

oferta do A.
(por catalogar)

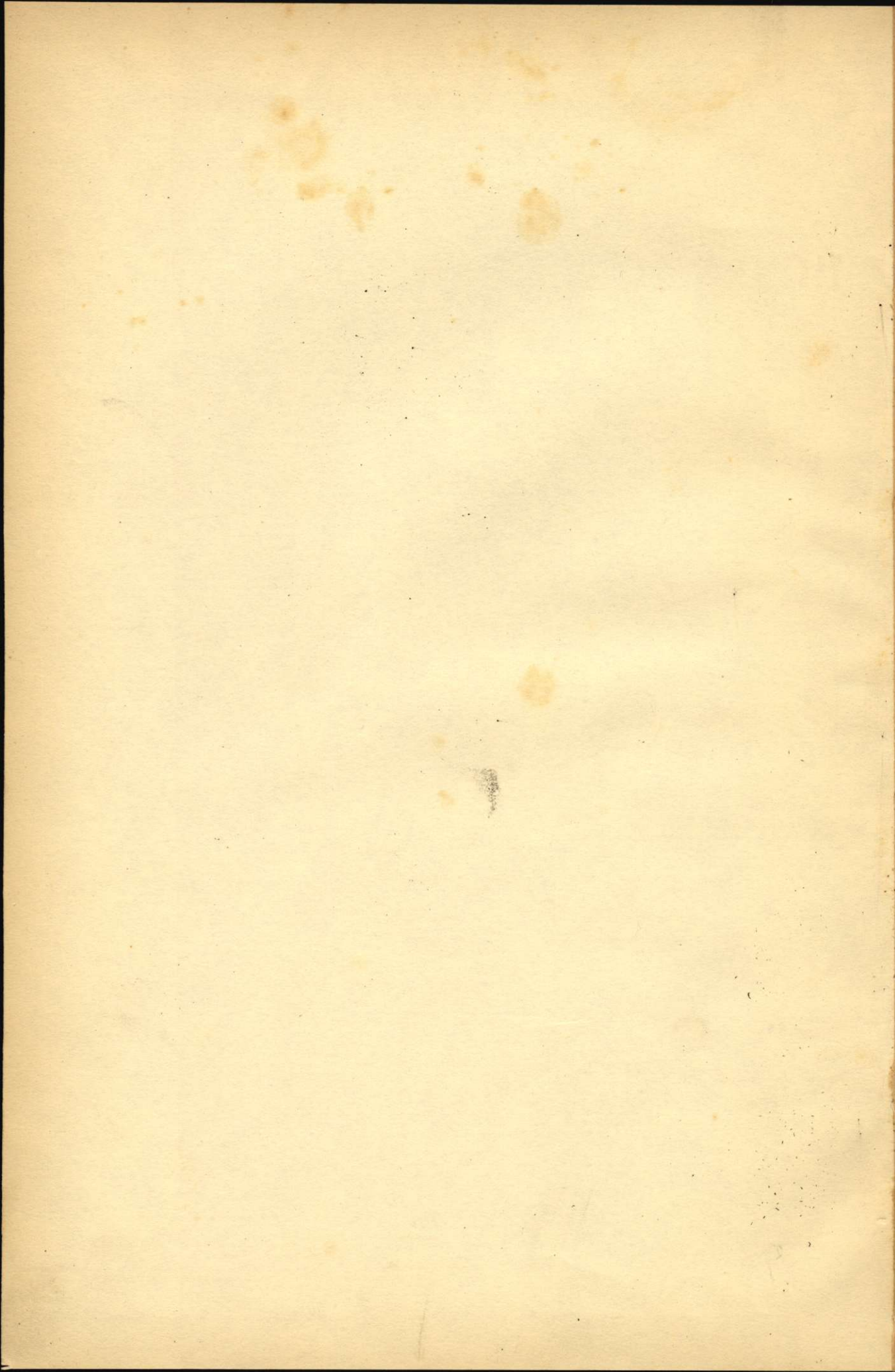
10

1

24

31

40
5
7
9



BOLETIM

DOS

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

(Publicado em harmonia com o art. 72.º do decreto n.º 5:736)

ANO I — VOLUME I



IMPRESA DA UNIVERSIDADE
COIMBRA — 1921



10

1

24

31

BOLETIM

1905

HOSPITALS DA UNIVERSIDADE
DE COIMBRA

Publicado em Coimbra em 1905

ANO I - VOLUME I



IMPRESSA DA UNIVERSIDADE
COIMBRA - 1905

PRÓLOGO

Os Hospitais da Universidade de Coimbra, tanto pela amplitude dos seus serviços de assistência clínica como pela intensificação progressiva da actividade docente que neles exerce a Faculdade da Medicina, constituem para toda a região do Centro de Portugal um organismo de importância social e científico que, bem justificadamente, se impõe hoje à consideração do país.

A fim de que, pelo conhecimento suficiente da sua vida interna, possa ser com legítimo fundamento apreciada como merece a sua acção, determinou o Decreto n.º 5:736 de 10 de Maio de 1919, sobre Reorganização dos Hospitais da Universidade de Coimbra, art. 72º e 73º, que fosse organizado «o Boletim dos Hospitais da Universidade de Coimbra onde, além das publicações de natureza científica se registrarão as estatísticas económicas, ordens de serviço, documentos, notas e todos os mais trabalhos que interessam à vida, serviços e pessoal hospitalar».

Sai hoje a público o 1.º número desse Boletim. Neste, e nos seguintes, irá sendo sucessivamente exposta e documentada toda a actividade hospitalar, nos diversos aspectos que mais directamente possam contribuir para a exacta apreciação do seu alto valor nos três dominantes pontos de vista: docente, clínico-assistente e económico.

A publicação e divulgação dos documentos da complexa vida hospitalar dará à opinião pública, como aos próprios Governos, um insofismável apoio aos seus juízos e o único fundamento legítimo de suas apreciações em relação aos Hospitais da Universidade de Coimbra.

E com a verdade bem reconhecida a seu respeito como com a atenção do país despertada em seu favor, aguardamos os mais vantajosos efeitos que desta publicação é licito esperar.

Coimbra, 1921.

O Director dos Hospitais da Universidade de Coimbra,

JOÃO DUARTE DE OLIVEIRA.

CLÍNICA E POLICLÍNICA CIRÚRGICAS

PROF. ÂNGELO DA FONSECA

Lições dos dias 23 e 27 de Novembro e 18 de Janeiro

CIRÚRGIA ESPLÊNICA

Observação. — Doente n.º 2120 — U. H.

Antecedentes hereditários: sem importancia.

Antecedentes pessoais: nem paludismo, nem sífilis.

História progressa: os primeiros phenomenos da doença appareceram há nove para dez meses, surgindo então no hypocondrio esquerdo uma sensação de frio, seguida de dor de uma certa intensidade, intermitente e que se exacerbava com as ascensões térmicas. Esta dor desapareceu há já bastante tempo, após o que, pela primeira vez, o doente percebeu no abdome a existência de uma massa dura. Decorrido algum tempo, teve uma desenteria que cedeu rapidamente a uma medicação simples. Fora do hospital não notou febre.

Estado actual: não há dôr, nem movimento febril; há, é certo, um tom sub-ictérico e fraqueza geral.

Pela inspecção nota-se que o hemi-torax esquerdo se apresenta dilatado, proeminente, sobretudo da quinta costela para baixo. Existe o signal de Dieulafoy: o mamilo do lado esquerdo está elevado. O coração bate no terceiro espaço intercostal, para dentro da linha mamilar, tendo, portanto, sofrido um desvio para cima e para a direita.

A palpação sente-se a existência de uma massa consistente, móvel, regular, de superficie lisa, indolor, occupando todo o hypocondrio esquerdo, attingindo mesmo a região epigástrica.

A percussão confirma a exploração feita. É, com effeito, esta massa que sentimos deslizar debaixo dos dedos, que deforma o torax, comprime o pulmão e desvia o coração da sua posição normal.

Não há frémito hidático.

O doente entrou sem liquido na cavidade peritoneal; porém, nestes últimos tempos no Hospital appareceu com ascite, que tem aumentado e hoje é muito considerável.

Auscultação: aparelho circulatório — normal; aparelho respiratório — normal. Varicocele à esquerda.

A quantidade de urina era normal nos primeiros tempos; houve mesmo momentos em que existiu poliuria; últimamente, porém, tem havido uma oliguria muito pronunciada.

Exame radioscópico. O exame radioscópico do abdomen feito em 13 de Novembro, mostrou no hypocondrio esquerdo uma sombra extensa, uniforme, de contornos mal definidos.

A linha que contorna o diáfagma, à esquerda, bastante elevada, encontra-se à mesma altura que do lado direito.

ANÁLISE COMPLETA DE URINAS

(11 de Outubro)

Caracteres gerais

Volume: 2 litros
Côr: amarelo claro
Cheiro: amoniacal
Consistência: fluida

Aparência: turva
Depósito: abundante
Reacção: alcalina
Densidade: 1.015

Elementos normais

	Por litro	Por dia
Ureia	7,25	14,50
Acido úrico	0,18	0,36
Compostos xânticos (em acido úrico)	0,40	0,80
Compostos xanto-úricos	0,58	1,16
Azote total	4,62	9,24
Acido fosfórico total	1,10	2,20
Cloretos	6,08	12,16

Relações urológicas

Relação fosfo-ureica	15,1 ⁰ / ₀
Relação úrica	8 ⁰ / ₀
Relação azotúrica	72,9 ⁰ / ₀

Elementos anormais

Albumina	não tem
Glucose	não tem
Acetona	não tem
Pigmentos biliares	não tem
Ácidos biliares	não tem
Urobilina	pequena quantidade
Indoxilo	bastante
Escatol	bastante
Hemoglobina	não tem
Peptonas	não tem

Exame microscópico

Células epiteliaes	não tem
Glóbulos vermelhos	não tem
Glóbulos brancos	não tem
Pus	não tem
Cilindros	não tem
Cristais	muitos de fosfato de amónio-magnésio
Parasitas	não tem

Conclusões

Poliúria, baixa densidade. Baixa de todos os elementos azotados com excepção dos compostos xanto-úricos. Relações fosfo-ureica e úrica bastante elevadas e baixa relação azotúrica, devido à fraca concentração em ureia. Presença de urobilina, indoxilo e escatol.

ANÁLISE SUMÁRIA DA URINA

(29 de Novembro)

Volume	500 c. c.
Densidade	1,025
Reacção	alcalina
Côr	amarelo escuro
Aparência	turva
Depósito	abundante
Cheiro	amoniacal
Ureia	21,50 por litro
Cloretos	9,71 por litro
Albumina	não tem
Mucina	não tem
Glucose	não tem
Acetona	não tem
Urobilina	não tem
Ácidos biliares	não tem
Pigmentos biliares	não tem
Indican	não tem

Sedimento: muitos cristais de fosfato amónio-magnésico e de urato de amónio.

COEFICIENTE DE AMBARD

(29 de Novembro)

$$K = \frac{Ur}{\sqrt{d \times \frac{70}{P} \times \sqrt{\frac{c}{25}}}} = \frac{0,44}{\sqrt{13,47 \times 0,97 \times \sqrt{\frac{19,25}{25}}}} = 0,130$$

POLIURIA EXPERIMENTAL

(29 de Novembro)

Urina vesical.

1.^a 1/2 hora — 20 c. c.
 2.^a 1/2 hora — 15 c. c.
 3.^a 1/2 hora — 55 c. c.

4.^a 1/2 hora — 160 c. c.
 5.^a 1/2 hora — 175 c. c.
 6.^a 1/2 hora — 55 c. c.

REACÇÃO DE WASSERMANN — POSITIVA (FRACA)

(29 de Setembro)

REACÇÃO DE WEINBERG — POSITIVA (FORTE)

(3 de Novembro)

REACÇÃO DE WEINBERG — POSITIVA (FORTE)

(27 de Novembro)

Esta reacção foi feita com líquido de kisto hidático humano e de porco; ambas as reacções foram positivas (forte) com o soro activo.

ANÁLISE DE SANGUE

Em 13 de Outubro:

Formula leucocitária:	
Polinucleares	65,3 0/0
Eosinofilos	2,2 0/0
Mononucleares:	
grandes e médios.	28,5 0/0
linfocitos.	2 0/0

Em 20 de Outubro:

Formula leucocitária:	
Polinucleares	62,2 0/0
Eosinofilos.	2,1 0/0
Monocleares:	
grandes.	6,3 0/0
médios e linfocitos.	29,3 0/0

Nos linfocitos predominavam os médios monocleados.

Em 13 de Novembro:

Coaguabilidade:	6 minutos
Glóbulos brancos.	3,300 por m. ³
Glóbulos vermelhos.	5122000 por m. ³
Formula leucocitária:	
Polinucleares	79,2 0/0
Eosinofilos	0,2 0/0
Mononucleares:	
grandes e médios	15,3 0/0
linfocitos.	4,1 0/0

Em 26 de Novembro:

Porcentagem de hemoglobina	70 0/0
Glóbulos brancos	2.200 por m. ³
Glóbulos vermelhos	3.392000 por m. ³

DISCUSSÃO

MEUS SENHORES:

Há neste doente uma assimetria causada por deformação do hemitórax esquerdo, que, por êsse facto, se apresenta proeminente.

Pela palpação verifica-se que no hipocôndrio daquele lado existe, com efeito, uma massa de superfície regular, móvel, de consistência um tanto elástica e indolor. Esta massa prolonga-se até à região epigástrica, comprime o diafragma, impele o coração para cima e para a direita, levando a sua ponta a bater no terceiro espaço intercostal, a dentro da linha mamilar.

Pergunta-se: o tumor em questão, que nitidamente sentimos deslizar no ventre quando o palpamos, será, porventura, o baço, alvejado por um processo que lhe alterou profundamente as dimensões?

Eis o primeiro problêma a resolver; e não se pense que tal solução é tão fácil como à primeira vista parece. Os êrros de localização em casos

desta ordem são freqüentes. Antes de tudo, a confusão entre uma esplenomegalia e um tumor do rim é bem notada pelos tratadistas. Quando da minha última viagem a Paris, em 1913, na ocasião do congresso de Urologia, assisti na Clínica de Necker a um caso interessante que passo a relatar-lhes. Tratava-se de um doente estudado pelo chefe de Clínica Dr. Papin e que veio à mesa de operações com o diagnóstico de neoplasma do rim esquerdo. Nestas condições o Prof. Legueu propunha-se fazer uma nefrectomia; no decurso da intervenção verificou estar em presença duma esplenomegalia. A título de estudo foi introduzido um tubo de rádio no parênquima do baço e em seguida fechado o ventre. Não se praticou a esplenectomia. Pois, senhores, apesar dos métodos semióticos em urologia serem tão perfeitos, vejam bem como, a despeito da divisão de urinas, do cateterismo renal etc., é possível um tal êrro de diagnóstico! Eu podia contar-lhes casos clínicos em que a confusão se deu com hidronefroses ou hidropionefroses volumosas.

Deixemos, porém, o rim, e vejamos o que se passa com outras visceras. Pode dizer-se que com as esplenomegalias se teem confundido todos os neoplasmas e muitos processos de natureza inflamatória do abdómen.

A literatura médico-cirúrgica é abundante a tal respeito.

Citam-se casos em que esta confusão se deu com tumores do mesentério, tumores do ângulo cólico esquerdo, tumores da cauda do pancreas, vesícula biliar distendida, peritonite tuberculosa, sarcoma do estomago, quistos da face inferior do figado, quistos do ovário, fibromas do utero, e até num doente de Castagnary o baço deslocado veio fixar-se na fossa ilíaca direita com acidentes febris que levaram o cirurgião ao diagnóstico de apendicite!

Ah, meus senhores, quantas surpresas não temos nós na clínica! E só as não tem quem não trabalha.

Ainda em setembro passado operei uma doente (caso n.º 3081 P. C. M.) que entrou para o serviço com fenómenos de oclusão intestinal, afinal devidos a uma esplenoptose complicada de torção do pedículo.

