductor á extremidade externa da referida vela e sua introdução na urethra, que foi dos tempos da operação o que offereceu maiores difficuldades.

O 3.º tempo da operação: introdução do urethrotomo propriamente dito no sulco do catheter conductor e incisão do estreitamento, nada apresentou de notavel.

Tendo retirado da urethra do doente todas as tres peças componentes do urethrotomo, o que constitue o 4.º tempo desta operação, introduzi facilmente uma sonda de gomma elastica n. 18, que deixei de permanencia, visto tratar-se de um estreitamento complicado de fistula urinaria; em seguida, irritei com um estylete os trajectos fistulosos, afim de apressar a sua cicatrização; a sonda era mudada de dous em dous dias, tendo-a retirado de todo no quinto dia depois da operação.

Como eu presumia, o doente foi acommettido, na tarde de 21 de Julho (dia da operação), de calefrios seguidos de febre intensa, accessos que se repetirão ainda durante tres dias. No dia 28 de Julho, foi o doente ainda acommettido de uma erysipela do escroto, que se estendeu á face interna da raiz das côxas, contra a qual empreguei, localmente, o amido fortemente camphorado, e internamente, poções diaphoreticas energicas e sulphato de quinina.

No dia 3 de Agosto, o doente entrou em franca convalescença.

A 10 desse mesmo mez, este individuo, que era marinheiro, exigio sua alta, por ter tocado em nosso porto o navio de cuja tripolação fazia parte.

Cedi ás suas instancias porque nessa occasião a sua principal molestia era o abatimento pelas complicações graves que apparecerão anterior e consecutivamente á operação: nessas condições, havia mesmo vantagem em que o doente deixasse o Hospital, visto que assim elle mais rapidamente restauraria as suas forças.

Além disso, nessa época, o doente já urinava franca e exclusivamente pelo meato; os trajectos fistulosos achavão-se quasi que totalmente cicatrizados, havendo, ainda, em suas

circumvizinhanças alguma dureza, vestigio do trabalho irritativo inflammatorio chronico, determinado pela passagem continua da urina por esses pontos, antes da operação.

Entreguei ao doente uma sonda de gomma elastica n.º 18, afim de que elle de oito em oito dias praticasse em si mesmo o catheterismo urethral, condição indispensavel para que permaneça, pelo menos durante alguns annos, cujo numero é absolutamente impossivel precisar, o gráo de dilatação a que attingio o seu canal da urethra com a execução da operação da urethrotomia interna.

Ajudarão-me nesta operação os Snrs. Dr. Pinto Portella, Leonel e Cunha, e o meu amigo e collega o Snr. Dr. Henrique Baptista.

Terminando, devo pôr em relevo o lado mais interessante desta observação, e que é o facto dos accessos febris urethraes, consecutivos á operação da urethrotomia interna, não terem persistido senão durante tres dias, ao passo que os provocados pelas simples tentativas de introducção de velas filiformes se repetirão durante cinco e mais dias consecutivos.

OBSERVAÇÃO III

Calculo vesical extrahido pela talha perineal. Impaludismo tratado pelos saes de quina.
Restabelecimento completo.

No dia 22 de Junho de 1884, entrou para a 3.^a enfermaria de cirurgia do Hospital da Misericordia, onde foi occupar o leito n. 28, um individuo profundamente anemico, de 17 annos de idade, de temperamento lymphatico e constituição muito debil, por nome M. A. Ferreira Junior.

Este doente residio cerca de tres annos n'um lugarejo muito pantanoso situado nos arredores da estação de Cascadura, onde contrahio uma infecção paludosa, que só revelou-se por accessos febris quotidianos, francamente intermitentes, depois que elle fixou sua residência na Côrte, o que teve lugar cerca de 4 mezes e meio antes de sua entrada para o Hospital; o doente disse-me ainda que jámais tomára cousa alguma contra estas manifestações do impaludismo e que na vespera de sua entrada para o Hospital tivera um de seus habituaes accessos de febre.

A auscultação do thorax nada revelou de anormal, a não ser o ruido de sopro anemico, na base do coração.

O figado excedia um pouco o rebordo costal direito; era, porém, sobretudo, muito pronunciado o augmento de volume do baço; o appetite, regular; as digestões, morosas; não havia constipação de ventre, nem diarrhéa; a lingua era larga, humida, porém revestida de espessa camada de saburra.

O facto do doente ter sido enviado pelo digno medico interno do estabelecimento para uma enfermaria de cirurgia,

indicava claramente que elle, além de sua intoxicação pantanosa, devia ter alguma affecção ou lesão cirurgica, a qual, seja dito de passagem, o doente obstinadamente me occultava, assegurando-me que não soffria de outra coisa além de suas— *sezões*.

Interrogando-o repetidas vezes, e variando sempre as minhas perguntas, pois este individuo, além de sua rebeldia em não querer revelar-me a verdadeira causa de sua entrada para o Hospital, era dotado de faculdades intellectuaes rudimentares, consegui apenas que elle me dissesse de util o seguinte: que tinha sido recentemente despedido da officina do Arsenal de Marinha, onde era empregado havia algum tempo, pelo facto de um sem numero de vezes por dia ser forçado a abandonar o trabalho, afim de satisfazer os desejos incessantes que experimentava de urinar, desejos que nem sempre eram satisfeitos, pois nem sempre correspondião á necessidade real de esvasiar a bexiga.

Esponaneamente disse-me por essa occasião que muitas vezes a sua micção subitamente interrompia-se de todo, para continuar sómente depois que elle tomava as posições as mais bizarras.

Descobrimo o doente afim de examinar os seus órgãos genito-urinarios externos, fiquei surpreso vendo as vestes de seu corpo e de seu leito banhadas de urina; elle explicou-me este facto dizendo-me que era rara a noute que involuntariamente não urinasse no leito.

O conhecimento destes tres dados anamneticos — frequencia diurna dos desejos de urinar, interrupção brusca do jacto da urina e incontinencia de urinas — indicou-me claramente a direcção que eu devia dar ao exame, e antecipou muito, sobretudo o dos dous primeiros, e com grande somma de verdade, o meu juizo diagnóstico.

Passando a examinar directamente a bexiga do doente com uma sonda metallica de pequena curvatura, a presença de um calculo revelou-se com summa nitidez e precisão.

Estava resolvida a questão capital — a do diagnostico; tratava-se de um individuo impaludico e calculoso.

O problema therapeutico, que era mixto, podia ser expresso na seguinte formula: extracção de um calculo urinario da bexiga de um individuo em pleno periodo das manifestações agudas do impaludismo chronico.