Apresento-lhes estas observações tão sómente para lhes mostrar o quanto é delicada a semiologia esplênica.

Se até na localização do tumor, que à primeira vista nos parecia tão simples, êrros aparentemente tão grosseiros se acumulam na literatura científica de todos os países!

*

Suponhamos, pois, que no caso em discussão se trata do baço aumentado de volume, e assim deve ser pela sua séde, pela sua forma, pelas características da linha que contorna o seu bordo anterior. Consignado este facto, o primeiro cuidado do cirurgião será o de determinar a natureza etiológica do processo.

Estaremos em presença de uma esplenomegalia do foro médico, do foro médico-cirúrgico, ou do foro exclusivamente cirúrgico?

A primeira hipótese.

No doente não há o baço cardíaco, a asistolia esplênica de Oulmond e Ramond. Não há ainda o baço amiloide que, sobrevem como processo degenerativo peculiar às grandes caquexias. Não estamos em presença de

uma esplenomegalia leucémica linfóide ou mielóide, porque nesta doença se observam sempre com o baço volumoso, alterações hematológicas notáveis: há, sistematicamente, hiperleucocitose. O número de leucocitos que, normalmente, é de 6.000 a 8.000 pode atingir a cifra de 60.000, 100.000 e até 600.000. Ora neste doente dá-se, precisamente, o contrário: há hipo-leucocitose. Numa análise de sangue feita há 14 dias tinha 3.300 glóbulos brancos e em outra feita hontem tinha apenas 2.200.

Analogamente, as esplenomegalias pseudo-leucémicas teem de ser excluídas porque, se é certo não haver nelas aumento da cifra leucocitária global, é também verdade que tal número jámais se acha atenuado como no caso em discussão. Além disso, nas pseudo-leucemias existe sempre mononucleose (60 a 80 % de linfocitos). Normalmente há 33 % de mononucleares e no nosso doente este número baixou a 19,4 %.

Analisemos as esplenomegalias de origem hepática. Sabemos que há processos esplênicos que se constituem pela situação especial, e no dizer de alguns patologistas, de perfeita vassalagem em que o baço se encontra relativamente ao figado. Os fisiologistas dizem-nos que os dois órgãos executam tempos diversos de uma mesma função, tendentes a um determinado fim.

Terminada, por exemplo, a função hemolítica do baço, a oxihemoglobina privada do seu ferro é transportada ao figado, onde a célula hepática a transforma em bilirubina e a derrama através do seu polo excretor, primeiro nos ductos biliares e em seguida no intestino, para sofrer um trabalho de hidratação que a vai converter em estercobilina.

Essas esplenomegalias cirróticas surgem sempre durante e evolução de certas doenças do figado, realizando, integralmente, o sindroma clássico hepato-esplênico. Nesta hipótese o figado é primitivamente alterado, dando o cortejo sintomático próprio à entidade mórbida em causa; e só secundariamente, por um verdadeiro reflexo, é que entra em scena a hipertrofia esplênica.

É o que se observa, por exemplo, na cirrose hipertrófica de Hanot, na cirrose biliar hiperesplenomegálica de Gilbert e Fournier, na icterícia crónica esplenomegálica de Hayem e Lévy, nas esplenomegalias meta-ictéricas, processos estes inicialmente dominados por uma icterícia mais ou menos intensa, mais ou menos grave, mais ou menos duradoura. Ora não é o caso do doente, ao qual só nos últimos dias, é que apareceu a côr ligeiramente ictérica, — e isto sem alteração qualitativa na composição das urinas.

Da mesma forma pomos de lado a cirrose de Laennec, pois nem sequer existem antecedentes alcoólicos, fenómenos dispépticos antigos, perturbações venosas etc. Excluimos a anemia esplênica que se acompanha sempre de leucocitose ligeira; as icterícias hemolíticas e estados anémicos com numerosas hematias granulosas em que se encontra urobilina na urina desacompanhada de pigmentos biliares (icterícia acolúrica); e, finalmente as esplenomegalias piletrombósicas, dominadas por afecções de natureza vária, capazes de produzirem tromboses venosas (cancro, tuberculose, febre tifóide) o que, aliás, não existiu no caso em discussão.

*

Entrando no estudo das esplenomegalias médico-cirúrgicas, vamos passar em revista os processos palúdicos, sífilíticos e tuberculosos.

O doente jamais teve paludismo.

Não contraíu a sífilis, nem a deve ter herdado, pois faltam-lhe os estigmas próprios, designadamente a triada de Hutchinson.

Finalmente, este baço não é tuberculoso, porque o doente não tem febre, nem dor espontânea ou à pressão e porque a mobilidade daquela viscera é perfeita.

Na tuberculose esplénica secundária a lesões pulmonares o diagnóstico é simples; as dificuldades surgem, porém, quando se nos depara um caso de tuberculose esplénica primitiva.

Então, é o cortejo sintomático acima referido que nos leva ao diagnóstico.

*

Por último, cumpre-nos percorrer as esplenomegalias do foro exclusivamente cirúrgico.

Temos, em primeiro lugar, o abcesso do baço, ordinariamente ligado a uma grande infecção: pioemia, febre tifóide etc. Vem sempre acompanhado de febre a 39° e 40°, com arrepios e com dor intensa no hipocôndrio; ora nada disto se deu no nosso caso.

Veem, depois, os tumores sólidos que ainda hoje são diagnosticados com o ventre aberto, no momento da intervenção cirúrgica ou encontrados nas autópsias: não é possível com os meios semióticos de que dispomos diagnosticá-los, mesmo com um certo grau de probabilidade.

Os benignos — fibromas, encondromas, osteomas, mixomas, lipomas e angiomas são muito raros: o seu diagnóstico não é possível durante a vida, sendo o seu interesse clínico quasi nulo.

O sarcoma primitivo do baço é ainda extremamente raro: a memória de Bessel Hagen inclui nove casos de esplenectomia; a memória de Jepson e Albert 31 casos, dos quais doze tratados cirurgicamente. Estes tumores teem uma evolução rápida; surgem quasi desde o começo com aderências multiplas que fixam o baço aos órgãos visinhos, atingindo a sua generalização dentro em pouco o figado, os pulmões etc. O sarcoma não se faz acompanhar de ascite a não ser no período terminal.

Da mesma forma o endotelioma do baço é de extrema raridade, havendo até hoje o seu diagnóstico sido feito no momento da intervenção.

*

Sob o ponto de vista clínico, os quistos do baço representam o maior número de neoplasmas deste órgão. Nele teem sido encontrados quistos dermóides, serosos e serosanguíneos e até uma degenerescência poliquística muito semelhante à que se observa no rim.

Dos quistos dermóides conhece-se apenas o caso de Andral observado na autópsia.

Os quistos serosos e serosanguíneos são a consequência de um traumatismo que incidiu sobre o hipocôndrio esquerdo. Veem acompanhados de crises dolorosas, com o síndrome de hemorragia interna, anemia, crescimento rápido e até às vezes flutuação.

O baço poliústico tem a superfície bosselada e irregular, a consistência variável: renitente e elástica nuns pontos, é manifestamente flutuante em outros. Nem há ascite, nem alterações na composição histoquímica do sangue.

*

Resta-nos a discussão de duas entidades mórbidas, que, propositadamente, deixamos para o fim: o quisto hidático e a doença de Banti.

No quisto hidático há a considerar tipos diversos, consoante a sua localização; os clássicos apresentam três: um ascendente ou torácico, outro descendente ou abdominal, outro mixto ou seja abdómino-torácico.

O tumor do doente, pertence a este último tipo: abdómino-torácico.

Ele é, com efeito enorme; repeliu o diafragma para cima e para a direita e deu ao tórax uma configuração assimétrica.

Existe o sinal de Dieulafoy, ou seja a elevação do mamilo do lado esquerdo, devida a um exagero de curvatura torácica. É certo que este sinal é observado nas formações quísticas ascendentes — especialmente torácicas — e o tumor em discussão pertence à variedade abdómino-torácica.

O exame radioscópico diz que o contorno do diafragma é bastante elevado à esquerda e que em todo o hipocôndrio deste lado se vê uma sombra extensa e uniforme.

A reacção de Weinberg, feita em 30 de Outubro, resultou positiva forte e este mesmo facto foi mais tarde, a 26 de Novembro, confirmado.

É certo que não há frémio hidático — mas este sinal é muito inconsistente, só muito excepcionalmente se observa.

Por estes sintomas poder-se ia diagnosticar um quisto hidático. Mas neste caso há sempre uma dor vaga, surda e intermitente, localizada ao hipocôndrio esquerdo, com irradiações intercostais, escapulares ou crurais, consoante a variedade do quisto. Durante largo tempo é a esplenalgia o único sintoma apreciável. No caso em discussão houve fenómenos dolorosos fugazes e no começo, mas que desapareceram há bastante tempo — não se trata pois dum quisto hidático. Neste não há ascite, senão muito excepcionalmente, ao passo que o doente tem a cavidade peritoneal cheia de líquido.

O quisto tem uma marcha longa: em média três ou quatro anos, citando-se até casos de 28 e 44 anos de evolução. Este doente só há nove para dez meses é que pela primeira vez sentiu uma sensação de frio no hipocôndrio esquerdo — primeiro sintoma do seu mal. Pelo exame do sangue não podemos também diagnosticar um quisto hidático porque nesta hipótese não haveria alteração hematológica, quer sob o ponto de vista qualitativo quer sob o ponto de vista quantitativo, a não ser um certo grau de eosinofilia, aliás muito variável segundo os diversos observadores (8%, Lemaire; 30%, Santussi).

*

Analiseemos, por último, a doença de Banti. Ela apresenta-se-nos na clínica, seguindo uma evolução morosa, à qual poderemos, até certo ponto, fixar tres períodos:

O primeiro, tem por característica a anemia e a esplenomegalia pura, sem alterações hepáticas ou urinárias. O número de glóbulos vermelhos baixa a 3 milhões e a taxa de hemoglobina a 60 %. O baço é duro, volumoso, indolor. Acompanha-se de fenómenos dispépticos, de diarreia, palpitações, febre etc.

E tudo isto dura quatro a seis anos.

No segundo período — também chamado o estado intermediário — surge o reflexo espleno-hepático. A côr sub-ictérica tinge a pele e a conjunctiva; as urinas tornam-se carregadas; aparece a urobilina; os uratos são em abundância. Há oligúria, perturbações digestivas e o figado ultrapassa as falsas costelas. A duração deste período é de alguns meses a dois anos.

No terceiro período vem a ascite abundante que se reproduz rapidamente após a punção; o figado atrofia-se; surgem fenómenos hemorrágicos, sobretudo do lado do estômago e intestinos. É o quadro clínico da cirrose de Laennec.

Se repararmos serenamente para o quadro sintomático da esplenomegalia primitiva nas fases que o Professor de Florença lhe descreveu, ficamos com a impressão de que o doente não tem o mal de Banti.

Este mal é moroso na sua evolução; o doente sofre há dez meses apenas e tem ascite — que se revela somente no terceiro e último período da doença de Banti, quando o figado avariado já exige diagnóstico diferencial com a cirrose de Laennec.

Sofre há dez meses e tem ascite, está oligúrico, quando é certo que o primeiro período da doença de Banti dura de 4 a 6 anos.

O exame do sangue na doença de Banti revela a triade hematológica de Micheli: hipoglobulia, oligocromenia e leucopenia.

No actual caso clínico não há hipoglobulia ou oligocitemia, porquanto é de 5.122000 o número de hemacias. Há hipoleucocitose, mas não há leucopenia pois que esta representa um estado extremo daquela (1.000 a 2.000 leucocitos).

A doença de Banti tem sido objecto de muitas discussões.

É, com efeito, ao celebre Professor italiano que devemos o estudo das lesões esplénicas primitivas ou protopáticas, isto é, independentes de qualquer alteração anatomopatológica existente em outro órgão.

A doutrina de Gilbert e Lereboullet, que considera sistematicamente e em todas as circunstâncias a lesão esplénica secundária a uma alteração hepática preexistente, tem de ser abandonada.

O baço pode estar doente sem que tal estado dependa de uma moléstia localisada a outro órgão.

Da discussão que temos feito deste caso sobresaem as dificuldades da semiologia esplénica.

Nós estamos, com efeito, em presença de um caso de quisto hidático ou

de doença de Banti — mas a ciência não nos dá elementos para precisar o seu diagnóstico. Creio bem que se trata da doença de Banti, a despeito da reacção de Weinberg positiva; contudo o síndrome clássico daquela entidade mórbida, aliás tão discutida, não equivale ao síndrome bem des-harmonico que nos é fornecido pela história deste doente.

Entretanto, nas duas hipóteses a terapêutica é precisamente a mesma. Está indicada a esplenectomia.

Os cirurgiões praticam correntemente esta operação. Mas será ela legítima?

É ou não o baço um órgão indispensável à vida?

Que elementos, que documentação, que princípios, que ensinamentos fornece a tal respeito o fisiologista ao cirurgião?

Sendo o baço constituído por tecido adenóide, é considerado como órgão linfático o mais volumoso e o mais activo da economia. É comparado na sua estrutura histológica a um gânglio. Tem um envólucro fibroso a que os anatomistas dão o nome de cápsula de Malpighi, inteiramente semelhante pela sua architectura à capsula de Glisson do fígado. Destacam-se da face interna de tal cápsula e bem assim das bainhas vasculares um conjunto de trabéculas e dessepimentos, que em anastomoses e entrecruzamentos sucessivos, formam o esqueleto conectivo, de disposição areolar, destinado a receber nas suas malhas os elementos nobres da viscera: corpúsculos de Malpighi e polpa esplénica.

Concordam todos os escritores em que a função leucopoiética é a mais importante que o baço desempenha.

É ver da composição histológica do sangue recolhido dos vasos aferentes e eferentes: nos primeiros, segundo a nota de Schiassi, a proporção de glóbulos brancos para glóbulos vermelhos é de 1 para 2250, enquanto que nos vasos eferentes essa proporção é de 1 para 60.

O baço desempenha também uma função hematopoiética notável na creança. E se é certo que no adulto tal função é posta em dúvida, — não existe mesmo no conceito da grande maioria dos fisiologistas, é também verdade que ele algum trabalho desenvolve na eritropoiese. As investigações de Zelensky demonstram, com efeito, que o baço representa um papel importante na preparação da hemoglobina, cooperando activamente no fabrico das hemácias.

Ao mesmo tempo que desempenha funções de reconstituição celular de tão alta importância, o baço é pela natureza encarregado de um trabalho hemolítico notável. Sendo elástica a massa que o constitue a onda sanguínea faz-lhe sofrer movimentos cíclicos de contracção e dilatação. Nesta última fase o sangue espalha-se nas suas malhas, banhando as suas lacunas para sofrer a acção da lienase, enzima proteolítica, que dissolve os glóbulos vermelhos doentes ou mortos.

É sabido que a função hemolítica é sobretudo executada no interior dos macrófagos, que aliás existem dispersos no organismo; mas também é verdade que a polpa esplénica é um verdadeiro ninho de leucocitos daquela espécie, e é portanto naquele parênquima que a função atinge o seu mais alto grau de actividade.

Neste trabalho destrutivo, a oxihemoglobina é privada do ferro que continha, sendo o baço encarregado de armazenar aquele precioso elemento.

O trabalho depurativo a que nos vimos referindo não se limita aos glóbulos vermelhos e mesmo aos leucocitos alterados. O papel do baço é o de um verdadeiro filtro que ataca todas as particulas, corpos estranhos, bactérias, etc., que, levados pela onda sanguínea, atravessam as suas malhas esponjosas. Desempenha, pois, no organismo uma função verdadeiramente espodolítica. Por um lado destroe as bactérias pela fagocitose que tão activamente se executa através do seu parênquima, por outro fabrica, muito provavelmente, substâncias bactericidas, sobretudo a alexina e a sensibilisadora.

Vemos pois, que o baço desempenha no organismo funções muito complexas e variadas. É facto que nenhuma delas lhe é exclusiva, pois pode ser e é igualmente executada em outros departamentos do organismo. Não sendo, pois, uma viscera com funções privativas e exclusivas não deve, entretanto, ser considerado como o quer Maç Madlener um órgão de dignidade inferior.

A literatura médica regista alguns casos em que se verificou a ausência congénita do baço; e a êste respeito é muito elucidativo o quadro apresentado por Hodenpyl.

Nos laboratórios teem-se executado trabalhos notáveis, tendentes a precisarem as alterações sequentes à esplenectomia praticada em espécies variadas. Estudaram-se as alterações na composição histológica do sangue dos animais; na medula dos ossos, nos gânglios etc. Estudou-se também a resistência à infecção no esplenectomizado.

Por outro lado a clínica mostrou-nos que as alterações orgânicas mais importantes que a ablação do baço determina, respeitam à composição do sangue; mas que tais modificações eram efêmeras, passageiras, pois que decorridos apróximadamente dois meses daquela operação a normalidade era completamente restabelecida.

No estado actual da sciência podemos, pois, concluir, afoitamente, que o baço não é um órgão indispensável à vida.

A sua tríplice função — leucopoiética, hematopoiética e hemolítica — pode ser e é desempenhada, na sua ausência, pelos gânglios linfáticos, pela medula dos ossos, pelo próprio corpo tiróide.

Se, depois dum traumatismo notável, aberto o ventre, deparamos com uma hemorragia inquietante, peritoneu repleto de coagulos, o sangue borbotando em ondas volumosas, e enchendo a cavidade a curtos intervalos; se a exploração nos dá esmagamento, dilacerações multiplas, ou arrancamento pedicular, — é preciso não hesitar um instante, praticando rápidamente a esplenectomia.

Diz-nos a clínica que estes casos são seguidos de cura. Sendo assim, o que poderá deter o cirurgião quando este se encontre em presença de um baço doente, cujo funcionamento foi gravemente alterado, por vezes até totalmente comprometido, sendo substituído no seu trabalho por outros órgãos e tecidos, ou cujo funcionamento viciado está lançando perturbações a distancia, desenvolvendo reflexos sôbre outras visceras, determinando o aparecimento de syndromas complexos que podem pôr em risco a vida do doente?

Que fazer em presença de casos desta ordem?

Praticar a esplenectomia.

Este doente será, com efeito, operado no próximo dia. Não devo ocultar-lhes, entretanto, a gravidade extrema da intervenção que vamos realizar. O doente abandonado a si mesmo tem um fim próximo; a morte não pode ser evitada pelos recursos que nos fornece a terapêutica médica. Considero-o, pois, irremediavelmente perdido se não recorrermos aos meios cirurgicos. Só na cirurgia podemos encontrar meio de lhe salvar a vida. O prognóstico é, contudo, repetimos, extremamente sombrio.

Tendo ele com toda a probabilidade a doença de Banti, eu sei bem quanto a esplenectomia é brilhante como meio terapêutico em tal hipótese. Mas é preciso não esquecermos que tal doença percorre três fases na sua evolução, e que este exemplar se encontra na última, pois tem ascite e muito acentuada.

Ora as estatísticas dão para a esplenectomia na doença de Banti:

no primeiro período	25 % de mortalidade
no segundo período	40 % de mortalidade
no terceiro período	60 % de mortalidade

*

À medida que mais profundamente se conhece a fisiopatologia esplenohemática, mais se vai dilatando o campo das intervenções sangrentas nas afecções do baço.

Assim, Eppinger e Ranzi, de Viena, praticam esta delicada operação em certas doenças do sangue — na icterícia hemolítica, por exemplo, que alguns escritores consideram ainda do foro exclusivamente médico. Esta forma de icterícia que se acompanha de um aumento de volume do baço é a consequência de uma destruição exagerada dos glóbulos vermelhos do sangue.

A urobilina aparece em alta dose nas fezes, atingindo mesmo a cifra de 4 gramas em vez de 0,15 gramas que se observa no estado normal. Tal fenómeno testemunha, claramente, que se está passando uma destruição globular. W. Mayo (Rochester) opera sistematicamente estes doentes, afirmando que tais casos são um verdadeiro triunfo da esplenectomia.

E, meus senhores, assim deve ser, com efeito. Pois não é verdade que os glóbulos vermelhos tornados frágeis são destruídos no baço, que desempenha no organismo precisamente este papel?

E à medida que se vai exagerando esta função demolidora, a viscera aumenta de dimensões tornando-se por esse facto mais extenso tambem o campo da hemolise.

Tira-se o baço: os fenómenos hemolíticos suspendem-se, a icterícia desaparece e a cura é rápida.

A anemia perniciosa que resulta tambem dum processo globular destrutivo, de certo mais suave e lento que o anterior, deve beneficiar igualmente da esplenectomia. E, com efeito, Eppinger e Ranzi obtiveram resultados brilhantes. Dentre os vários operados destaco um, como exemplo em que o número de hemacias se elevou de 1 a 5 milhões e o peso aumentou de 39 kilos.

A resultados análogos chegou Decastello de Viena. A estatística apresentada por este cirurgião comporta vinte casos de anemia perniciosa,

operados de esplenectomia em que houve quatro mortes apenas. Os 16 doentes restantes sentiram os melhores benefícios da operação.

Muito mais favorável é ainda a estatística de W. Mayo: de 48 exemplares esplenectomizados, com diagnóstico bem verificado de anemia perniciosa, só 3 morreram.

Nos casos de esplenomegalia leucémica que os clássicos põem inteiramente de lado, formulando a seu respeito uma contra-indicação formal, absoluta, no que respeita à intervenção cirúrgica, — nestes casos mesmo, consignemos, Begouim (Bordeus) intervem com sucesso. W. Mayo (Rochester) cita, entre outros operados com sucesso, uma mulher de 56 anos com 203 mil glóbulos brancos por milímetro, etc.

É certo que as leucemias linfóide e mielóide teem sido objecto de estudos interessantes de radioterapia e sobretudo de curieterapia; mas, apesar disso, os cirurgiões esperam, talvez, ocasião oportuna para operar os seus doentes, depois de devidamente preparados, conquistando-lhes, assim, quem sabe, numa época bem próxima, uma cura definitiva que pela fisioterapia ainda se não conseguiu obter.

Na anemia esplénica os cirurgiões teem-se arriscado, por vezes, à intervenção: tenho presente 10 casos de Stirling dos quais 8 foram seguidos de cura. O que, entretanto, é mais sugestivo ainda como índice revelador do quanto se está trabalhando neste ramo de cirurgia, é o facto curioso, emocionante, de se haver praticado a esplenectomia em simples casos de hemorragias gastro intestinais repetidas.

Com efeito, Balfour (Rochester, Minnesota) atraiu a atenção sobre a oportunidade de incriminar o baço como responsável daquelas hemorragias que não são devidas nem a úlceras gástricas, nem a úlceras duodenas — casos em que são normais as dimensões do baço, e em que é excluída a hipótese de cirrose hepática.

Vou relatar-lhes a história de um exemplar clínico desta ordem deveras interessante. Tratava-se de um homem de 45 anos que apresentava melena, acompanhada de dores epigástricas com eructações ácidas, — sobrevindas uma ou duas horas depois das refeições. Pelo exame clínico, radioscopia e rectoscopia não se conseguiu diagnóstico preciso.

Pensava-se, entretanto, em ulcera duodenal. Fez-se a primeira operação que permitiu verificar que tal ulcera não existia. Havia um cálculo encravado no colo da vesícula biliar: fez-se a colecistectomia; e as seqüências operatórias foram normais.

O doente teve alta; mas voltou decorrido pouco tempo, com novas hemorragias. Supoz-se que sofresse duma ulcera despercebida na primeira intervenção. Fez-se por isso segunda operação: gastro-enterostomia, posterior. A fórmula sanguínea melhorou consideravelmente e o doente saiu. Volta mais tarde e é, pela terceira vez, operado de castração por tuberculose do testículo. Decorrido um mês sofreu uma nefrectomia esquerda (quarta operação) também por tuberculose.

Passados alguns meses surgem novas hemorragias intestinais com sinais de anemia inquietante. Faz-se laparotomia exploradora (5.^a operação). Consigna-se a existência de muitas aderências em todo o andar superior do abdómen e um espessamento localizado à parede gástrica. Decorridos alguns dias o doente vomita bilis e peora de tal maneira que lhe é feita a

6.^a operação: entero-anastomose com jejunostomia de precaução. Sequências operatórias, boas. Mas, passados três meses, volta a perder sangue — melena e hematemeses. Foi então que Balfour, tendo em atenção o papel do baço em certas anemias complicadas de hemorragias das mucosas, se determinou pela esplenectomia (7.^a operação). O doente, sete meses decorridos, sentiu-se com uma saúde como jamais havia tido.

A história sumária deste caso clínico é elucidativa; dá bem a impressão do arrojo e tenacidade do ilustre cirurgião americano e do quanto se tem progredido neste ramo da cirurgia.

Mas há mais: W. Mayo operou nestes últimos tempos três casos de cirrose hepática alcoólica primitiva com esplenomegalia secundária e ascite; os três doentes melhoraram. Esplenectomisou três doentes portadores de cirrose biliar hipertrófica que beneficiaram consideravelmente com a operação!

Depois deste succinto relato que acabo de fazer-lhes, com que impressão ficam os senhores relativamente à classificação puramente clássica das esplenomegalias apresentada ao iniciar estas lições? Não assentamos, por ventura, em que havia esplenomegalias do foro exclusivamente médico? E não vemos agora que a cirurgia invadiu estes domínios, operando sistematicamente as icterícias hemolíticas, as anemias perniciosas, levando os cirurgiões o seu ousio a tocar em casos de leucemias e até esplenectomisar doentes com cirrose alcoólica?

O problêma encarado sôb este novo aspecto visa, unicamente, o pô-los ao corrente do que modernamente se está praticando neste importante ramo da cirurgia. Temos a impressão de que o grupo das esplenomegalias do foro exclusivamente médico se está desmembrando, e com o correr do tempo, quem sabe? estas irão, pouco a pouco, transitando para o foro puramente cirúrgico.

*

Antes de terminar esta lição quero referir-me a um caso de esplenectomia, aliás interessante, que operei em setembro passado e que é de muito valor como elemento de estudo para a sua educação científica.

O Sr. Assistente Dr. Horácio Menano vai ler a respectiva história clínica.

Doente n.º 3081 P. C. M. — Maria da Conceição Costa Pinto — Edade: 52 anos. — Profissão: doméstica. — Morada: Verride. — Naturalidade: Verride. — Entrou no dia 31 de agosto de 1920.

A. H. Sem importância.

A. P. Sem importância.

H. P. Há doze dias sentiu a doente uma dôr intensa a nível do umbigo e desde então o ventre aumentou cada vez mais de volume, aparecendo-lhe mais tarde febre e vômitos.

Não emitiu fezes nem gases desde esse dia, e os vômitos, que foram de começo alimentares, são agora biliosos.

E. A. Dia 31 de agosto.

Há timpanismo notável, defesa muscular em todo o abdômen; grande tensão. Pulso pequeno e frequente (130); temperatura 39,8.

Terapêutica: — Injecção hipodérmica de soro fisiológico. — Atropomorfin. — Óleo canforado. — Gelo sôbre o ventre.

Dia 1 de Setembro: — A doente melhorou bastante. Pulso regular. Menos vômitos. emitiu gases.

Terapêutica: — Sôro fisiológico (800 c. c.). — Atropomorfin. — Óleo canforado. — Gelo sôbre o ventre.

Dia 2 de Setembro: — A doente peorou consideravelmente.

Operação: — anestesia geral pelo eter. Laparotomia mediana: encontrou-se o baço ptosado com o seu pedículo torcido sôbre si mesmo e em volta de uma ansa do intestino. O baço tinha a

côr de fôlha seca e havia aderências fortes às ansas intestinais. Desfeitas as aderências fez-se esplenectomia. Laqueação do pedículo em três feixes separados e em massa. A doente não teve vômitos e à tarde estava melhor.

Dia 3 de Setembro: — A doente melhorou muito. Emitiu gazes.

Terapêutica: — Sôro fisiológico 800 c. c. — Oleo canforado — Gelo sôbre o ventre. — Água gelada.

Dia 4 de Setembro: — A doente teve de noite uma cólica intensa localizada em torno do umbigo. Pulso filiforme e muito frequente. Suores profusos. Anciedade respiratória.

Morte à uma hora. — Perfuração intestinal?

*

Como os senhores veem a doente entrou para a clínica com fenómenos de oclusão intestinal: timpanismo, defesa muscular em todo o ventre, língua sêca e saburrosa, pulso pequeno, freqüente, batendo a 130, temperatura 39,8 etc. Baldados os recursos da terapêutica médica, precisado o diagnóstico de oclusão intestinal e atribuída a origem desta a uma causa mecânica, determinei-me pela operação rápida, de estrêma urgência, porque a vida da doente corria gráve risco.

Fiz laparotomia mediana e encontrei o baço alterado, com o pedículo torcido sôbre si mesmo e em volta de uma ansa. A sua côr assemelhava-se à de uma folha sêca e a capsula adería às ansas intestinais da visinhança. Desfeitas cautelosamente as aderências, pratiquei a esplenectomia. Verifiquei com todo o cuidado o estado das ansas aderentes, em cujas paredes não havia a menor alteração de côr, a menor perturbação anatomo-patológica e em seguida fechei o ventre.

A doente melhorou consideravelmente nas primeiras 24 horas; caiu em seguida e morreu ao segundo dia depois da intervenção. Causa da morte verificada na autopsia *perfuração intestinal* (1).

(1) *Instituto de Anatomia Patológica* — Autópsia n.º 13 — Feita em 5 de Setembro de 1920 — às 14 horas — Nome Maria da Conceição Costa Pinto, Idade 52 anos. Falecida em 4 de Setembro de 1920 à 1 hora, no Hospital da Universidade na enfermaria de P. C. M. Cama n.º 6.

Diagnóstico clínico ou síndrome importante: Oclusão intestinal.

Diagnóstico anatomo-patológico — 1.º Peritonite; 2.º Enterite ulcerosa com perfurações intestinais; 3.º Ausência do baço e existência do seu pedículo recentemente laqueado. 4.º Um reduzido número de pequenos coágulos sanguíneos na cavidade abdômino-pélvica. 5.º Aderências estabelecidas entre uma ansa do jejuno-íleon e a parte inferior do colon descendente. A montante destas aderências e numa extensão de 20 centímetros o intestino delgado estava consideravelmente dilatado e apresentava ulcerações da mucosa e bem assim perfurações da parede — *Enterite ulcerosa com perfurações*.

Exame cadavérico — Hábito externo — Sutura recenté da porção infra-umbilical da linha branca abdominal (a doente tinha sofrido a operação de esplenectomia no dia 2 de Setembro de 1920).

Hábito interno — 1.º Ausência de lesões macroscopicamente apreciáveis, tanto das paredes craneanas como dos órgãos encefálicos. — 2.º Ausência de lesões apreciáveis, quer das paredes torácicas, quer dos órgãos contidos na cavidade por elas formada (cavidade torácica). Não encontramos com efeito, qualquer lesão pulmonar, nem pericardica, nem miocardica, nem endocardica. 3.º Abdômen: a) Ansas intestinais distendidas e com uma côr escura, um pouco esverdeada. b) Aderências do grande epiplon a algumas ansas do intestino delgado e à parte inferior do colon descendente. c) Fortes aderências estabelecidas entre uma ansa do intestino delgado (íleon) e a parte inferior do colon descendente. d) A ansa que adería à parte inferior do colon descendente (ansa que acabamos de mencionar) encontrava-se consideravelmente dilatada (distendida) a montante das aderências com o colon, apresentando muitas e extensas ulcerações na camada interna ou mucosa e umas quatro perfurações. e) O resto do intestino delgado encontrava-se, pela aparência normal. f) Na escavação pélvica encontravam-se alguns coágulos sanguíneos e uma pequeníssima quantidade de sangue líquido. g) Verificámos a ausência do baço e encontramos o seu pedículo recentemente laqueado. h) Não encontramos qualquer lesão renal macroscopicamente apreciável. i) Também não havia qualquer lesão hepática apreciável.