Sendo principio dogmatico em cirurgia pratica que o traumatismo — cirurgico, accidental ou proposital — póde fazer surgir as manifestações de um estado constitucional ou diathesico até então absolutamente latente, totalmente desconhecido, ou exacerbal-as muito quando ellas já existem, procurei, antes de tudo, combater os symptomas febris intermittentes do impaludismo chronico do meu doente, administrando-lhe sulphato de quinino, quatro a cinco horas antes da hora provavel dos accessos, no que sigo a pratica do meu sabio e venerando mestre, o Snr. Conselheiro Torres Homem, depois de ter convenientemente preenchido, por occasião da primeira visita, as indicações tiradas do estado saburroso gastro-intestinal e do augmento de volume do figado.

Desde o dia 22 de Junho (1.^a visita) até o dia 2 de Julho, o doente diariamente teve o seu accesso febril caracterisado quasi que exclusivamente pelos estadios de calor e suores profusos, visto que o primeiro, o de calefrios, era substituido, como costuma acontecer frequentemente, pelo menos entre nós, por horripilações ao longo do rachis e notavel abaixamento da temperatura das extremidades.

Os accessos fazião remissão completa pela madrugada, de modo que durante a visita da manhã eu sempre encontrava o doente totalmente apyretico.

A temperatura ordinariamente não excedia de 39° ; apenas uma vez attingio a $39,4^{\circ}$

Comquanto o ultimo accesso tivesse apparecido no dia 2 de Julho, continuei a administrar o sulph. de qq. até o dia 10 do mesmo mez. Convem precisar que o unico sal de qui-

nina de que lancei mão, e com muito proveito, foi do sulph. de qq.

Combatida a febre, examinei repetidas vezes, em dias successivos, o doente. Estes exames me revelarão que se tratava de um unico calculo vesical, não adherente, de 2 $\frac{1}{2}$ a 3 centimetros e extremamente resistente.

Tal era a agudeza do som transmittido pelos instrumentos exploradores, que julguei-me autorizado a dizer aos alumnos que naturalmente se tratava de um calculo de oxalato de cal, o que foi confirmado ulteriormente pelo exame chimico a que n'elle procedeu o meu amigo e collega o Sr. Dr. Felicissimo Fernandes (*).

No dia 16 de Julho, por conseguinte *14 dias depois do ultimo accesso*, entendi que podia extrahir o calculo pela talha perineal bi-lateral de Dupuytren modificada por Nélaton, operação que era tanto mais indicada quanto se tratava de um individuo n'uma idade em que a benignidade relativa das talhas perineaes está perfeitamente averiguada.

A lithotricia era absolutamente contra-indicada neste doente: 1.º, pelo pequeno calibre do canal da urethra que não permittia a passagem de lithotridor algum (**); 2.º, pela extrema rigidez do calculo; 3.º, pela grande irritabilidade que apresentava a bexiga.

Por seu turno, não executei a talha hypogastrica, porque entendo que pelo facto de ter esta operação perdido muito de sua gravidade e de estar muito simplificada a sua execução,

(*) Para não interromper a exposição da observação, transcrevo em nota os caracteres physicos e chimicos do calculo d'este doente.

Este calculo tem approximadamente a fôrma e as dimensões de um ovo de pomba, ligeiramente achatado; é perfeitamente symetrico; a sua superficie é muito rugosa; é extraordinaria a sua dureza.

Circularmente, segundo o seu grande eixo, tem 9 centimetros; circularmente ainda, porém segundo o seu menor eixo, 8 centimetros; de espessura, 2 centimetros.

Peso, 18 $\frac{1}{2}$ grammas.

Côr, parda.

Composição chimica, segundo o exame feito pelo Sr. Dr. Felicissimo Fernandes: Oxalato de calcio; phosphato ammoniaco-magnesiano, com traços de acido urico e uratos.»

(**) O calibre da urethra d'este doente não estava em proporção com a idade que elle dizia ter (17 annos); porém estava em proporção com o pouco desenvolvimento de todo o seu physico, que de modo algum parecia ser o de um individuo de tal idade.

ella nunca poderá constituir um processo geral para a extracção dos calculos vesicaes, como querem alguns.

Difficilmente a talha perineal descerá do conceito em que é tida, graças á longa experiencia de muitos annos e aos innumeros trabalhos inspirados por ella, alguns dos quaes firmados por nomes universalmente conhecidos.

A epi-cystotomia continuará a ser, no meu modo de pensar, um processo excepcional, que só raras vezes encontrará indicações para ser executado.

As suas indicações capitaes são: 1.º, grande volume e extrema resistencia do calculo, de modo que não possa dar-se a sua extracção pelo perineo senão depois de ter sido esmagado no interior da bexiga, o que muito augmenta a gravidade da operação; 2.º, quando, não podendo o calculo ser extrahido pela urethra, isto é, por meio da lithotricia, houver tambem impossibilidade de praticar-se a sua extracção pelo perineo, por um vicio de conformação dessa região ou por uma posição viciosa dos membros pelvianos, sobretudo a adducção forçada.

Nenhuma d'essas hypotheses se dava no caso vertente.

Na vespera do dia da operação, administrei ao doente um purgativo salino; no dia em que ella foi executada, elle tomou, ás 6 horas da manhã, 6 decigr. de sulph. de qq.

Auxiliáram-me n'esta operação da talha, que teve lugar ás 9 horas do referido dia 16 de Julho, o Sr. Dr. Pinto Portella, adjunto interino, os internos da enfermaria, os Srs. Leonel e Cunha, e o Sr. Rego Barros, alumno do 5.º anno, o qual ficou encarregado da chloroformisação.

O meu amigo o Sr. Dr. Cunha Pinheiro mais uma vez teve a gentileza de aceitar o encargo de fixar o catheter.

O meu illustre mestre o Sr. Dr. Pereira Guimarães dignou-se de assistir e ajudar-me nesta operação, o que muito concorreu para assegurar-me a calma necessaria para executal-a.

A operação correu sem accidente algum; o calculo foi extrahido inteiro; o curativo consistio, como no doente do

leito n.º 27, no emprego de uma esponja embebida em uma solução phenicada e mantida de encontro á incisão perineal por uma atadura da fórma de um T; não deixei sonda alguma de permanencia no canal da urethra; depois da operação, prescrevi uma poção morphinada.

Convém declarar que em nenhum dos individuos por mim operados pela talha injectei previamente liquido algum na bexiga.

Penso, como alguns cirurgiões, que a injecção vesical em nada póde simplificar a execução de tempo algum desta operação.

Ás 7 horas da noite do dia 16, isto é, do dia da operação, a temperatura attingio a 41° , elevação thermica que muito me impressionou e que não coincidia com symptoma algum assustador para o lado da serosa abdominal, nem para o da ferida; o doente urinava francamente pela fistula; não houve hemorrhagia.