Peças recolhidas: 1.º baço — Baço da doente Maria da Conceição Costa Pinto enviado para o Museu pelo Ex.º Sr. Prof. Dr. Angelo da Fonseca em 2 de Setembro de 1920. Esta peça é o n.º 211 da colecção do Prof. Angelo da Fonseca e foi arquivada no Museu de Anatomia e Patologia Geral com o n.º 1606.

«Baço muito aumentado de volume, medindo 14 centímetros de comprimento por 11 centí-

Casos desta ordem são bastante raros em que o baço ptosado e com o pedículo torcido, determina uma oclusão intestinal verdadeiramente mecânica. Tenho, entretanto, nos meus registos alguns casos de Rydygier Schönborn e Collins. E trago bem a propósito esta observação para lhes mostrar as dificuldades no diagnóstico no que respeita a patologia esplénica.

Esta doente melhorou, repetimos, consideravelmente, nas primeiras 24 horas após a intervenção, pois foi sómente no segundo dia que surgiram os fenómenos alarmantes: a cólica, os suores frios, a respiração acelerada, o pulso filiforme. O quadro clínico indicava perfuração intestinal. É, com efeito, este o cortejo de sintomas que a acompanha e que tantas vezes tenho observado.

A autópsia veio confirmar inteiramente o diagnóstico.

Consigna, com efeito, o respectivo relatório a existencia de quatro perfurações, algumas das quais permitiam bem a passagem, sem esforço, dum lapis vulgar.

Qual o mecanismo destas perfurações? O mesmo relatório diz que na mucosa do intestino, além daqueles orifícios, havia «muitas e extensas ulcerações». Quer dizer — era um intestino doente. O aspecto da túnica serosa que o envolvia era normal; e assim o verificamos no momento da intervenção. Mas a compressão exercida pelo estrangulamento havia perturbado a vitalidade da túnica mucosa, da túnica celulosa e da túnica muscular, até ao ponto de se constituir a placa de necrose cuja queda veio originar a perfuração. Esta queda foi mesmo favorecida pelo tumultuar dos gazes e líquidos após o desbridamento.

Esta doente era, pois, portadora duma esplenoptose: num dado momento o pedículo deste órgão torceu. Esta complicação do baço móvel afecta tres formas diferentes: uma aguda, que reveste os caracteres de peritonite aguda; outra sub-aguda, com aumento de volume do baço, produção de infarctus, dores etc; e, finalmente, uma terceira, — crónica, em em que os fenómenos de torsão se produzem incidiosamente, gerando aderências que fixam o órgão numa nova posição.

O caso clínico pertence à primeira categoria.

A doente appareceu-nos com o sindroma de oclusão intestinal, referindo que a sua doença havia começado há doze dias. Quer dizer: naquela data produziu-se a torsão e se fosse observada nesse momento, talvez se podesse precisar o diagnóstico, apesar de todos os cirurgiões serem unanimes em considerá-lo duma delicadesa extrema.

metros de largura e fortemente congestionado. Tem uma consistência mole e côr vermelha escura uniforme em todas as partes do seu parenquima. Pela pressão dá sangue de côr escura. Pesa 55o gramas».

Caracteres histológicos (cópia do registo da análise n.º 367. — «Alguns corpusculos de Malpighi mal diferenciados da polpa vermelha. Glóbulos vermelhos, linfocitos, mono e polinucleares constituindo a polpa vermelha. Um estroma de elementos conjuntivos (fibras e celulas conjuntivas) muito abundantes».

Diagnóstico — esplenite crónica.

2.º *Ansas intestinais.* Esta peça, é o n.º 211 A. do Professor Angelo da Fonseca e foi arquivada no Museu de Anatomia Patológica e Patologia Geral com o n.º 1606 A. — *Descrição* — Porção do colon descendente tendo aderente uma ansa do intestino delgado largamente necrosada, apresentando manchas de côr escura e algumas perfurações e bem assim algumas ulcerações da sua mucosa... Está conforme com os registos existentes neste Instituto e dos quais foi extraída.

Instituto de Anatomia Patológica e Patologia Geral de Coimbra, 3 de Junho de 1921. O Director, L. dos Santos Viegas.

Mais tarde tudo se mascarou com a complicação que surgiu: é que aquela torsão compremeteu uma ansa estenosando-lhe o calibre, donde resultou a oclusão intestinal que nos determinou à intervenção cirúrgica.

Nestas condições não há uma só opinião divergente em toda a literatura médica: todos os cirurgiões são unânimes em praticar a esplenectomia.

Em 30 de Novembro é operado de esplenectomia o doente n.º 2120 U. H. Fiz laparotomia lateral esquerda sobre o bordo do músculo grande recto, acompanhada de incisão paralela ao rebordo costal, de fôrma a obter campo suficiente para ver com nitidez o pedículo e poder atacal-o com facilidade e sem perigo.

O baço era muito volumoso (1), mas não foi necessário adicionar a esta última incisão para-costal a ressecção extrapleural do rebordo costal esquerdo.

Não pude exteriorizar o baço e por isso houve dificuldades em isolar o pedículo que foi seccionado por parcelas. Depois de feitas as laqueações do pedículo e limpar o peritoneu, fechei o ventre.

SEQUENCIAS OPERATORIAS.

1.º dia. — Um litro de soro fisiológico; doze centímetros cúbicos de óleo canforado.

Teve um vômito escuro. Gelo sobre o ventre, poção com perclorato de ferro às colheres.

(1) Extracto dos *Arquivos do Instituto de Anatomia Patológica e Patologia Geral*, vol. VIII. Original do Prof. Marques dos Santos.

Exemplar n.º 1633 — n.º 217 da Coleção do Prof. Angelo da Fonseca.

A) *Descrição macroscópica-Esplenomegália* de Banti *Periesplenite*.

Baço consideravelmente volumoso, de consistência dura sem modificação sensível da forma geral e com duas pequenas bosseladuras na face interna, junto do hilo.

Pesa 1,960 g. mede 24 cm. de comprimento por 17 cm. de largo e 9 cm. de espessura,

A superfície do órgão, em ambas as faces e nos dois polos apresenta formações filamentosas, esbranquiçadas, membraniiformes e placas leitosas, de pequenas dimensões e forma irregular, intimamente aderentes ao pâncreas esplênico.

Ao corte observam-se orifícios vasculares abertos, com paredes espessadas e distribuídos uniformemente aumentando de calibre ao passo que se aproximam do hilo.

Uma delgada atmosfera de tecido conjuntivo rodeia os vasos e é o centro de partida de filamentos fibrosos que irradiam pela polpa esplênica a se cruzam em todos os sentidos.

B) *Estudo microscópico-histológico*. — O exame microscópico das preparações feitas por meio de frottis e dos cortes recolhidos de fragmentos tomados em pontos diversos, e corados pelos métodos especiais dos tecidos conjuntivo e elástico (Van Gieson e Galego) deram os seguintes resultados: Cápsula e trabéculas muito espessadas e formadas por tecido conjuntivo fibroso misturado com numerosas fibras elásticas; quasi todos os corpúsculos malpighianos estão esclerosados embora em graus diversos de esclerose.

Em alguns apenas se nota um abundante entrelaçamento de fibras elásticas e de tecido conjuntivo adulto dispondo-se em forma de anel ao redor das artérias alimentícias dos folículos, cuja parede está também espessada.

Corpúsculos há que o processo de fibrose obliterou; nesses vê-se a continuidade da túnica arterial externa com a camada de conjuntivo fibroso, no qual predominam fibras conectivas e sobretudo elementos elásticos.

Deste tecido perivascular partem abundantes fibras conjuntivas e elásticas que penetram os folículos, cujas malhas são formadas de filamentos engrossados.

Em alguns centros germinativos dos folículos e ainda no tecido conjuntivo perivascular observam-se zonas e conjuntos hialinos.

Os capilares da polpa, são providos de tenues fibras elásticas; as malhas são mais estreitas pelo espessamento dos filamentos e os seios venozos mais apertados do que no estado normal; nas diversas zonas da polpa esplênica nota-se o mesmo difuso processo de fibrose. As ramificações da veia esplênica estão atacadas por fenómenos de endoflebite crónica esclerosante.

Nos elementos sanguíneos não aparecem hemácias nucleadas; não há acumulações de pigmento hemático; não existem células pigmentíferas ou em cariocinese.

Coimbra, 11-7-1921. — *Marques dos Santos*.

2.º dia.—Um litro de soro fisiológico; doze centímetros cúbicos de óleo canforado. Poção de Bourget. Agua de Vidago e de Luso às colheres de sopa de duas em duas horas. Clister de infuso de camomila.

3.º dia.—Um litro de soro fisiológico; doze centímetros cúbicos de óleo canforado.

Teve uma dejecção abundante com melena. Agua de Vidago e de Luso. Leite.

4.º dia.—Um litro de soro fisiológico, doze centímetros cúbicos de óleo canforado. Leite, água de Luso e Vidago. Clister com infuso de camomila.

5.º dia.—Um litro de soro fisiológico, leite, caldo de farinha, água de Luso, e Vidago. Clister com infuso de camomila.

Nos dias seguintes prescrevi sucessivamente maior alimentação com um certo cuidado e nada se produziu digno de nota no que respeita ao aparelho digestivo.

Vejam bem os senhores que este doente foi para a mesa de operações com ascite e que esta se foi reduzindo pouco a pouco, saindo, por fim do Hospital com o peritôneu limpo. Paralelamente, a diurese aumentou atingindo três litros de urina e mesmo mais nas 24 horas. Lembram-se que anteriormente à intervenção ele estava em oliguria e que o rim apesar de excitado por diuréticos, que deviam exacerbar-lhe a função aquosa, respondia com uma secreção infima, excretando 500 a 700 c. c. nas 24 horas! Depois de esplenectomizado, é o mesmo rim que espontaneamente chega a segregar 3250 gr. de urina no decurso de um dia!

Temos, pois, já como efeito benéfico da terapêutica sangrenta, o restabelecimento integral da função aquosa e o desaparecimento da ascite.

Análises de urina

Em 18 de Dezembro

Volume	3000 c. c.
Densidade	1,011
Reacção	alcalina
Cor	amarelo escuro
Aparência	turva
Depósito	abundante
Cheiro	amoniacal
Urea	11,75 %
Cloretos	4,21 %
Albumina	não tem
Mucina	»
Glucose	»
Acetona	»
Urobilina	»
Acidos biliares	»
Pigmentos biliares	»
Indican	»
Sedimento	muitos cristais de fosfato de amonio magnesio

Em 18 de Janeiro

Volume	3,200 c. c.
Densidade	1,014
Reacção	Alcalina
Cor	amarelo claro
Aparência	turva
Depósito	abundante
Cheiro	amoniacal
Urea	12 gramas por litro
Cloretos	4,21 por litro
Albumina	não tem
Mucina	»
Glucose	»
Acetona	»
Urobilina	»
Acidos biliares	»
Pigmentos biliares	»
Indican	»
Sedimento	muitos cristais de fosfato de amonio magnesio

Estes dois relatórios demonstram que não há elementos anormais, que o rim excreta uns 36 gramas de urêa por dia, que existe poliúria com baixa densidade, que a quantidade de cloretos 13,5 é praticamente normal.

Análises de sangue

Em 23 de Dezembro

Glóbulos brancos	2.500
Glóbulos vermelhos	3:600.000

Em 17 de Janeiro

Coaguabilidade	6 minutos
Hemoglobina	70 %
Glóbulos brancos	6.800
Glóbulos vermelhos	4:400.000

Formula leucocitária

Polinucleares	67 %
Eosinófilos	3,5 %
Mononucleares:	
Grandes e médios	14,5 %
Linfocitos	14,5 %

Pelos relatórios expostos vê-se que havia:

	Globulos brancos	Globulos vermelhos
Antes da operação	2.200	3:302.000
25 dias depois da operação	2.500	3:600.000
48 dias depois da operação	6.800	4:400.900

Quer dizer: restabeleceu-se a normalidade no que respeita à composição histológica do sangue.

Lembram-se de que este doente, antes da operação, ainda em fins de novembro, não conseguia sozinho sentar-se no leito, tal o seu estado de fraquesa, de miséria orgânica. Alie-se este facto à inapetência que o levava a aborrecer todos os alimentos, e teremos o quadro da sua situação antes da intervenção cirúrgica.

Hoje tudo mudou: o facies do doente dá-nos a impressão de bem estar. O apetite renasceu, não há dores, o sono é seguido e calmo, movimentação com facilidade, marcha sem esforço e sem fadiga.

Não mais o tom amarelo da conjuntiva ocular, a sua anterior palidez cadauérica tão impressionante.

O funcionamento de todos os aparelhos e sistemas é perfeito.

Eis, meus senhores, um caso frisante de doença de Banti que a esplenectomia curou.

CLÍNICA E POLICLÍNICA CIRÚRGICAS E CLÍNICA UROLÓGICA

PROF. ANGELO DA FONSECA

Sumário das lições

ANO LECTIVO DE 1920-1921

Semestre de inverno (Outubro a Fevereiro)

1 de Outubro (sexta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

2 de Outubro (sábado):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

3 de Outubro (domingo):

Visita às enfermarias.

4 de Outubro (segunda feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operação:—Doente n.º 1097. U. H. Diagnóstico: Fractura do parietal direito.

Trepanação.

5 de Outubro (terça feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

6 de Outubro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Serviço de exames.

Operação:—Doente n.º 2133. U. H. Diagnóstico: Hérnia inguinal direita.

Cura radical: método Bassini-Barker.

7 de Outubro (quinta feira):

Visita às enfermarias. Serviço de exames.

Operações:—Doente n.º 1097. U. H. Diagnóstico-Hérnia inguinal dupla com hematocele à esquerda.

Cura radical dos dois lados pelo método Bassini-Barker. Castração à esquerda.

Doente n.º 129. P. T. C. H. Diagnóstico:—Hérnia crural à direita, estrangulada.

Kelotomia seguida de cura radical por abaixamento da arcada e fixação desta à aponevrose do pectíneo.

8 de Outubro (sexta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Serviço de exames.

9 de Outubro (sábado):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Serviço de exames.

10 de Outubro (domingo):

Visita às enfermarias.

11 de Outubro (segunda feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Serviço de exames.

12 de Outubro (terça feira):

Visita às enfermarias. Serviço de exames.

Operação: — Doente n.º 2134. U. H. — Diagnóstico—Hérnia inguinal dupla.

Cura radical pelo método Bassini-Barker.

13 de Outubro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Serviço de exames.

Operação: — Doente n.º 2128. U. H. Diagnóstico — Kisto do cordão. Excisão da cápsula.

14 de Outubro (quinta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Serviço de exames.

15 de Outubro (sexta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Serviço de exames.

16 de Outubro (sábado):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Serviço de exames.

17 de Outubro (domingo):

Visita às enfermarias.

18 de Outubro (segunda feira):

Visita às enfermarias: Consulta externa. Serviço de exames.

19 de Outubro (terça feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Serviço de exames.

20 de Outubro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Serviço de exames.

21 de Outubro (quinta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Serviço de exames.

22 de Outubro (sexta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Serviço de exames.

23 de Outubro (sábado):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operação: — Doente n.º 3090. P. C. M. Diagnóstico: Carcinoma do fígado.

Laparotomia exploradora.

24 de Outubro (domingo):

Visita às enfermarias.

25 de Outubro (segunda feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 1.ª LIÇÃO

Discussão da doente n.º 4067. P. C. M. Diagnóstico: perinefrite supurada.

Tipos clínicos de perinefrite e formas anatomopatológicas: a perinefrite esclerosada, lipomatosa e supurada. Esta doente tem uma perinefrite supurada. Sinais clínicos: sintomas gerais e fenómenos locais em que se firma este diagnóstico. Variedades anatomopatológicas de perinefrite supurada: sub-capsular e extra-capsular (Albarran). Causas da perinefrite: extra-renais e intra-renais.

Relações da perinefrite com as infecções renais: piodrose, tuberculose, etc.

Descrição de um caso (n.º 2008. Q. P. U. H.) de perinefrite supurada que surgiu como primeiro rebote de uma tuberculose do rim.

É indispensável estabelecer com precisão a origem do processo: é intra ou extra-renal? Meios semiológicos de o realizar. Conduta a seguir nas duas hipóteses. Abertura simples do foco? Nefrostomia? Nesta doente a causa é extra-renal.

Operação: — Incisão lombar ampla; desbridamento de todas as anfractuosidades; lavagem com água oxigenada, drenagem com tubos de cautchouc.

26 de Outubro (terça feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 1.ª LIÇÃO

Doente n.º 1108. P. C. H. Diagnóstico: fractura supra-maleolar esquerda, intersectando tibia e peróneo, exposta, cumiativa e infectada. Traumatismo extenso produzido por um tiro de chumbo embalado.

Exame clínico e radiográfico; valor comparativo dos dois meios de exploração.

Conduta a seguir no tratamento dêste doente.

A cirurgia conservadora nas fracturas por arma de fogo. Bases de natureza fisico-patológica em que se firma.

Intervenção sangrenta: limites da conservação anatómica. Esquilectomia. Conservação funcional.

Os dois grandes perigos: a pseudartrose e a infecção.

A imobilização rigorosa e a extensão contínua. Goteiras metálicas e aparelhos gessados.

Análise e crítica do gesso com ansa metálica — método de Delbet.

O gesso fenestrado e o gesso bivalvo. Valor dos diversos métodos de contenção.

Operação: — Doente n.º 2103. U. H. Diagnóstico: Calo vicioso numa fractura do terço inferior da tíbia e peróneo direitos.

Osteotomia seguida de osteosíntese com placa metálica de Lambotte.

27 de Outubro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operação: — Doente n.º 1108. P. C. H. Diagnóstico: fractura supra-maleolar, esquerda, interseptando tíbia e peróneo, exposta, cominutiva e infectada.

Desbridamento. Esquilectomia parcial. Desinfecção ampla do foco com água oxigenada. Redução dos ossos fracturados. Drenagem com tubos de cautchouc orientados na ferida e através do penso de forma a fazer-se a aplicação sequente do método Carrel. Contensão em goteira metálica.

28 de Outubro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 2.ª LIÇÃO

Doente n.º 4009. P. C. M. Diagnóstico: hérnia crural estrangulada.

Indicações de urgência nas hérnias estranguladas.

Concepção mecânica do estrangulamento: — necrose e perfuração da parede da ansa, esfacelo do epiplon. Reacção peritonal. Estercoremia.

As manobras de taxis e a intervenção sangrenta. Nesta doente não deve tentar-se sequer o taxis. É à quelotomia imediata que deve recorrer-se na hérnia crural estrangulada. Vias de acesso: preferimos a crural. Papel do ligamento de Gimbernat como agente de estrangulamento. Desbridamento: maneira de o executar sem perigo.

Discussão dos diversos métodos operatórios para o encerramento do anel crural: abaixamento da arcada, utilização do saco, osteoplastias, garfos, mieloplastias.

Operação: Kelotomia, seguida de cura radical por abaixamento da arcada e fixação desta à aponevrose do pectineo.

29 de Outubro (sexta feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 2.ª LIÇÃO

Doente n.º 2122. U. H. Diagnóstico: cálculo vesical.

Doente n.º 179. U. M. Diagnóstico: Cálculo vesical formado em torno de um gancho do cabelo.

Calculose visical. — Forma, volume, consistência e número das pedras.

Composição química. Cálculos primitivos e cálculos secundários. Sêde — cálculos móveis e cálculos fixos. As pedras encastoadas.

Cálculos primitivamente renais. Emigração da pedra do rim à bexiga.

Corpos estranhos da bexiga: fragmentos de sonda, lápis, tubos de cautchouc, agulheiros, ganchos do cabelo, etc.

Os processos para a extracção destes corpos pelas vias naturais. Técnica moderna de Legueu para a extracção cistoscópica dos ganchos do cabelo.

A constituição do cálculo tendo como núcleo um corpo estranho.

Perturbações funcionais resultantes da presença da pedra. Reacção vesical: — hematúria, dôr, polakiuria.

Perturbações da micção: — retenção, incontinência, suspensão do jacto.

Piuria: infecção primeiramente local — cistite; depois ascendente — pielonefrite; excêntrica — pericistite.

Diagnóstico da pedra jogando sómente com os pequenos sinais clínicos. Exploração metálica. Exame cistoscópico.

Tratamento: — a litotricia e a talha. Valor comparativo dos dois métodos. Suas indicações. Nos doentes em discussão é a talha hipogástrica que está indicada.

Fez-se o exame cistoscópico da doente n.º 179. U. M., mostrando aos alunos o gancho com as incrustações calcárias.

Operação: — Doente n.º 4000. P. C. M. Diagnóstico: Osteosarcoma do dedo indicador da mão direita.

Desarticulação do dedo.

30 de Outubro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 3.ª LIÇÃO

Doente n.º 1108. P. C. H. — Conceito moderno do tratamento geral das lesões traumáticas infectadas. Princípios científicos e investigações clínicas. Horário bacteriano e leucocitário de Policard e Phelip.

Sideração, reacção celular e microbismo. A esterilização das feridas sépticas.

Soluções de continuidade interceptando as partes moles e as peças esqueléticas. Corpos estranhos, anfractuosidades e largos descolamentos. O desbridamento amplo é a base fundamental de toda a terapêutica. Drenagem: como deve ser orientada, meios de a executar. Escolha do antiséptico: acção germicida, toxidês, poder irritante, solubilidade, capacidade de penetração, etc., das diversas substâncias.

Estudo comparativo e indicações dos solutos em voga — água oxigenada, água fenicada, soro hipertónico, solução terebentinada, permanganato de potássio, éter iodoformado, soluto de nitrato de prata, cloreto de magnésio, água de Javel, soluto de Labarraque, líquido de Dakin, cloraminas, etc.

Princípios fundamentais do método de Carrel. O contacto do antiséptico com os micróbios. Irrigação contínua e descontínua.

Desbridamento sem contrabertura. Drenagem: sistema de tubos per-

furados, maceração dos tecidos ao contacto com o liquido permanentemente renovado.

Exame clínico e bacteriológico das feridas: curvas microbianas, esterilização das feridas. Sutura secundária.

Técnica usada nesta clínica.

Operações: — Doente n.º 2122. U. H. Diagnóstico: Calculose vesical. Pedra volumosa de natureza fosfática.

Talha hipogástrica.

31 de Outubro (domingo):

Visita às enfermarias.

1 de Novembro (segunda feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 3.ª LIÇÃO

Do método em Urologia. Valor dos pequenos sinais clínicos — o doente deve ser submetido a um exame médico rigoroso antes de qualquer exploração cirúrgica.

Perturbações da micção: micção freqüente e micção difícil por lesão nervosa, por afecção urinária.

Micção dolorosa — momento em que surge a dor: antes, durante ou depois da micção; a dor nos intervalos. Causas que a provocam; — o repouso e o movimento. Micção imperiosa. Micção rara. Perturbações do jactô — seu valor semiológico. Diminuição da amplitude, da grossura e da forma.

Consulta externa: — exame de doentes portadores de uretrites.

2 de Novembro (terça feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 4.ª LIÇÃO

Doente n.º 4006. P. C. M. Diagnóstico: higroma prerotuliano à direita. Higroma agudo e crónico, sifilítico e tuberculoso. Maneira de os distinguir. Intervenção cirúrgica. Perferimos a extirpação.

Operação: — Operada a doente discutida. Anestesia local com soluto de atóxico-cocaina-adrenalina.

3 de Novembro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operação: — Doente n.º 4003. P. C. M. Diagnóstico: Quisto cebáceo do pescoço.

Extirpação.

4 de Novembro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 5.ª LIÇÃO

Doente n.º 4000. P. C. M. Diagnóstico; Osteosarcoma da primeira falange do dedo indicador da mão direita.

Afecções cirúrgicas da mão.

Processos inflamatórios: panarícios e suas variedades, artrites, osteoperiostites e osteites. Spina ventosa e daçilite sifilítica.

Neoplasmas: — tumores líquidos, angiomas, aneurismas e quistos. Tumores sólidos, benignos: papilomas, lipomas, fibromas, chondromas, osteomas. Malignos: sarcomas, epiteliomas, carcinomas e melanomas.

A doente tem um osteosarcoma.

Operação: — Doente n.º 179. U. M. Diagnóstico: cálculo vesical constituído em tórno de um gancho do cabelo.

Talha hipogástrica.

5 de Novembro (sexta feira):

CLÍNICA UROLOGICA — 4.ª LIÇÃO

Apresentação de doentes da consulta externa.

Uretrites amicrobianas e uretrites sépticas.

Flora uretral; sua importância na patogenia das uretrites. Flora vaginal: variabilidade da virulência durante o período menstrual.

Uretrites gonocócicas. Marcha das uretrites. Formas agudas e crónicas. Evolução anatómica: invasão em profundidade e invasão em superfície.

Prova dos copos, seu valôr semiológico. Uretrites anteriores e uretrites posteriores.

Doente n.º 2129. U. H. Diagnóstico: tuberculose renal. Cateterismo do rim direito.

Operação: — Doente n.º 1117. P. C. H. Diagnóstico: hérnia inguinal esquerda.

Cura radical. Bassini-Barcker.

6 de Novembro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 6.ª LIÇÃO

Doente n.º 1058. P. C. H. Diagnóstico: Genu-valgum à direita.

Desenvolvimento dos condilos femurais: normalmente o interno desce mais baixo do que o externo. Causas que perturbam o seu desvio fisiológico: fenómenos de hipernutrição unilateral. Causas predisponentes e causas determinantes desta deformidade. Joelho raquítico, joelho valgum dos adolescentes, joelho valgum dos velhos em relação directa com a artromalácia. Sinais físicos e funcionais.

Métodos de tratamento. Terapêutica geral. Endireitamento lento. Endireitamento brusco: osteo-clasia manual (Delore, Tillaux); osteoclasia mecânica (Robin, Collin); osteotomia (Ogston Mac-Ewen). Estudo estatístico e comparativo dos diversos casos operados nestes últimos anos. É a operação de Mac-Ewen que faço correntemente.

Doente n.º 1092. P. C. H. Diagnóstico: Osteoperiostite do maxilar inferior de origem dentária.

Inflamações agudas e crónicas dos maxilares: fisionomia especial destes processos devido à inclusão dos dentes. Complicações da artrite alveoló-

dentária segundo Magiot: Flegmão difuso; flebite das jugulares; necrose parcial ou total dos maxilares; flegmões cervicais supra e infra hioideos; adeno flegmões; angina de Ludwig; flegmão circunscrito; abscessos—fistulas cutâneas ou mucosas; abscesso e catarro dos seios: flegmão edematoso.

Osteoperiostites e osteomielites; lesões circunscritas nos primeiros casos e difusas nos segundos. Osteomielite necrosante. Processos inflamatórios crônicos: reabsorção do bordo alveolar. Lontiasis óssea de Virchow. Tuberculose, sífilis e actinomicose dos maxilares.

Doente n.º 967. P. C. H. Diagnóstico: Osteoartrite do cotovelo esquerdo resultante de fractura exposta das respectivas peças articulares, produzida por arma de fogo (chumbo de espingarda caçadeira).

Exame clínico e radiográfico. Ferida profundamente infectada: Valor da helioterapia como método terapêutico destinado a extinguir rapidamente a infecção. A resecção do cotovelo como primeiro tempo do tratamento ortopédico a seguir. Condições a que tem de satisfazer o ferimento para que a intervenção sangrenta se possa realizar com sucesso.

Operação: — Doente n.º 2153. U. H. Diagnóstico: flegmão da mão direita.

Incisão, desbridamento e drenagem.

7 de Novembro (domingo):

Visita às enfermarias. Observação de doentes de alta urologia.

8 de Novembro (segunda feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 5.ª LIÇÃO

Apresentação de doentes da consulta externa.

Diagnóstico clínico e diagnóstico bacteriológico das uretrites. Coccus de Neisser. Noções gerais da sua biologia: forma, dimensões, coloração, culturas, etc. Tratamento geral das uretrites agudas: terapêutica interna — os antisépticos (urotropina, helmitol, etc.); balsâmicos (copaiba, sandalo, arheol, etc.); alcalinos (bicarbonato de sódio, borato de sódio, salicilato de sódio, etc.).

Tratamento local: método de Bier, técnica das injeções; principais substâncias químicas usadas na sua preparação. Método de Janet. Tratamento abortivo: técnica, indicações e contra-indicações. Tratamento higiénico: dieta, banhos, etc.

Operação: — Doente n.º 2142. U. H. Diagnóstico: Osteite do maxilar inferior.

Curetagem.

9 de Novembro (terça feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 7.ª LIÇÃO

Doente n.º 1086. P. C. H. Diagnóstico: fractura em bisel, do terço inferior da tibia esquerda.

Noções fundamentais das fracturas dos membros: redução e contensão.

Modos de executar a redução: tracção manual e tracção mecânica. Encurtamento do membro fracturado: causas que o determinam. Tentativas de aperfeiçoamento da terapêutica das fracturas. Coaptação exacta dos fragmentos, ou seja o método anatómico principalmente defendido por Lambotte; restabelecimento precoce da função sem se preocupar com a redução, ou seja o método fisiológico, também chamado método de Championière. Método de Delbet: Redução seguida de contensão praticada de maneira a permitir um bom funcionamento imediato do membro. Tempos correspondentes a este método: 1.º redução da fractura pela tracção continua; 2.º aplicação do aparelho gessado; 3.º marcha e ginástica.

Doente n.º 1066. P. C. H. Diagnóstico: ferida contusa da mão esquerda produzida por explosão de uma bomba.

Critério que orienta a intervenção imediata ou tardia. Limpeza da ferida, desbridamento, drenagem. Limitação do campo necrozado. Terapêutica conservadora. O Sol, o liquido de Dakin, a gaze e a água oxigenadas são bons meios para a eliminação rápida dos tecidos mortificados e para obter a esterilização dos focos infectados.

10 de Novembro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Doente n.º 2129. U. H. Cateterismo do rim direito.

Doente n.º 2152. U. H. Cateterismo do rim esquerdo.

11 de Novembro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 8.ª LIÇÃO

Doente n.º 2148. U. H. Diagnóstico: Estenose pilórica de origem cicatricial.

Causas que determinam a estenose: causas intrínsecas—úlceras, sífilis, tuberculose, gastrite por venenos corrosivos, cancro, obstrução do orifício pilórico por corpo estranho; causas extrínsecas ou sejam as estenoses devidas a compressões ou aderências do piloro.

Variiedades de estenose: apertada, média e ligeira. Sinais clínicos dominantes: a dôr, o vômito, a agitação peristáltica e a dilatação. Sondagem em jejum — resíduo. Perturbações da função evacuadora. Chimismo.

Diagnóstico diferencial: séde e causa.

No nosso doente a estenose tem por séde o piloro e por causa uma cicatriz.

Vamos praticar a gastro-enterostomia.

Operação:—Doente n.º 2148. U. H. Diagnóstico: estenose pilórica de origem cicatricial.

Gastro-enterostomia transmesocólica posterior. Processo de Von Hacker.

12 de Novembro (sexta feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 6.ª LIÇÃO

Apresentação de doentes da consulta externa.

Uretrite crónica. Gôta matutina. Caracteres da secreção.