No dia 17, ás 9 horas da manhã, apyrexia completa; ás $7\frac{3}{4}$ da noite desse dia, 40°

Não podia mais haver a menor duvida: o traumatismo cirurgico tinha despertado violentamente os symptomas de impaludismo de meu doente, extinctos durante 14 dias.

Desde o dia da operação até o dia 3 de Agosto, o doente quotidianamente teve o seu accesso febril, oscillando o maximo da temperatura entre 39 e 41° , accessos estes que se mostrarão de uma rebeldia desesperadora, tendo empregado contra elles tudo quanto a therapeutica me offerecia de mais provada utilidade para taes casos.

É assim que successivamente administrei ao doente: sulphato de quinina isoladamente e depois associado em pilulas ao valerianato de quinina, preparações arsenicaes, bromhydrato e bisulphato de quinina em injecções hypodermicas, chlorydrato de pereirina e, finalmente, cozimento de leite e quina, sem fallar nas poções anti-thermicas, que varias vezes empreguei, exuberancia de therapeutica que bem traduz o meu

receio de que fosse perturbado o trabalho cicatricial da ferida vesico-urethro-perineal, se durante muitos dias consecutivos continuassem tão intensos os acessos febris, o que não poderia deixar de enfraquecer o organismo do doente, já de si tão debil.

Era natural este receio, porque do mesmo modo que o traumatismo cirurgico tinha despertado os acessos bem podia ser que estes por sua vez influissem directa e maleficamente sobre a marcha da ferida.

Não se verificou, porém, o que eu temia.

Com effeito, apesar da notavel elevação da temperatura a que muitas vezes attingirão os acessos e apesar ainda do profundo abalo que elles imprimirão á economia do doente, a ferida conservou toda a sua autonomia, seguiu a sua marcha natural, de sorte que 12 dias depois da operação, isto é, no dia 28 de Julho, ella estava totalmente cicatrizada.

Devo ainda consignar que durante os cinco primeiros dias que se seguirão á obliteração da fistula perineal, os acessos sobrevierão á mesma hora e com a mesma serie de phenomenos caracteristicos de sua especificidade.

Assim, pois, a operação tinha provocado o reaparecimento das manifestações do impaludismo: estas, porém, em nada influirão sobre a marcha e consequencias daquella.

Muitas vezes chamei a attenção dos alumnos sobre este facto clinico tão interessante e que raramente se encontra na pratica tão bem representado, tão vigorosamente accentuado em todos os seus detalhes.

No dia 18 de Agosto, o doente obteve a sua alta, tendo tido lugar o ultimo accesso, como já disse, no dia 3 desse mez. Cerca de dous mezes depois, tive occasião de ver este operado, garantindo-me elle que desde então nunca tivera accesso algum de febre, nem cousa alguma para o apparelho urinario; o estado geral era magnifico por essa occasião.

È interessante esta observação por qualquer lado que seja encarada.

Redigindo-a, porém, tive sobretudo em vista tornar mais uma vez bem patente :

1.º A benignidade da talha perineal nos individuos moços, concorrendo a complicação palustre n'este caso para realçal-a ainda mais ;

2.º A facilidade com que o traumatismo cirurgico faz surgir as manifestações do impaludismo, d'onde emana o racional preceito clinico de nunca operar-se individuos que se achem no periodo das manifestações agudas, embora intermittentes, da infecção pantanosa, senão excepcionalmente, em casos urgentes, attento o poder que possui a intervenção cirurgica de exacerbal-as muito.

Não sei o que teria succedido no caso vertente, se me tivesse afastado desse preceito.

Com effeito, apesar do doente ter tomado, antes da operação, doses elevadas de sulphato de quinina, administradas durante muitos dias successivos, e mesmo depois da apparição do ultimo accesso ; apesar ainda de não tel-o operado senão 14 dias depois do ultimo accesso, as manifestações agudas do impaludismo provocadas pela operação mostrarão-se muito intensas e rebeldes, relativamente ás que se tinham dado antes da operação.

É assim que, como ficou dito, os accessos antes da operação nunca attingirão senão a 39,4º ; depois d'ella, a media passou a ser de 40º

Os accessos anteriores á operação forão sómente combtidos com o sulphato de quinina ; contra os consecutivos, fui forçado a lançar mão de varios medicamentos anti-periodicos, anti-paludicos e anti-thermicos.

Parece-me, pois, natural suppôr que, se não tivesse procedido neste caso do modo que expuz, a operação teria conseguido provocar o apparecimento de uma das formas graves, perniciosas, do impaludismo, tão frequentes entre nós.

OBSERVAÇÃO IV

Kisto sebáceo da região sacro-coccygiana. — Ablação — Cura

A. de Souza, branco, portuguez, residente no Campo do Machado, de 45 annos de idade, solteiro, carroceiro, de temperamento sanguineo e constituição robustissima, entrou para a 3.^a enfermaria de cirurgia do Hospital da Misericordia, no dia 27 de Junho de 1884, indo occupar o leito n.^o 25.

Este individuo vinha removido da 10. enfermaria de medicina do mesmo estabelecimento, a cargo do meu amigo o Snr. Dr. Xavier, e a pedido deste collega.

O diagnostico medico que se achava exarado na papeleta respectiva era o seguinte: bronchite chronica.

Indagando do doente porque motivo fôra reclamada a sua remoção para um serviço cirurgico, elle declarou-me que assim tinham procedido pelo que em seguida menciono.

Disse-me que em 1876 notára na região sacro-coccygiana um corpo espherico, sub-cutaneo, de pequenas dimensões, que lentamente foi crescendo até apresentar o volume que então tinha, e que elle comparou ao de um ovo de gallinha: nunca este tumor causou-lhe dôr, nem mesmo a pressão directa do corpo sobre elle, quando o doente se achava em decubito dorsal, a provocava.

Este tumor, em uma palavra, nunca o impossibilitou de entregar-se aos rudes trabalhos de sua profissão.

Tres dias, porém, depois de se achar na enfermaria do Snr. Dr. Xavier, notou que a região onde se assestava o tumor augmentára de volume, tornando-se muito sensivel e

quente, havendo por essa época, também, elevação da temperatura geral.

Cinco dias após este estado inflammatorio localizado na referida região, que foi acompanhado de reacção febril, o que até certo ponto prova o quanto foi elle intenso, não podendo mais o doente supportar as dôres assestadas nas circumvizinhanças do tumor, o seu digno medico assistente removeu-o para a enfermaria do ensino da 2.^a cadeira de clinica cirurgica.

No dia de sua entrada para esta enfermaria eis o que eu observei :

A região sacro-coccygiana apresentava uma tumefacção pouco saliente, que invadia a grande distancia, porém desigualmente, as duas nadegas, estendendo-se sobretudo para a esquerda ; a pelle que a revestia estava bastante rubra, muito distendida e ligeiramente quente ; a apalpação desse ponto tornou patente a existencia de grande quantidade de liquido, que, á vista do exposto, não podia ser constituido senão por pús.

Localizado exactamente do centro para o lado esquerdo dessa região fluctuante, encontrava-se um tumor alongado, ovoide, movel, extremamente resistente, que não era, evidentemente, outra cousa senão o tumor que o doente dizia ter ha oito annos.

Os ganglios lymphaticos das regiões crural e inguinal estavam perfeitamente normaes ; o estado geral era magnifico, como já disse.

Á vista da anamnese e do resultado do exame a que procedi, estabeleci o seguinte diagnostico : vasto abcesso da região sacro-coccygiana invadindo as duas nadegas ; neoplasma benigno, que da articulação sacro-coccygiana se estendia á região glutea esquerda.

A collecção purulenta teria apparecido autonomicamente, isto é, sem a intervenção etiologica do tumor ?

Não o creio, me parecendo antes que ella era dependente da pressão contínua que soffreu o tumor pelo facto do doente

ter sido obrigado, por causa de sua bronchite, a conservar-se deitado durante muitos dias, o que acarretou uma certa irritação para os tecidos que rodeavam o tumor, seguida de um trabalho phlegmasico terminado por suppuração.

Seja esta ou não a explicação, o que é exacto é que este individuo tinha uma collecção purulenta e um neoplasma benigno.

Disse aos alumnos que acompanhavam a visita, que o doente tinha um tumor e benigno, attendendo: 1.º á sua persistencia e á tendencia incessante que elle apresentou a crescer; 2.º a que não era doloroso espontaneamente, nem mesmo quando fortemente comprimido; 3.º a que só um tumor benigno póde localisar-se oito annos n'uma região organica sem ulcerar-se, e sem determinar o engorgitamento dos ganglios onde desembóca a rêde lymphatica dessa mesma região; 4.º, finalmente, ao estado geral satisfactorio do doente.

O diagnostico da especie do neoplasma benigno cercou-se, no caso vertente, de mais um elemento de difficuldade, além dos que ordinariamente cercão o diagnostico dos tumores em geral, tomada esta palavra em sua rigorosa accepção anatomopathologica: a presença da collecção purulenta, que em extremo mascarava os symptomas objectivos do neoplasma, sendo exactamente isto o que referi aos alumnos presentes á visita.

A unica cousa que affirmei, foi, repito, que se tratava de um neoplasma benigno.

Como, porém, era de urgencia dar sahida ao pús, pratiquei com o bisturi nma larga incisão no ponto do vasto abcesso em que a fluctuação era mais franca, e como elle fosse superficial, sub-cutaneo, e localizado n'uma região onde não existe arteria nem órgão algum importante, não mandei immobilisar a região onde devia operar, do que resultou ter o doente, que era muito pusillanime, feito um movimento brusco com a bacia, dando assim lugar a que o bisturi penetrasse um pouco mais profundamente do que era necessario para dar sahida ao pús.

Pela incisão que tinha acabado de praticar, sahio de envolta com o pús e em notavel quantidade uma substancia branca, espessa, de apparencia e consistencia sebacea.

A incisão tinha sido, pois, ao mesmo tempo, um meio therapeutico contra o abcesso e involuntariamente um meio de diagnostico do tumor.

Tratava-se de um kisto sebaceo, de paredes muito espessas e resistentes.

Depois de totalmente privados o fóco purulento e a capsula fibrosa do kisto dos seus respectivos conteúdos, fiz a lavagem de toda esta anfractuosa cavidade com uma solução antiseptica e appliquei sobre a região operada um curativo por oclusão, depois de ter introduzido no ponto incisado um tubo de drenagem.

Não fiz logo em seguida a ablação das paredes do kisto, nem nos dias immediatos, porque sigo na pratica a opinião da maioria dos cirurgiões, que dizem não convir operar em regiões em pleno periodo phlegmasico, ou que delle ainda conservão vestigios patentes, por poder este procedimento ser seguido de graves accidentes, a menos que a gravidade da expectação não seja maior do que os perigos da intervenção, o que absolutamente não se dava no caso vertente.

Foi por esse motivo que pratiquei a extracção da capsula fibrosa do kisto sómente 14 dias depois de ter dilatado o abcesso.

Chloroformisado o doente pelo meu excellente amigo o Snr. Dr. Cunha Pinheiro, fiz partir do ponto onde anteriormente tinha punccionado o abcesso, como centro, quatro incisões divergentes, mais ou menos equidistantes uma da outra; feito isto, dissequei os quatro retalhos triangulares limitados por estas incisões, o que pôz a decoberto a parte superior da capsula fibrosa do kisto, que apresentava 5 centimetros de extensão sobre 2 de largura: agarrando-a então com uma forte pinça fui, ora com o bisturi, ora com a tesoura, destacando-a

dos tecidos visinhos, aos quaes ella estava muito adherente, sobretudo ao grande gluteo esquerdo ; liguei com *cat-gut* duas arteriolas innominadas que forão seccionadas durante a operação.

Retirada a capsula, reuni, pela sutura metallica, os quatro retalhos triangulares, e, depois de feita a drainagem da ferida, appliquei ainda sobre ella um curativo por oclusão.

Não se deu a reunião por primeira intenção senão na base dos retalhos, sendo esta adhesão parcial não só de um retalho com o seu visinho, como ainda da parte profunda, sangrenta, da base de todos estes retalhos com os tecidos subjacentes.

No fim de cinco dias, retirei por inuteis todos os pontos de sutura e enchi de iodoformio a pequena cavidade existente ao nivel do ponto para onde convergião os apices dos retalhos, que, como já disse, não se reunirão por primeira intenção, medicamento topico aquelle que provocou o apparecimento de vigorosos botões carnosos, que rapidamente obliterarão a referida cavidade.

O curativo pelo iodoformio era feito de dous em dous dias pelo Snr. Gama e Castro, alumno do 3.º anno da Faculdade.

No dia 1.º de Agosto, este doente obteve alta completamente curado.

A séde e o volume pouco communs do kisto sebaceo deste doente constituem o lado mais digno de nota desta observação.

OBSERVAÇÃO V

Sarcoma ulcerado da região gastrocnêmia esquerda. — Exerêse pelo bisturi. — Cura, sem reprodução até hoje.

No dia 2 de Janeiro do corrente anno, fui convidado para encarregar-me do tratamento da Sra. D. M., residente á rua do Conde d'Eu n.º 286.