A mucina e os leucocitos nos filamentos. Aspecto microscópico. Provas dos copos; densidade dos filamentos; valor relativo dêste exame. Inspeção externa da uretra. Exame com o explorador olivar. Palpação da uretra sobre beniqué. Infiltrações: localização, extensão e consistência.

Operações: Doente n.º 2155. U. H. Diagnóstico: abcesso urinoso.

Abertura do abcesso e drenagem com tubos de cautchouc.

Doente n.º 1101. Q. P. U. H. Diagnóstico: cálculo fosfático e epitelioma da bexiga.

Cistostomia hipogástrica. Extraiu-se a pedra. O tumor será mais tarde tratado pelo rádio através da fistula supra-púbica.

13 de Novembro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 9.ª LIÇÃO

Doente n.º 2016. P. C. H. Diagnóstico: fractura do fémur esquerdo pelo terço médio.

Comemorativos, inspeção, palpação, medidas, estudo radiográfico. Os dois grandes métodos de tratamento: extensão contínua e aparelhos gessados.

a) Aparelhos extensores com ponto de apoio localizado sobre a perna flectida: — aparelho de Hennequin.

b) Aparelhos com ponto de apoio generalizado ao membro em posição rectilínea, preparados com tiras de adesivo e usados por Hamilton na América; Tillaux, em França; Bardenheuer, na Alemanha.

Doente n.º 1098. P. C. H. Diagnóstico: úlceras sifilíticas da perna direita.

Doente n.º 2000. P. C. H. Diagnóstico: pustula maligna.

Doente n.º 2003. P. C. H. Diagnóstico: tumor branco do joelho.

Doente n.º 1078. P. C. H. Diagnóstico: cicatriz viciosa resultante dum flegmão profundo do ante-braço esquerdo.

Operação: Doente n.º 2156. U. H. Diagnóstico: hérnia inguinal com hidrocelo e quisto do cordão do lado direito.

Cura radical da hérnia pelo processo de Bassini-Barker. Para o hidrocelo, inversão e ressecção parcial da vaginal. Para o quisto, excisão de toda a cápsula.

14 de Novembro (domingo):

Visita às enfermarias. Observação de doentes de alta cirurgia.

15 de Novembro (segunda feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 7.ª LIÇÃO

Apresentação de doentes da consulta externa. Tratamento das uretrites crónicas. A uretroscopia e a sua importância no diagnóstico. Uretroscópio de Luys, de Goldschmidt.

Tratamento geral das uretrites crónicas. Dilatação metódica com instrumentos metálicos. Massagem sobre beniqué. Dilatadores de Kolman, de

Franck. Aparelho de massagem hidraulica de Janet. Sondas de Kasper caneladas para o transporte de pomadas. Lapis, velas e supositórios. Ionização. Tratamento uretroscópico.

Pensos aos doentes operados.

Doente n.º 2122. U. H. — operado de talha.

Cuidados post-operatórios na talha hipogastrica.

16 de Novembro (terça feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 10.ª LIÇÃO

Doente n.º 3079. P. C. M. Diagnóstico: epitelioma cutaneo ulcerado do nariz (cancroide).

Lupus, ulceras sifiliticas, acne sebáceo concreto, verrugas, etc. Diagnóstico diferencial.

O rádio no tratamento do cancro. O que é o rádio? Em que consiste a sua energia: a emanação, os raios invisíveis, α , β e γ .

A acção radiumterápica:

a) métodos emaníferos, em que se utiliza a emanação duma maneira directa como agente terapêutico;

b) métodos radiantes, em que se utilizam as irradiações, sem participação directa da emanação.

Aparelhos radíferos. Medidas e análises das irradiações utilizáveis.

Processos operatórios: duração das aplicações. Filtros. Fogo cruzado (Wickham). Reação dos tecidos. As irradiações e os tecidos neoplásicos. O rádio destrói a célula cancerosa.

Doente n.º 3028. P. C. M. Diagnóstico: mal de Pott lombar, abcesso ossifluente da coxa esquerda.

Doente n.º 4016. P. C. M. Diagnóstico: fractura cominutiva e fechada da extremidade inferior da tíbia direita.

Doente n.º 3099. P. C. M. Diagnóstico: cicatriz viciosa resultante de uma queimadura do segundo grau com aderência do mento à região esternal.

Doente n.º 2139. U. H. Diagnóstico: nódulos tuberculosos do escroto à direita.

A tuberculose primitiva das bôlsas é muito rara. Ordinariamente é secundária à infecção epididimo-testicular. É interessante o caso visto sobre este aspecto.

Operação: excisão dos nódulos.

17 de Novembro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operação: — Doente n.º 2140. Q. P. U. H. Diagnóstico: adenoma prostático.

Prostatectomia transvesical.

18 de Novembro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 11.ª LIÇÃO

Doente n.º 4014. P. C. M. Diagnóstico: quisto hidático do fígado.

Localização do tumor. Afecções extra-hepáticas com que pode confundir-se o quisto: tumor do mesentério, do epiplon, quisto do ovário, rim flutuante, hidronefroses, tumores do rim, quisto hidático da pleura, do pulmão direito, etc.

Apreciação dos diversos sinais clínicos: volume, fluctuação, frémito hidático, dôr, perturbações gastro-intestinais e fenómenos de compressão — icterícia, ascite e dispneia.

Variedades de quistos conforme a situação: antero-superiores, antero-inferiores, postero-superiores e postero inferiores.

Diagnóstico diferencial: congestões passivas, cirroses hipertróficas, tumores malignos, sífilis, afecções da vesícula, abcessos, etc.

A intervenção cirúrgica é a única terapêutica racional da echinococose.

Análise e crítica dos diversos métodos operatórios:

- a) extirpação e enucleação;
- b) marsupialização;
- c) supressão da drenagem e suas indicações: 1.º indicações tiradas do próprio quisto; 2.º indicações tiradas do estado da membrana adventícia; 3.º indicações tiradas da sede do quisto;

d) Processos que realizam a supressão da drenagem:

- 1.º redução do saco aberto sem resecção das paredes do quisto (Hamilton-Russel);
- 2.º redução do saco aberto depois da ampla resecção das paredes (Mabit);
- 3.º redução do saco suturado (Delbet): — redução depois de *capitonage*; redução livre no abdómen;
- 4.º fixação do saco à parede abdominal.

Operação: — Doente n.º 4014. P. C. M. Diagnóstico: quisto hidático do fígado. Redução livre no abdómen depois de extraída a vesícula mãe.

19 de Novembro (sexta feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 8.ª LIÇÃO

Discussão do doente n.º 2157. U. H. Diagnóstico: Flegmão urinoso de origem traumática.

Causas que favorecem a infecção peri-uretral: efracção, inflamação e destruição neoplásica.

Traumatismo eventual. Queda a *califourchon* — o nosso caso. O doente fez, com efeito, uma rutura extensa da uretra membranosa.

Falsos caminhos devidos a tentativas de cateterismo. Infiltração de urina. Retensão.

Flegmão difuso que intersepta os tecidos peri-uretrais da região membranosa e região peri-prostática até aos domínios peri-vesicais do baixo fundo.

Operação: — abertura ampla do foco; desbridamento de todas as

aufractuosidades. Drenagem com tubos de cautchouc. Sonda permanente colocada através do perineo.

Doente n.º 1122. P. C. H. Diagnóstico: pleurisia purulenta à esquerda.
Operação:—Thoracoplastia, processo d'Eslander.

20 de Novembro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 12.ª LIÇÃO

Doente n.º 2148. U. H. — Operado de gastro-enterostomia.

Discussão dos cuidados post-operatórios.

Doente n.º 2142. U. H. Diagnóstico: Periostite alvéolo-dentária seguida de osteite do maxilar inferior direito; trajectos fistulosos e esquirolas.

Doente n.º 2119. U. H. Diagnóstico: ferida incisa do joelho esquerdo interessando a articulação.

Doente n.º 1573. U. H. Diagnóstico: Fístula perineal.

Doente n.º 2129. U. H. Diagnóstico: Tuberculose renal?
Cateterismo do rim direito.

Doente n.º 2152. U. H. Diagnóstico: Tuberculose renal?
Cateterismo do rim direito.

21 de Novembro (domingo):

Visita às enfermarias. Exame de doentes de alta cirurgia urinária.

22 de Novembro (segunda feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 9.ª LIÇÃO

Apresentação de doentes da consulta externa.

Apertos da uretra, definição.

Variedades: apertos congénitos, inflamatórios (consecutivos à uretrite crónica), tramáticos e sifilíticos.

Apertos inflamatórios. Etiologia: uretrites crónicas de natureza gonocócica e de natureza não gonocócica. Tempo que leva a produzir-se o aperto; causas que favorecem o seu aparecimento. Vícios de conformação.

Anatomia patológica — séde e constituição do aperto. Grau: apertos largos e apertos estreitos. Estudo histológico do aperto.

Sintomas funcionais e sinais físicos. Modificações do jacto, polaquiuria, disuria, retensão, incontinença, perturbações da ejaculação.

Exame clínico do apertado: exploração da uretra. Exploradores olivares e filiformes.

Cateterismos difíceis: meios de os realizar. Exame endoscópico. Diagnóstico do aperto.

23 de Novembro (terça feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 13.ª LIÇÃO

Doente n.º 2158. U. H. Diagnóstico: hérnia inguinal bilateral.

Doente n.º 2120. U. H. Diagnóstico: doença de Banti.

É ou não o baço um órgão indispensável à vida?

Constituição anatómica do baço; noções fisiológicas modernas.

Funções leucopoiética, hematopoiética, eritropoiética, hemolítica e spodolítica.

O que nos diz o Laboratório?

Nos animais esplenectomizados o trabalho do baço é executado pela medula dos ossos, gânglios linfáticos, etc.

O que nos diz a clínica?

A esplenectomia é uma operação corrente, de indicações precisas e de efeitos brilhantes, nas lesões traumáticas extensas e em todos os casos de esplenomegalias do fôro cirúrgico.

Operação:—Doente n.º 2166. Q. P. U. H. Diagnóstico: Hérnia inguinal dupla.

Cura radical (processo de Bassini-Barker).

24 de Novembro (quarta feira):

Visita às enfermarias.

Operações:—Doente n.º 4033. P. C. M. Diagnóstico: carcinoma coloide da mama esquerda.

Amputação do seio (processo de Helstead).

Doente n.º 1136. Q. P. P. C. H. Diagnóstico: apendicite; abscesso ilíaco consecutivo; peritonite.

Laparotomia; abertura do foco e drenagem.

CLÍNICA CIRÚRGICA. O CURSO FALTOU

25 de Novembro (quinta feira):

Visita às enfermarias.

Operações:—Doente n.º 2166. Q. P. U. H. Diagnóstico: hérnia inguinal dupla.

Cura radical (processo de Bassini-Barker).

26 de Novembro (sexta feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 10.ª LIÇÃO

Apresentação de doentes da consulta externa.

Apertos de origem traumática.

Feridas da uretra por instrumentos cortantes, por armas de fogo, feridas contusas.

Ruturas da porção membranosa, ruturas bulbares. Ruturas incompletas e ruturas intersticiais.

Traumatismos da região peniana. Sintomas e evolução.

Tratamento dos apertos. Dilatação lenta e progressiva com instrumentos em goma (velas); com instrumentos metálicos (beniqués). Limites e acidentes durante a dilatação. Divulgação. Electrolise.

Uretrotomia interna: uretrotomos de Maisonneuve, de Albarran e de Legueu.

Uretrotomia externa. Resecção da uretra. Uretrorrafia. Uretróstomia.
Indicações dos diversos métodos de tratamento.

27 de Novembro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 14.ª LIÇÃO

Doente n.º 2120. U. H. (continuação) Diagnóstico: Doença de Banti. Existe assimetria torácica produzida por um volumoso tumor com sede no hipocôndrio esquerdo.

Localização do tumor: tratar-se há duma esplenomegalia?

Erros de localização em que a literatura médica é fértil: tumores do baço tomados por neoplasmas ou por processos inflamatórios, do rim, do mesentério, pancreas, vesícula biliar, estômago, fígado, útero, ovários, etc.

Classificação clínica das esplenopatias hipertróficas: esplenomegalias do fôro médico — baço cardíaco, amiloide, leucemia, etc.

Reflexo hepato-esplênico — esplenomegalias de origem hepática: cirrose hipertrófica de Hanot, cirrose biliar hipersplenomegálica de Gilbert, esplenomegalias meta-ictéricas, cirrose de Laennec, etc.

Esplenomegalias do fôro médico cirúrgico: — processos palúdicos, sífilíticos e tuberculosos.

Esplenomegalias do fôro exclusivamente cirúrgico: — abscesso, tumores sólidos (fibromas, encondromas, mixomas, lipomas, sarcomas, endoteliomas); tumores líquidos — baço poliquístico, quistos dermóides, serosos e serosanguíneos. Quistos hidáticos. Doença de Banti.

Indicações da esplenectomia.

Baço móvel; acidentes a que dá origem; torção do pedículo. A esplenoptose como causa de oclusão intestinal.

Operação: — Doente n.º 4022. P. C. M. Diagnóstico: Epulis sarcomatosa do bordo alveolar do maxilar inferior.

Excisão do tumor; curetagem seguida de cauterização. (Esta doente foi operada pelo Assistente Dr. Horácio Menano).

28 de Novembro (domingo):

Visita às enfermarias. Observação de doentes de alta cirúrgia.

29 de Novembro (segunda feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 11.ª LIÇÃO:

Apertos sífilíticos. Câncro duro da uretra. Lesões terciárias: úlceras e gomas do canal. Uretrite sífilítica.

Sintomas e diagnóstico. Tratamento geral e tratamento local.

A sífilis em cirurgia. Preparação dos doentes sífilíticos para intervenções cirúrgicas. Compostos mercuriais: fricções, injeções intramusculares e intravenosas. O arsénio associado ao mercúrio. Preparados de Erlich: 606 e 914. Billon. Método usado nesta clínica.

30 de Novembro (terça feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 15.ª LIÇÃO:

Doente n.º 2138. U. H. Diagnóstico: epitelioma do lábio inferior.

Tumores benignos do lábio de origem cutânea, de origem conectiva e de origem vascular. Quistos, linfangiomas, tumores mistos, aneurismas.

Tumores malignos do lábio: sarcoma (extremamente raro) e epitelioma.

Considerações gerais sobre a etiologia e patogenia do cancro do lábio inferior. Diagnóstico para os diversos neoplasmas da região, úlceras tuberculosas, úlceras sífilíticas e úlceras simples.

É ao tratamento cirúrgico que devemos recorrer. Emprêgo sistematicamente o processo de Clark-Stewart: extirpação larga da lesão local e bem assim dos gânglios e linfáticos superficiais do pescoço. Triangulação da face de Doyen.

Doente n.º 1118. P. C. H. Diagnóstico: flegmão profundo do membro inferior esquerdo interessando a coxa, a articulação do joelho e a perna. Septicemia.

Doente n.º 1161. U. H. Diagnóstico: flegmão da região poplitea esquerda.

Doente n.º 1091. P. C. H. Diagnóstico: úlcera varicosa da perna direita.

Doente n.º 4022. P. C. M. Diagnóstico: epulis sarcomatosa do bordo alveolar do maxilar inferior.

Operação: Doente n.º 2120. U. H. Diagnóstico: doença de Banti. Esplenectomia.

1 de Dezembro (quarta-feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operação: Doente n.º 1127. P. C. H. Diagnóstico: varizes do membro inferior esquerdo.

Safenectomia.

2 de Dezembro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 16.ª LIÇÃO:

Doente n.º 1096. P. C. H. Diagnóstico: ferida incisa da região frontal direita, produzida por instrumento corto-perfurante e interessando os tecidos moles.

Doente n.º 2171. U. H. Diagnóstico: ferida contusa da cabeça, com fractura do crâneo, interceptando apenas a táboa externa.