Esta senhora apresentava na parte posterior da perna esquerda, ao nível do interstício dos musculos gêmeos, um pequeno tumor, irregularmente arredondado, fazendo uma saliência sobre a superficie do membro de cerca de 2 centímetros; elle era constituido por um tecido escuro, acinzentado, extremamante fétido e que deixava sahir, pela pressão, algum liquido mais ou menos viscoso e purulento, sendo abraçado fortemente, em sua circumferencia, pela pelle, que tinha desaparecido completamente em toda a superficie do neoplasma; o tumor apresentava a mesma densidade em todos os seus pontos; em parte alguma a apalpação revelava fluctuação; havia dôres espontaneas, que se incrementavão pelo tocar, tornando-se intoleraveis para a doente pela apalpação e sobretudo pela pressão; a pelle adheria intimamente ao tumor, principalmente ao nível do anel cutaneo, que marcava os limites, o ponto onde tinha terminado o trabalho ulcerativo porque ella tinha passado. Rigorosamente fallando, podia-se dizer que a fusão entre a pelle e o neoplasma apresentava 1 centimetro de extensão circularmente. Agarrando em massa o tumor com a mão direita, afim de avaliar a sua profundidade, a extensão da zona suspeita, notava-se a sua grande

mobilidade, o que leva a supôr que elle naturalmente não se estendia ás fibras mais superficiaes dos gmeos e que, quando muito, se achava frouxamente adherente á aponevrose geral de involucro da perna.

Não existia ganglio algum engurgitado, quer no concavo poplitêo, quer na região crural; o exame das urinas nada revelou de anormal.

O aspecto, a fôrma do tumor da minha cliente lembrava precisamente a de um fungus benigno do testiculo, isto é, parecia que, através da pelle destruida pelo trabalho ulcerativo, tinhão-se herniado os tecidos subjacentes, e tal era a estreiteza e a regularidade da fenda cutanea que ao meu espirito acudio a idéa possivel de que a minha doente tivesse sido victima de uma ferida incisa accidental, na qual, em consequencia de curativos irrationaes, tivesse falhado a reunião por primeira intenção, donde o afastamento dos seus bordos e a passagem para o exterior do tecido celular, que, soffrendo por sua vez a acção irritante de topicos contra-indicados, intempestivos, se tivesse mortificado.

Dirigindo o meu interrogatorio nesse sentido, ella declarou-me que nunca soffrêra naquelle ponto a acção de qualquer violencia externa, referindo-me então a historia do seu mal, claramente, do modo que se segue: tem 62 annos de idade; sempre gozou de excellente saúde; não accusa antecedente algum, quer hereditario, quer adquirido; disse-me apenas que, ha cerca de 5 mezes, isto é, em Julho de 1883, notára no ponto hoje occupado pelo tumor um pequeno *caroço*, extremamente movel, superficial, sub-cutaneo, do volume de um grão de milho, que em certas epocas lhe occasionava uma sensação desagradabilissima, perfeitamente comparavel, segundo a doente, á transfixão da pelle por alfinetes; durante 5 mezes, esse pequeno *caroço* conservou-se estacionario; porem, nos primeiros dias do mez de Dezembro do anno findo, a doente notou que rapidamente elle augmentava de volume, apezar de

nunca o haver contundido, e que a pelle supra-jacente apresentava-se lusidia, tensa, quente, rubra e dolorosa : não houve elevação da temperatura geral ; 4 ou 5 dias depois deste estado francamente inflammatorio, agudo, embora localizado, a pelle perfurou-se em diversos pontos, dando sahida a algum liquido, sobre cujos caracteres physicos a doente nada declarou, visto ter sido durante a noute que se deu a ruptura da pelle.

N'estas circumstancias, ella aconselhou-se com um destes pharmaceuticos que abusivamente *curão*, o qual lhe recommendou que applicasse localmente uma banalidade therapeutica qualquer.

No fim de poucos dias, notando a minha doente que o seu estado peorava consideravelmente, que os diversos orificios da pelle se tinham transformado em uma unica abertura, que as dôres se tornavão tão intensas que ella já difficilmente conciliava o somno ; ponderando ainda que, se não se oppuzesse um obstaculo á marcha rapidamente invasora do neoplasma, elle em pouco se estenderia a toda a perna, declarou peremptoriamente a um seu parente que queria ser confiada aos cuidados de um medico.

Fui chamado por essa occasião (2 de Janeiro) e durante um mez empreguei localmente os emollientes, os detergentes, os analgesicos e os antisepticos mais aconselhados, e internamente administrei o iodureto de potassio : mas tudo foi de balde : vi então que me restava apenas um meio no qual depositava toda a confiança — a exerese do tumor pelo bisturi e a canterisação actual da ferida resultante da extirpação do neoplasma por meio da faca thermica de Paquelin.

Levando ao conhecimento da doente a minha resolução, ella promptamente accedeo, permittindo-me ao mesmo tempo que levasse um collega afim de vel-a em conferencia. Ficando á minha escolha o conferente, chamei o meu distincto collega e amigo Dr. Pedro Paulo, que concordou plenamente com a oportunidade da intervenção cirurgica.

De que soffria, porem, a minha doente?

Antes de externar o meu diagnostico, embora indecisa-mente formulado, recapitulemos o que ficou exposto: trata-se de uma senhora de 62 annos, que ainda é e sempre foi robustissima; que não accusa nem revela ao exame mais escrupuloso vicio algum diathesico ou constitucional; que apresentou durante 5 mezes um pequeno tumor sub-cutaneo, que se tornava séde de dôres em certas epocas e que durante este longo tempo conservou sempre o mesmo volume, mas que, subitamente, em 10 dias apenas, depois de ter passado por um trabalho inflammatorio, tão rapidamente se ulcerava, invadindo os tecidos circumvisinhos, que ameaçava estender-se a toda a perna; as dôres são intensissimas em toda a zona suspeita, sendo este o symptoma que mais incommodava a doente; a suppuração era em pequena quantidade, porem muito fétida; e reunindo-se ao que fica dito a impotencia dos meios locaes e geraes empregados, creio que cirurgião algum deixaria de estabelecer o seguinte diagnostico: *tumor maligno*.

Se, sob o ponto de vista clinico, tratava-se indubitavelmente de um tumor maligno, anatomo-pathologicamente considerado qual seria a especie do neoplasma em questão?

Não chegámos, repito, a um diagnostico preciso; vacilámos entre um lympho-adenoma e um adeno-sarcoma ulcerados.

Segundo o exame histologico feito pelo Snr. Chapot, trata-se de um sarcoma. Transcrevo textualmente as notas que teve a gentileza de enviar-me o distincto ajudante de preparador do gabinete de histologia da Faculdade no fim da minha observação, visto que as considero como seu complemento natural.

Esta observação apenas tem um lado interessante: a raridade da localisação de certos neoplasmas nas partes molles da perna, não encontrando eu facto algum analogo ao que acabo de referir nos autores que consultei, apesar das longas

e pacientes excavações bibliographicas a que procedi. Foi somente o facto de ser, não digo excepcional, porem extremamente rara a localisação de certos neoplasmas nas partes molles da perna, o que me levou a publicar esta observação, visto que o diagnostico scientifico, isto é, anatomo-pathologico, dos tumores cerca-se quasi sempre de tantas difficuldades e incertezas que o clinico é forçado a lançar mão de todos os meios capazes de o fazerem chegar a tal desideratum, e entre elles um dos maior numero de vezes consultados é a predilecção de certos neoplasmas por determinadas regiões.

A operação teve lugar no dia 2 de Fevereiro. Chloroformisada a doente pelo Sr. Alberto de Figueiredo, intelligente sext'annista da Faculdade, e feita a ischemia do membro com o apparelho de Esmarch, pois desejava que o campo da operação se conservasse sempre absolutamente secco para reconhecer os limites precisos do neoplasma, e não com o receio de alguma hemorragia, que em tal região e em vista da pouca profundidade do mal a extirpar, da sua sêde supra-aponevrotica, só poderia ser occasionada pela secção da saphena externa ou de alguma arteriola innominada, muscular, limitei com uma incisão eliptica todo o tumor e destaquei-o com grande facilidade, usando sempre do bisturi; fiz a ligadura de duas arteriolas com o fio de sêda phenicada. Tendo a certeza de que na ferida não existia mais tecido algum suspeito, não julguei necessaria a sua cauterisação com a faca de Paquelin; e não fiz sutura alguma por ser impossivel a approximação dos bordos da ferida, em vista da grande perda de tecidos exigida para a total extirpação do neoplasma.

As consequencias da operação forão muito simples. No fim de 28 dias, a minha doente se achava completamente curada, nada sobrevindo que perturbasse o lento processo anaplastico natural da reunião por segunda intenção, o unico que podia reparar a vasta solução de continuidade resultante da operação, visto que se tratava de uma ferida com perda

notavel de substancia. Muito concorreu para este exito feliz o grande serviço que me prestou o meu distincto amigo Dr. Pedro Paulo, accedendo ao pedido que lhe fiz para ajudar-me na operação.

Até o presente não houve reproducção do tumor nem em sua séde primitiva, nem em outro ponto, o que parece dever ser attribuido ao facto da operação ter sido praticada em tempo opportuno.

Exame do tumor feito pelo Snr. Chapot :

« O tumor achava-se asestado na região gastrocnemia e separado dos musculos por espessa camada de tecido adiposo.

« O tumor apresenta-se ulcerado. Revela macroscopicamente uma côr branca amarellada, modificando-se em alguns pontos e approximando-se do vermelho escuro ; não dá liquido algum por expressão ; apresenta consistencia carnosa um tanto amollecida. Nota-se que a massa do tumor é dividida em grandes alveolos, cujos septos são tenuissimos.

« Tomámos dous fragmentos : um na superficie ulcerada e o outro na porção profunda, fragmentos que medião de volume 1 centimetro cubico mais ou menos e os tratámos pelo alcool absoluto.

« Não tendo podido, porém, conseguir o endurecimento do tecido, tratámos os dous fragmentos do tumor por uma solução de gomma-arabica e em seguida de novo pelo alcool. Deste modo conseguimos o endurecimento.

« Procedemos então ao córte dos dous fragmentos por laminas finissimas (25 μ a 20 μ), o que nos facilitou o exame microscopico, que foi feito depois de colorido o tecido.

« Ao microscopio, os córtes, tanto superficiaes como profundos, apresentam uma quantidade innumeravel de cellulas, de fórmias variadas e *uni*, *bi*, ou mesmo *multi-nucleadas*, mostrando-se em algumas — granulações proteicas, em outras —

granulações gordurosas: tnhão, em summa, o aspecto de cellulas sarcomatosas.

« Vião-se ainda septos de tecido conjunctivo coloridos em bella cór rosea pelo picro-carminato, cujas fibras erão separadas por grupos de granulações gordurosas, parecendo indicar um processo atrophico.

« Nada mais havia de notavel ao microscopio ».

OBSERVAÇÃO VI

Hernia inguino-escrotal esquerda estrangulada — Herniotomia e operação da cura radical das hernias.—Sucesso operatorio e therapeutico

No dia 5 de Janeiro, ás 5 horas da tarde, fui convidado pelo Sr. Dr. Ferreira de Campos para ir operar o Sr. M. A. da Costa, residente á rua de S. Christovão n.º 265, que se achava, segundo referio-me o collega, com uma hernia estrangulada.

Dirigi-me immediatamente, em sua companhia, para a casa de seu cliente e á descripção fiel do estado em que o encontrei, farei preceder tudo quanto possa ter relação com esta observação

O Sr. Costa é um homem de mais de 60 annos, muito robusto, sanguineo; diz nunca ter soffrido de molestia alguma a não ser de sua hernia inguinal, cujo apparecimento remonta a 1859.

Não se lembra exactamente como lhe sobreveio semelhante mal; disse-me, porém, que desde o dia em que o seu medico lhe assegurou se achar elle herniado, começou a usar de funda, que, ou por um defeito na construcção de suas peiôtas, ou pela pouca resistencia de seus arcos, ou por um vicio de applicação, não continha perfeitamente a hernia, de modo que muitas vezes tinha de interromper os misteres de sua profissão (alfaiate) para reduzir o intestino, o que sempre conseguia com facilidade, sobretudo nos primeiros annos que se seguirão ao apparecimento de sua affecção.

Em consequencia da grande facilidade com que o intes-

tino se escapava da cavidade abdominal, a hernia, que a principio era de pequenas dimensões, foi lentamente aumentando de volume, de sorte que, quando sobreveio o accidente herniario constituido pelo estrangulamento, ella já era muito volumosa.

Nos ultimos quatro annos, por varias vezes, o doente experimentava alguma difficuldade em reduzir o intestino desde que elle se herniava, de modo que houve occasiões em que elle se manteve por algumas horas encarcerado no sacco, sem que, entretanto, este accidente provocasse o apparecimento de symptoma algum que aterrorisasse o doente; fazia elle então uso de banhos mornos prolongados, com o que sempre conseguia reduzir a sua antiga hernia.

Está claro que tudo quanto acabo de referir me foi dito pelo doente algum tempo depois da operação; nesse dia, elle mal poudo responder ás poucas perguntas que julguei necessario dirigir-lhe.