Topografia-crâneo cerebral. Pontos de reparo craneanos: nasal, bregma, inion, tuberculo retro-orbitário etc.

Pontos de reparo cerebrais: bordo inferior, scisura de Rolando e scisura de Sylvius.

Construção de Krönlein.

Método de Kocher.

Indicações e contra-indicações da trepanação.

Traumatismos: período imediato — há ou não sintomas cerebrais? Há simples contusão ou fractura? Esta é da abóbada ou da base? Há ou não

solução de continuidade do tegumento piloso? A ferida está infectada? Há corpos estranhos?

Só pomos o trepano de lado nas fracturas da base, e nos casos de simples contusão e de fractura da abóbada sem ferida e sem deslocamento ósseo, na ausência, é claro, de sintomas cerebrais.

No periodo tardio, quando existem fenómenos de meningo-encefalite, abcesso do cérebro, necrose do osso, epilepsia traumática, perturbações sensitivas, motrizes, mentais — é preciso trepanar sempre.

Doente n.º 1121. P. C. H. Diagnóstico: Flegmão do ante-braço consecutivo a uma ferida contusa por explosão.

Doente n.º 1119. P. C. H. Diagnóstico: osteomielite da tibia esquerda.

Operação: Doente n.º 1113. P. C. H. Diagnóstico: ectopia testicular à direita.

Orchidopexia.

3 de Dezembro (sexta feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 12.ª LIÇÃO:

Apresentação de doentes da consulta externa.

Complicações das uretrites.

Locais: prostatites, cistites, epididimites, cowperites, abcessos períuretrais, flegmões, piélites e piélonefrites.

A distância: endocardites, reumatismo, radiculites.

Prostatites: etiologia geral e patogenia: micróbio, vias de acesso, etc. Formas agudas, sub-agudas e crónicas. Método de exame, diagnóstico. A resolução do processo inflamatório agudo: balneoterapia, aplicações quentes com a cânula de Albarran ou de Yungano, etc.

Prostatites crónicas. Método de exame e evolução. Tratamento: massagem directa ou digital; indirecta ou uretral; electrização, etc.

Epididimites é orchites de natureza blenorragica. Tratamento: o gêlo e a compressão. Calmantes gerais e locais. Pomada mercurial, de colargol, etc. Repouso; Vacinas anti-gonocócicas nas afecções blenorragicas.

Operações: Doente n.º 2171. U. H. Diagnóstico: fractura do crâneo. Trepanação.

Doente n.º 1130. Q. P. P. C. H. Diagnóstico: Varicócelo.

Resecção do plexo varicoso e do escroto.

4 de Dezembro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 17.ª LIÇÃO:

Doente n.º 4001. P. C. M. Diagnóstico: sarcoma da coxa direita. Inoperável.

Neoplasmas das partes moles e neoplasmas do fémur.

Tumores benignos da região: lipoma (que pode atingir grandes dimensões), fibromas, quistos serosos, quistos hidáticos, exostoses, — umas osteogénicas, outras de origem muscular.

Tumores malignos: epiteliomas e sarcomas.

A doente em discussão tem um sarcoma muito volumoso.

Condições de operabilidade.

A malignidade do tumor depende da sua constituição histológica.

Limites do neoplasma, invasão a distância.

Esta doente tem 80 anos é inoperável.

Roentgenterapia. Curieterapia. Electrocoagulação. Fulguração. Intervenção sangrenta.

Valor e campo de acção dos diversos meios terapêuticos.

Doente n.º 843. P. C. M. Diagnóstico — Genu-valgum à esquerda.

Doente n.º 4027. P. C. M. Diagnóstico: cancro da região ileo-cecal.

Doente n.º 4012. P. C. M. Diagnóstico: osteoperiostite do maxilar inferior, de origem dentária. Goma sífilítica na região dorsal.

Operações: Doente n.º 2138. U. H. Diagnóstico: epitelioma do lábio inferior.

Processo de Clark-Stewart seguido da triangulação da face de Doyen.

5 de Dezembro (domingo):

Visita às enfermarias. Exame de doentes de alta cirurgia urinária.

Doente n.º 2173. U. H. Diagnóstico: ferida contusa do pulso direito interessando os flexores do dedo indicador, médio e anular.

Tenorrafia. (Cir. Prof. B. Barreto).

6 de Dezembro (segunda-feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 13.ª LIÇÃO:

Apresentação de doentes da consulta externa.

A) Cowperite aguda e crónica; catarral e supurada. Diagnóstico e tratamento. Patogenia dos diferentes tipos de infecção periuretral. Estudos bacteriológicos de Albarran, Hallé, Yungano, etc.

A) Abscesso urinoso ou periuretrite circunscrita. Forma aguda. Variedades segundo a sede: peniana, escrotal e perineal. Evolução: resolução, supuração. Tratamento: abertura ampla e drenagem com tubos de cautchouc.

Forma crónica — primitiva, secundária. Fístulas uretrais. Periuretrite esclerosa. Linfangite crónica, elephantiasis. Diagnóstico e tratamento.

B) Flegmão urinoso ou periuretrite difusa. Sintomas e diagnóstico. Intervenção de urgência: técnica e cuidados post-operatórios.

7 de Dezembro (terça-feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

8 de Dezembro (quarta-feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

9 de Dezembro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 19.^a LIÇÃO:

Doente n.º 1124. P. C. H. Diagnóstico: fractura do fémur direito pelo terço inferior. Fractura da clavícula esquerda pelo terço interno.

Na opinião de Lambotte, só a redução sangrenta seguida de osteosíntese permite obter uma reconstituição anatómica perfeita nas fracturas do fémur com deslocamento.

Partidários da intervenção sistemática.

Técnica geral da intervenção: incisão das partes moles; preparação dos topos ósseos; redução; fixação temporária; fixação definitiva; sutura clássica, parafusos, placa (prótese interna), tutores (prótese externa) cerclage, agrafes, pregos e cavilhas; sutura das partes moles; penso; tratamento consecutivo.

Análise e critica do método. Estatísticas.

Fracturas da clavícula. Variedades: extremidade interna, externa e porção central do osso.

Inspecção; radiografia.

Tratamento pelos aparelhos. Tratamento pela massagem. Tratamento pela posição (Couteaud). Tratamento sangrento osteosíntese.

10 de Dezembro (sexta feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 14.^a LIÇÃO:

Apresentação e discussão de doentes retencionistas.

O que é retenção? Definição. Causas que a provocam. Retenção completa. Retenção incompleta, resíduo.

Retenção aguda e crónica. Sinais funcionais. Polaquiuria e disuria. A poliuria e a polidipsia.

Retenção de causa inflamatória, congestiva, espasmódica e nervosa.

Retenção devida a aperto.

Retenção devida a traumatismo.

Retenção de causa mecânica.

Retenção nos prostáticos.

Reflexo da retenção sobre o aparelho urinário.

Reflexo da retenção sobre o estado geral do doente.

Estudo fisio-patológico.

11 de Dezembro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 20.^a LIÇÃO:

Doente n.º 913. P. C. H. Diagnóstico: Úlcera simples da perna direita implantada sobre tecido de cicatriz, resultante de uma queimadura antiga.

Doente n.º 1075. P. C. H. Diagnóstico: ferida contusa do pé esquerdo.

Doente n.º 2169. U. H. Diagnóstico: fibro-adenoma da parótida esquerda.

Doente n.º 985. P. C. H. Diagnóstico: ósteo-artrite tuberculosa do joelho direito.

Doente n.º 1087. P. C. H. Diagnóstico: osteomielite da tíbia direita.

Doente n.º 2005. P. C. H. Diagnóstico: adenite inguinal à esquerda.

Doente n.º 2162. U. H. Diagnóstico: quisto mucóide da região sub-lingual direita.

Doente n.º 1115. P. C. H. Diagnóstico: úlceras do pé esquerdo resultantes dum flegmão circunscrito.

Doente n.º 1128. P. C. H. Diagnóstico: fractura supra-condiliana do fémur esquerdo.

Doente n.º 1118. P. C. H. Diagnóstico: flegmão profundo e difuso do membro inferior esquerdo.

Doente n.º 1119. P. C. H. Diagnóstico: osteomielite da tíbia esquerda.

Doente n.º 1120. P. C. H. Diagnóstico: quisto seroso da região infra-hioidea.

12 de Dezembro (domingo):

Visita às enfermarias.

Operação: Doente n.º 1131. P. C. H. Diagnóstico: ferida incisa da região escapular direita; hemorragia.

Laqueação e susura com drenagem.

(Cir. Prof. B. Barreto).

13 de Dezembro (segunda feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias. Consulta externa. Exame de doentes de alta cirurgia urinária.

14 de Dezembro (terça feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — O CURSO FALTOU.

Operações: Doente n.º 2162. U. H. Diagnóstico: quisto mucóide da região sub-lingual direita.

Extirpação.

Doente n.º 1103. P. C. H. Diagnóstico: osteite do fémur direito.

Sequestrectomia.

(Cir. Prof. B. Barreto).

15 de Dezembro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

16 de Dezembro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias. Consulta externa. Exames cistoscópicos e cateterismos de ureteres.

17 de Dezembro (sexta feira).

CLÍNICA UROLÓGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operações: Doente n.º 2184. U. H. Diagnóstico: hidrocelo à direita.
Cura radical (inversão e resecção parcial da vaginal).

Doente n.º 2180. U. H. Diagnóstico: abcesso periuretral.

Incisão, desbridamento, drenagem.

18 de Dezembro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias. Consulta externa.

19 de Dezembro (domingo):

Visita às enfermarias. Exame de doentes de alta cirurgia.

20 de Dezembro (segunda feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias. Consulta externa.

21 de Dezembro (terça feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias.

Operação: Doente n.º 260. Q. P. M. Diagnóstico: Encondroma da parotida esquerda.

Extirpação do tumor.

22 de Dezembro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operações: Doente n.º 2115. U. H. Diagnóstico: abcesso periuretral.
Incisão, desbridamento e drenagem.

23 de Dezembro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias. Consulta externa. Exames cistoscópicos.

24 de Dezembro (sexta feira):

Começam as férias. Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operações: Doente n.º 2169. U. H. Diagnóstico: fibro-adenoma da parotida esquerda.

Parotidectomia parcial.

Doente n.º 1134. P. C. H. Diagnóstico: flegmão da região nadegueira; fistula perianal.

Abertura ampla, desbridamento e drenagem.

25 de Dezembro (sábado):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

26 de Dezembro (domingo):

Visita às enfermarias.

27 de Dezembro (segunda feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operações: Doente n.º 4028. P. C. M. Diagnóstico: fibro-sarcoma do grande lábio direito.

Enucleação.

(Cir. Prof. B. Barreto).

28 de Dezembro (terça feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operação: Doente n.º 4039. P. C. M. Diagnóstico: Angioma do dorso. Extirpação.

(Cir. Prof. B. Barreto).

29 de Dezembro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Exames cistoscópicos.

30 de Dezembro (quinta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

31 de Dezembro (sexta feira):

Operação. Doente n.º 4032. P. C. M. Diagnóstico: carcinoma do seio direito.

Amputação do seio: proc. de Helstead.

1 de Janeiro (sábado):

Visita às enfermarias.

2 de Janeiro (domingo):

Visita às enfermarias

3 de Janeiro (segunda feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

4 de Janeiro (terça feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operação: Doente n.º 2195. Q. P. U. H. Diagnóstico: hidrocelo.

Cura radical — resecção parcial e inversão da vaginal.

5 de Janeiro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

6 de Janeiro (quinta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operação: doente n.º 2140. U. H. Diagnóstico: fístula vesical hipogástrica. Libertação da parede da bexiga seguida da sutura em três planos.

7 de Janeiro (sexta feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operações: Doente n.º 2198. U. H. Diagnóstico: ferida do pescoço por arma de fogo (revólver).

Extracção da bala seguida de drenagem ampla.

Doente n.º 985. P. C. H.

Diagnóstico: osteíte do terço inferior do fémur direito.

Curetagem.

8 de Janeiro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — O CURSO FALTOU

Visita às enfermarias. Consulta externa.

9 de Janeiro (domingo):

Visita às enfermarias. Exame de doentes de alta cirurgia urinária.

10 de Janeiro (segunda feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 15.ª LIÇÃO

Apresentação de doentes com hipertrofia da próstata.

Método de exame. Valor dos pequenos sinais clínicos.

Estudo das perturbações funcionais no prostático: — perturbações de micção; alterações no alcance e grossura do jacto; fenómenos de polaquiúria e disúria.

Retensão aguda de urina; causas que a favorecem.

Determinação do resíduo — valor clínico deste número; reacção vesical; hipertrofia da parede muscular; distensão.

Retenção e incontinência; falsa incontinência. Estudo fisiopatológico deste fenómeno.

Reflexo geral do prostatismo. Perturbações digestivas, renais (poliúria), cachexia urinária.

Sinais físicos: determinação do calibre com o explorador olivar; comprimento da uretra; forma e dimensões do segmento prostático; capacidade vesical, sensibilidade e contratilidade; exame manométrico.

Exploração metálica.

Toque rectal; volume, consistência e limites; palpação e toque; mobilidade.

11 de Janeiro (terça feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 21.ª LIÇÃO

Doente n.º 192. U. M. Diagnóstico: fistula vesico-vaginal.

Fístulas vesico-vaginais e vesico-uterinas. Anatomia patológica cirúrgica. Causas que as determinam. Acidentes a que podem dar origem. Casos operáveis. Casos inoperáveis. Quando deve fazer-se a intervenção?

Preparação da doente. Métodos operatórios. Obliteração directa por via vaginal: processo do avivamento; processo do desdobramento; processo de Braquehay. Cuidados post-operatórios. Obliteração directa por via ischio-rectal. Obliteração indirecta. Colpocleisis; episiorrafia.

Fístulas vesico-uterinas justa cervicais: obliteração directa por avivamento só; ou avivamento com desdobramento; obliteração indirecta.

Fístulas intra-cervicais: obliteração directa por via vaginal; obliteração indirecta — histero-estomatocleisis. Obliteração por via transvesical. Obliteração por via transperitонеal (Ditel e Forgue). Obliteração por via transperitонеo-vesical (Legueu).

Operação: — Doente n.º 192. U. M. Diagnóstico: fistula vesico-vaginal. Cura pelo processo de Braquehay.

Doente n.º 2198. U. H. Diagnóstico: flegmão difuso do pescoço com enfisema subcutâneo ameaçando asfixia.

Tracheotomia de urgência.

12 de Janeiro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Exames cistoscópicos.

13 de Janeiro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 22.ª LIÇÃO

Doente n.º 2170. U. H. Diagnóstico: Estenose pilórica de origem cicatricial.

Úlcera gástrica e úlcera duodenal. Trabalhos de Baetjer e Friedenwald (Baltimore) no diagnóstico dos dois processos.

Importância do exame radiológico como meio semiótico: trabalho elaborado em face de 743 casos. Estudo da motricidade gástrica. Presença da depressão como elemento característico da suspensão das ondas peristálticas. Hipermotricidade de origem ulcerativa: esvasiamento rápido do estômago na úlcera duodenal; espasmo pilórico, lentidão da evacuação, resíduo na úlcera gástrica.

Biloculação do estômago.

Deformação permanente da ansa duodenal.

Como a marcha da úlcera é definida pelo exame radiológico.

Pelas dimensões da zona que não toma parte no peristaltismo poder-se-há distinguir o cancro da úlcera?

Operação: — Doente n.º 2178. U. H. Diagnóstico: estenose pilórica de origem cicatricial.

Gastro-enterostomia trans-mesocólica posterior (processo de Von Hacker).

14 de Janeiro (sexta feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 16.^a LIÇÃO

Apresentação de doentes com hipertrofia da próstata.