Ás 11 horas da noite de 4 de Janeiro, depois de um violento esforço, o intestino, mais uma vez zombando da funda, insinuou-se no sacco, notando o doente, porém, que desta vez a sua hernia era muito mais volumosa do que habitualmente.

Lançou mão de tudo quanto em idênticas circumstancias lhe tinha sido util, mas sem o minimo resultado.

Ás 3 horas da tarde do dia immediato ao que sobreveio este accidente, já sendo muito intensas as dôres que partindo do tumor se irradiavão por quasi todo o ventre, e já tendo tambem vomitado algumas vezes, mandou chamar o seu medico, o Snr. Dr. Ferreira de Campos, que tentou pela taxis reduzir o intestino, o que não conseguiu, e por isso resolveu chamar um operador para praticar a herniotomia.

Ás 7 horas da noite, quando cheguei á casa do paciente, encontrei-o no estado que passo a descrever.

Decubito dorsal; pernas em flexão sobre as coxas: os dois membros pelvianos, ligeiramente afastados um de outro, em moderada abdução.

Na região escrotal esquerda havia um tumor muito volumoso, duro, não fluctuante, irreductivel, dando som obscuro á percussão, sobretudo em sua extremidade inferior, cujo pediculo achava-se ao nivel do anel inguinal externo e prolongava-se francamente para o interior do ventre.

A applicação da mão sobre o tumor indicava haver elevação da temperatura local e exagerava muito a dôr que existia espontaneamente e com alguma intermittencia sobre aquelle ponto, do qual ella se irradiava, como centro, para o hypogastro, para as fossas iliacas, para os flancos e sobretudo para a região umbilical, onde attingia ao maximo de sua intensidade.

O doente não defecava desde algumas horas antes do accidente; o ventre estava muito augmentado de volume, abahulado; os vomitos, que a principio tinhão sido constituídos por substancias alimentares, forão successivamente se tornando mucosos, biliosos, chegando o doente a ter, pouco antes de nossa chegada, alguns vomitos fecalóides, os quaes forão por nós examinados.

A temperatura geral tomada pelo thermometro na axilla revelou haver hypothermia — $36,4^{\circ}$: as extremidades estavam algidas: o doente soluçava constantemente e accusava alguma oppressão na região precordial: a face estava coberta de suor frio e viscoso; o pulso era miseravel e lento; a respiração, accelerada; a extrema alteração da physionomia do doente indicava bem os soffrimentos atrozes que o acabrunhavão e o profundo desanimo que d'elle se tinha apoderado; as perguntas summarias que lhe dirigi forão respondidas laconicamente e com pronunciado constrangimento.

Diante deste quadro symptomatológico aterrorizador que tambem foi observado pelos Srs. Drs. Ferreira de Campos, João Francisco

dos Reis e Nogueira da Gama, não podia haver a minima vacillação de que se tratava de uma hernia intestinal inguino-escrotal esquerda chegada ao ultimo periodo do estrangulamento e contra a qual a herniotomia se impunha soberanamente e sem a menor demora ; era ainda um destes casos em que o cirurgião intervem sem grande esperança de salvar o doente e até certo ponto preocupado com a idéa de que lhe seja imputada a abreviação de sua existencia, por pessoas, está claro, estranhas á nossa profissão.

Chloroformizado o doente pelo meu amigo o Sr. Dr. João Francisco dos Reis, encetei a operação.

Incisada a pelle e successivamente os diversos planos subjacentes sobre a tenta-canula, cheguei até ao sacco, o qual foi por sua vez punccionado em sua extremidade inferior, o que deu lugar á sahida de grande quantidade de liquido sero-sanguinolento ; introduzi pelo orificio da punção a tenta-canula, sobre a qual incisei o sacco até sua parte superior, até seu collo exclusivamente, incisão que pôz a descoberto a parte herniada, que era constituida por duas azas intestinaes muito longas.

Com um bisturi abotoado, levado entre o pediculo da hernia e o collo do sacco, incisei este ultimo em tres pontos ; puxei então as duas azas intestinaes um pouco para fóra e verificando a sua integridade, não só nos pontos sobre os quaes actuou directamente o agente do estrangulamento, como nas partes que estiverão em contacto immediato com o sacco, reduzi-as, o que realizei com alguma difficuldade, tendo sido necessario romper cautelosamente as adherencias que já se tinham formado não só entre as azas intestinaes como tambem entre estas e o sacco.

Com a redução do intestino tinha terminado a operação da herniotomia propriamente dita. Lembrei-me então de completal-a praticando a operação da cura radical das hernias inguino-escrotaes, isto é, fazendo a ablação do sacco herniario,

que no doente em questão era muito longo, espesso e resistente, bem como o avivamento do anel inguinal externo, que se apresentava muito dilatado, o que estava em relação com a antiguidade e sobretudo com o grande volume que apresentava esta hernia mesmo antes do estrangulamento.

Destes dous tempos da operação o unico que apresentou sérias difficuldades foi o da ablação do sacco, que executei do seguinte modo.

Em primeiro lugar, tratei de separar, por pequenos golpes de bisturi, o collo do sacco dos tecidos aos quaes estava adherente; obtido isto, passei sobre elle uma ligadura, depois do que inciseio-o um pouco abaixo do ponto ligado; passei então a reseccar o sacco herniario, que, como já disse, era muito espesso, não tendo porém conseguido praticar a sua ablação total, por isso que em sua parte mediana, posterior, elle adheria tão intimamente aos tecidos vizinhos, que a dissecação a mais paciente não ponde destacal-o completamente.

E demais não era necessaria esta ablação total do sacco herniario para o fim que eu tinha em vista, extirpando-o.

Tendo terminado todos os tempos da operação, procedi á synthese da ferida.

Comencei por applicar tres pontos de sutura no anel inguinal externo, depois do que suturei a longa incisão da parede abdominal e do escrotum; sobre o collo do sacco eu já tinha applicado uma ligadura, como disse acima.

Adaptei sobre toda a região operada um curativo por oclusão, e entre este e o anel inguinal externo uma pellota de algodão, sendo todas estas peças mantidas pelo aparelho conhecido sob o nome de — spica da virilha.

Despertado o doente, foi levado para o leito, prescrevendo-lhe uma poção fortemente morphinada, com o fim de paralyzar-lhe o intestino.

Quando me retirei da casa do doente (11 horas da noite), elle já se achava muito mais calmo do que antes da intervenção

cirúrgica, o que costuma dar-se sempre depois da herniotomia, desde que a hernia estrangulada, contra a qual ella foi empregada, não se tenha ainda complicado de peritonite, de gangrena ou de ruptura intestinal; é assim que as dôres abdominaes, que tanto incommodavão o doente antes da operação, tinham diminuído consideravelmente de intensidade, tendo também os vomitos cessado de todo.

Afim de encurtar esta observação, direi apenas o seguinte: no fim de 20 dias, o operado estava radicalmente curado; toda a ferida reuniu-se por primeira intenção, excepto n'uma pequena extensão do seu angulo superior, o que attribuo á presença, na sua parte profunda, da ligadura que tinha applicado ao collo do sacco, bem como dos pontos da sutura do anel inguinal externo, um dos quaes só foi eliminado cerca de um mez depois da operação; a temperatura conservou-se sempre normal.

O que acabo de referir relativamente á marcha da ferida foi testemunhado pelo Sr. Schreiner, incumbido de curar o operado, a pedido e sob a responsabilidade directa do seu medico assistente o Sr. Dr. Ferreira de Campos.

No dia 16 de Agosto, por conseguinte 7 mezes e meio depois da operação, o Sr. Costa procurou-me, a meu pedido, e por essa occasião tive a satisfação de ver realisadas as minhas esperanças: o não reaparecimento de sua hernia inguino-escrotal.

O anel inguinal externo do lado operado apresentava-se sómente um pouco mais dilatado do que era de esperar depois de ter sido avivado e suturado, porém muito menos largo do que se achava depois da operação.

O doente faz uso, por meu conselho, de uma funda branda, a qual elle retira á noite, antes de deitar-se.

Resta-me agora precisar a seguinte questão: o não reaparecimento da hernia escrotal deste doente deve ser attri-

buida a ter feito seguir á herniotomia a operação da cura radical das hernias inguino-escrotaes?

Por outros termos — a operação da herniotomia empregada só, teria dado neste caso o mesmo resultado?

Respondo pela affirmativa á primeira destas interrogações e — *a fortiori* — pela negativa á segunda.

Não ha a menor duvida de que quando a hernia fôr recente, de pequeno volume, quando por conseguinte o sacco herniario e a circumferencia do seu collo forem tambem de pequenas dimensões e o annel inguinal externo pouco dilatado, a herniotomia empregada só, possa concorrer para que não se dê o reaparecimento do tumor herniario inguino-escrotal, modo de pensar que é o da maioria dos cirurgiões modernos e que está perfeitamente synthetisado nos seguintes paragraphos devidos á penna magistral do eminente professor Paulo Reclus:

« Les manœuvres de la kélotomie ordinaire même, amènent parfois la guérison complète sans qu'il soit besoin d'exciser le sac et de suturer les anneaux.

« Les incisions pour le débridement et l'ouverture du sac, la compression soutenue que le pansement exerce sur la région tout entière et sur la séreuse enflammée, ont souvent déterminé des adhérences solides, la coalescence des parois du sac, un adossement des piliers de l'anneau. »

Se, porém, a hernia que se estrangulou e na qual o cirurgião tem de praticar a kelotomia fôr, como a deste doente, antiga e muito volumosa; se, por conseguinte, o sacco herniario fôr longo, largo, espesso, e muito vasta a circumferencia do collo do sacco e do annel inguinal externo, não creio que a kelotomia, empregada só, possa, senão rarissimas vezes e por excepção, acarretar a obliteração total do mesmo sacco e a reunião completa do collo e do annel inguinal externo.

A prova parcial do que affirmo tive no caso em questão, em que apesar de ter avivado e suturado o annel inguinal

externo, este no fim de 7 mezes se apresentava dilatado, embora ligeiramente, e qual não seria hoje o seu calibre se o não tivesse avivado e suturado?

Publico esta observação porque ella mais uma vez demonstra que a execução da operação da cura radical das hernias não podendo, senão excepcionalmente, tornar mais grave a kelotomia, deve ser considerada como o complemento natural d'esta ultima, sobretudo nos casos de hernias antigas e volumosas, por isso que, só assim, poderemos com segurança fazer seguir o successo therapeutico ao successo operatorio.

FIM

INDICE

Carta do Ex. ^{mo} Sr. Conselheiro V Saboia	Pags.
Introdução	v 1

PRIMEIRA PARTE

Lições de clinica cirurgica

Primeira lição. — RANULA	3
SUMMARIO: Observação do doente; a ranula em questão só pôde ser considerada tumor sob o ponto de vista clinico; diagnostico differencial entre as diversas especies de ranula cujos symptomas mais se assemelham aos apresentados pelo doente; prognostico da ranula; sens diversos methodos de tratamento; demonstração da inferioridade dos diversos processos incluídos n'esses methodos relativamente ao da excisão da parede superior, seguida da cauterisação da cavidade da ranula; descripção da operação praticada; exposição dos cuidados consecutivos ao processo preferido que forão observados em relação ao doente.	
Segunda lição. — TALHA PERINEAL	19
SUMMARIO: Motivos porque o doente de calculo vesical que constitue o assumpto d'esta lição, foi operado pela talha perineal bi-lateral de Dupuytren modificada por Nélaton, e não pela lithotricia ou pela talha hypogastrica; de que modo foi praticada a referida operação; quaes as suas consequencias immediatas.	
Terceira lição. — FERIDAS CONTUSAS	17
SUMMARIO: Da classe das lesões traumaticas das partes molles a especie mais frequente é a das feridas contusas; definição; condições que favorecem a sua formação; sede; divisão symptomas marcha; diagnostico; prognostico; tratamento.	

SEGUNDA PARTE

Observações de clinica cirurgica

Observação I. — Fistula urinaria urethro-perineal. — Obliteração do canal da urethra, na extensão de cerca de um centimetro, no ponto immediatamente acima do trajecto fistuloso. — Urethrotomia externa e urethrotomia interna. — Alta, completamente restabelecido	3
Observação II. — Estreitamento organico da porção bulbo-membranosa do canal da urethra, complicado de uma fistula urinaria urethro-perineo-escrotal. — Urethrotomia interna. — Cura	93
Observação III. — Calculo vesical extrahido pela talha perineal. — Impaludismo tratado pelos saes de quinina. — Restabelecimento completo.	69
Observação IV. — Kisto sebaceo da região sacro-coecygiãna. — Ablação. — Cura	77
Observação V. — Sarcoma ulcerado da região gastrocnêmia esquerda. — Exerese pelo bisturi. — Cura, sem reprodução até hoje	51
Observação VI. — Hernia inguino-escrotal esquerda estrangulada. — Herniotomia e operação da cura radical das hernias. — Successo operatorio e therapeutic	11

Faculdade de Medicina — S. Paulo
BIBLIOTECA

617

G553a


13.483

GOES e VASCONCELOS, D.

AUTOR

Apontamentos de clinica cirurgica.

TÍTULO

Retirada até	ASSINATURA	Devolução
12-11-66		4-11-66



ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais. Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

2. Atribuição. Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

3. Direitos do autor. No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente (dtsibi@usp.br).