Estudo anatomo-patológico. Sua importância sob o ponto de vista semiológico e terapêutico. Exame macroscópico da próstata: aspecto, volume, forma e relações. Deformação dos lobos laterais. A próstata e a sua cápsula. Hipertrofia das glândulas sub-mucosas justa-cervicais: lobo médio e colo em barra. Modificações na conformação da uretra e na forma do glôbo vesical.

Exame microscópico: as hipertrofias glandulares, fibrosas e mixtas.

O exame cistoscópico no prostático. Deformação do colo vesical. Relações recíprocas do colo e dos ureteres. Imagens obtidas com o cistoscópio retrogrado.

Fenómenos que complicam a situação do prostático:

a) complicações asépticas — hematurias, falso caminho, degenerescência maligna do neoplasma;

b) complicações sépticas — uretrites, prostatites, abscesso da próstata, orcho-epididimites, cistites, cálculos secundários, uretero-piello-nefrites, infecção geral.

Operação: — Doente n.º 1123. P. C. H. Diagnóstico: ferida contusa da mão direita com perda de todos os dedos, por explosão de uma mina de pedreira.

Regularização do coto.

15 de Janeiro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 23.^a LIÇÃO

Operações: — Doente n.º 1065. P. C. H. Diagnóstico: anquilose do cotovelo direito devida a uma ferida contusa antiga (esmagamento da articulação).

Resecção do cotovelo.

16 de Janeiro (domingo).

Visita às enfermarias.

17 de Janeiro (segunda feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 17.^a LIÇÃO

Casos clínicos de hipertrofia da próstata.

Tratamento: Terapêutica paliativa — precauções higiênicas, medicamentos, massagem e cateterismo. A instrumentação própria para a sondagem vesical: sonda mole, sonda *à béquille*, condutores metálicos.

Cateterismo e toque rectal.

Indicações da sonda permanente.

Punção vesical. Cistostomia supra-púbica. Botoeira perineal. Electrolise. Processo de Bottini.

Terapêutica curativa: Prostatectomia perineal — operação hoje abandonada. Prostatectomia transvesical (Fuler). Técnica de Freyer e de Albarran. A enucleação intra-prostática do adenoma (Legueu) é a técnica que hoje adopto.

Anestesia: local rachi-novo-cocainização; geral pelo cloroformio.

Operação: — Doente n.º 2208. Q. P. U. H. Diagnóstico: oclusão intestinal. Este doente era portador de uma hérnia inguinal à direita que num dado momento se estrangulou. Sobre ela exerceu manobras de taxis tão violentas que conseguiu reduzir o saco com a ansa, convertendo assim o estrangulamento externo em estrangulamento interno.

Laparotomia lateral direita. Resecção duma extensa ansa de intestino delgado que se achava necrosada (enterectomia total). Fixação das ansas aferente e eferente à parede do abdómen (enteroproctia).

18 de Janeiro (terça feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 24.ª LIÇÃO

Doente n.º 2120. U. H. — operado de esplenectomia.

Seqüências da intervenção: desaparecimento da ascite; análise da urina; análise do sangue; restabelecimento da função aquosa e da fórmula histo-hemática.

Operações: — Doente n.º 967. P. C. H. Diagnóstico: anquilose do cotovêlo esquerdo, consecutiva a fracturas multiplas produzidas por arma de fogo.

Resecção do cotovêlo.

Doente n.º 1149. Q. P. P. C. H. Diagnóstico: hérnia inguinal esquerda. Adenite e periadenite tuberculosa da região inguinal esquerda.

Cura radical da hérnia. Esvaziamento ganglionar da região inguinal esquerda.

19 de Janeiro (quarta feira).

Visita às enfermarias. Consulta externa. Exames cistoscópicos.

20 de Janeiro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 25.ª LIÇÃO

Operações: — Doente n.º 4036. P. C. M. Diagnóstico: fractura da abóbada craniana.

Trepanação.

Doente n.º 1144. P. C. H. Diagnóstico: anquilose do cotovêlo direito consecutiva a luxação com fractura do condilo humeral.

Resecção do cotovêlo.

21 de Janeiro (sexta feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 18.ª LIÇÃO.

Doentes com hipertrofia da próstata.

Condições de operabilidade, meios de a determinar. Análise de urinas,

Provas corantes: azul de metilena, indigo-carmim, feno-sulfono-ftalaina.
Prova da fluoridzina. Poliuria experimental.

¿De que morrem os prostatectomizados?

Segundo as estatísticas: de schok, de hemorragia, de embolia, de bronco-pneumonia, de uremia, de complicações infecciosas. Mas a verdade é que a grande maioria morre de insuficiência renal.

Trabalhos de Widal e dos seus discípulos sôbre a apreciação do valor funcional do rim.

Debito ureico, concentração e azotemia. Constante uro-secretora.

São os três valores Ur, K e a curva da função aquosa, que nos dão os limites da operabilidade pelo que respeita ao rim.

Método seguido na preparação do prostático para a intervenção cirúrgica. Avaliação periódica dos diversos coeficientes. Interpretação dos números obtidos. Momento próprio para a operação.

Desde que nesta clínica se adopta tal técnica a mortalidade é zero na prostatectomia.

22 de Janeiro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 26.ª LIÇÃO.

Três casos de anquilose do cotovêlo operados de resecção nestes últimos dias: doentes n.º 1065. P. C. H., n.º 967. P. C. H. e n.º 1144. P. C. H. Anquiloses congénitas. Anquiloses adquiridas. Causas que as determinam: locais — traumatismos, imobilização prolongada, artrites; gerais — reumatismo, artritismo.

Indicações operatórias nas anquiloses do cotovêlo.

Casos clínicos. ¿Há integridade da pele? ¿Houve solução de continuidade que se acha cicatrizada actualmente? ¿Persiste um tracto fistuloso?

Conduta a seguir nas diversas hipóteses.

Estudo das lesões anatómicas.

Feridas articulares por armas de fogo. Utilidade da resecção primitiva (Leriche).

Técnica operatória. Princípios gerais que a orientam: resecção larga como objectivo de uma neo-artrose movel; resecção sub-perióstica para obtenção de uma neo-artrose sólida. Posição do membro, incisão mediana posterior, descolamento do retalho muscular externo, rutura da anquilose, secção do osso, suturas e penso (Mouchet e Gouverneur).

Cuidados post-operatórios. Resultados.

Operação: — Doente n.º 4039. P. C. M., Diagnóstico: fractura cominutiva dos dois ossos da perna direita com consolidação viciosa e osteíte. Regularização dos topos ósseos fracturados. Drenagem. Contensão em goteira metálica.

23 de Janeiro (domingo):

Visita às enfermarias.

24 de Janeiro (segunda feira): — Não houve aula: em sinal de luto pelo falecimento do Reitor Prof. Filomeno da Câmara.

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operação: — Doente n.º 2241. Q. P. U. H. Diagnóstico: papiloma vesical implantado sobre o orifício ureteral esquerdo.

Cistectomia parcial.

25 de Janeiro (terça feira). — Não houve aula.

Visita às enfermarias. Consulta externa.

26 de Janeiro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Exame de doentes de alta cirurgia urinária.

27 de Janeiro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 27.ª LIÇÃO.

Doente n.º 1153. P. C. H. Diagnóstico: hidrocelo à direita.

Vaginalites. Patogenia do processo: inflamações idiopáticas e deuteropáticas. A vaginalite traduz sempre uma alteração latente ou patente da glândula espermática. Vaginalites agudas: serosas, plásticas e purulentas. Vaginalites crónicas: serosas ou hidrocelo, paquívaginalite ou hematocele. Caracteres gerais do hidrocelo. Causas que o determinam: locais ou gerais, predisponentes ou ocasionais.

Alterações anatomopatológicas da vaginal, do testículo e epidídimo; aspecto do líquido. Forma e grandeza do tumor — esferoide, piriforme, etc. Fluctuação. Sinal patognomónico: translucidez, maneira de a pôr em evidência.

Fenómenos de compressão. Dor provocada; dor espontânea. Irradiações dolorosas.

Hidrocelo sintomático e hidrocelo adquirido.

Hidrocelo do adulto e hidrocelo da infância; hidrocelo congénito; anomalias do canal peritónio-vaginal.

Reductibilidade do líquido.

Ponta de hérnia. Ectopia testicular. Variedades do hidrocelo congénito: peritónio-vaginal, peritónio-funicular (Chassaignac), bi-locolar (Dupuytren).

Pachi-vaginalites; causas que as determinam; estrutura anatomopatológica que as caracterizam.

Tratamento do hidrocelo — é preferível o método sangrento: inversão da vaginal; resecção da vaginal; excisão parcial seguida de inversão da serosa restante.

Operação: — Doente n.º 1153. P. C. H. Diagnóstico: hidrocelo à direita.

Cura radical (resecção parcial e inversão da vaginal).

28 de Janeiro (Sexta-feira):

CLÍNICA UROLOGICA — 19.ª LIÇÃO.

Apresentação de prostáticos profundamente infectados.

A prostatectomia em dois tempos. Técnica: cistostomia, preparação do doente, libertação da parede vesical, prostatectomia.

Indicações do método: complicações urgentes (falsos caminhos e impossibilidade de cateterismo); acidentes locais; acidentes gerais (infecção e intoxicação).

A toxidez do adenoma prostático: experiências de Legueu e Gaillardot no Colégio de França.

Exame do sangue: estudos de Morel e Chatanier. A eosinofilia dos prostáticos. Significação das duas reacções biológicas.

Operação:—Doente n.º 145. Q. P. H. Diagnóstico: hérnia inguinal à direita.

Cura radical (proc. de Bassini-Barker).

29 de Janeiro (sabado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 28.ª LIÇÃO.

Doente n.º 1123. P. C. H. Diagnóstico: ferida contusa da mão direita (com perda total da mão) devida a explosão de uma mina de pedreira.

Doente n.º 1137. P. C. H. Diagnóstico: adeno-flegmão profundo da axilla esquerda, extenso, invadindo a região dorsal.

Doente n.º 1141. P. C. H. Diagnóstico: higroma pre-rotuliano.

Doente n.º 1138. P. C. H. Diagnóstico: abcesso quente da coxa direita.

Doente n.º 1120. P. C. H. Diagnóstico: quisto do pescoço, região tiroidea.

Doente n.º 1125 P. C. H. Diagnóstico: fractura do cubito esquerdo, com sede na união do terço inferior com o terço médio. Ferida contusa da cabeça na região parietal direita.

Operação:—Doente n.º 4043. P. C. M. Diagnóstico: tuberculose óssea. Osteite da tibia direita. Processo condensante.

Trepanação da câmara óssea e sequestrectomia.

30 de Janeiro (domingo):

Visitas às enfermarias. Exame de doentes de alta cirurgia urinária.

31 de Janeiro (segunda feira).—feriado, dia de grande gala.

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operação:—Doente n.º 4056. P. C. M. Diagnóstico: flegmão profundo da coxa esquerda.

Incisão, desbridamento, drenagem.

1 de Fevereiro (terça feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 29.ª LIÇÃO.

Doente n.º 3098. P. C. M. Diagnóstico: epitelioma do fígado.

Constatação dum tumor profundo no hipocôndrio direito.

Neoplasias hepáticas de natureza epitelial—adenoma e epitelioma.

Cancros primitivos: acinoso ou glandular, dos canais biliares intra-hepáticos. Cancros secundários. Epiteliomas melânicos.

Neoplasias conjuntivas: mixoma, lipoma, chondroma, angioma, fibroma e sarcoma.

Doente n.º 4024. P. C. M. Diagnóstico: cancro coloide da parede torácica à esquerda. Recidiva de cancro do seio operado há três anos e meio (método do Halstead).

Doente n.º 4042. P. C. M. Diagnóstico: adenofibroma do seio esquerdo.

Doente n.º 4041. P. C. M. Diagnóstico: sarcoma do véu e da abóbada palatina.

Neoplasmas desta região: Benignos — quistos, adenomas, lipomas, fibromas, miomas, chondromas, mixomas e angiomas. Malignos — epite-liomas e sarcomas. Tumores mixtos.

No caso em discussão existe um sarcoma inoperável.

Variedades de sarcoma da abóbada e véu: células redondas (Schrötter, Estlander Schellong); melânicos (Broeckaert); mixo-sarcomas (Gongue-nheim); fibro-chondro-sarcomas (Eisenmenger); angiosarcomas (Volkmann).

Determinação dos limites de operabilidade.

Os modernos processos de radioterapia no sarcoma e cancro.

Radioterapia profunda — seus resultados. Trabalhos de Seitz e Wietz. Métodos de dosagem das irradiações: eritemedosis, kastrationdosis, sar-comdosis, e karsiomdosis. Determinação da dose cancericida.

Curieterapia e Roentgenterapia combinadas.

Doente n.º 4031. P. C. M. Diagnóstico: tuberculose coxo-femural.

2 de Fevereiro (quarta feira):

Visitas às enfermarias. Consulta externa. Exames cistoscópicos.

3 de Fevereiro (quinta-feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operação: — Doente n.º 1141. P. C. H. Diagnóstico: sinovite tuber-culosa da bolsa serosa pre-rotuliana esquerda. Excisão da bolsa (Cir. Assistente H. Menano).

4 de Fevereiro (sexta feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — O CURSO FALTÔU.

Visitas às enfermarias. Consulta externa.

5 de Fevereiro (sabado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias. Consulta externa.

6 de Fevereiro (domingo):

Visita às enfermarias.

7 de Fevereiro (segunda feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

8 de Fevereiro (terça feira):

Visita às enfermarias.

Operação: — Doente n.º 3099. P. C. M. Diagnóstico: cicatriz viciosa por queimadura da região cervical com aderência do mento ao externo. Incisão dos tecidos cicatriciais. Autoplastia (método indiano).

9 de Fevereiro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operação: — Doente n.º 4045. P. C. M. Diagnóstico: hérnia inguinal à direita. Cura radical; sutura em um só plano.

10 de Fevereiro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operações: — Doente n.º 2216. U. H. Diagnóstico: tuberculose epidídimo-testicular à direita.

Castração com deferentectomia alta.

Doente n.º 193. U. M. Diagnóstico: fístula vesico-vaginal.

Obliteração por via vaginal (processo de Braquehay).

11 de Fevereiro (sexta feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operação: — Doente n.º 1159. P. C. H. Diagnóstico: osteíte da tíbia esquerda. Curetagem. (Cir. Assistente H. Menano).

12 de Fevereiro (sabado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operações: — Doente n.º 2224. Q. P. U. H. Diagnóstico: hipertrofia da prostata.

Prostatectomia transvesical.

13 de Fevereiro (domingo).

Visita às enfermarias.

Operação: — Doente n.º 2222. U. H. Diagnóstico: ferida incisa da mão direita interessando os tendões flexores do dedo mínimo.

Tenorrhafia. (Cir. Assistente M. Zamith).

14 de Fevereiro (segunda feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 20.^a LIÇÃO

Apresentação de doentes prostatectomizados.

Cuidados post-operatórios.

Cuidados locais. — 1.^o período, de hemostase: a mexa; 2.^o período, do aperto da ferida hipogástrica: tubos de Marion e de Legueu. 3.^o período de cicatrização da ferida hipogástrica: sonda permanente; 4.^o período, supressão da sonda; restabelecimento da função.

Cuidados gerais — visam o levantamento das forças do operado. Atenção aos aparelhos digestivo, pulmonar, urinário, cardiovascular, etc.

Incidentes diversos:

Locais: hemorragia secundária; a infecção da solução de continuidade abdominal; orquite; fistulização hipogástrica; incontidência; aperto.

Gerais: febre, nefrite, pielonefrite, infecção urinária, flebite, congestão pulmonar, broncopneumonia.

As energias físicas e intelectuais depois da prostatectomia.

Exame cistoscópico do doente n.^o 2204. U. H. Diagnóstico: papiloma implantado sobre o bordo do orifício ureteral esquerdo.

15 de Fevereiro (terça feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 30.^a LIÇÃO.

Doente n.^o 4049. P. C. M. Diagnóstico; pé boto-varus-equino-congénito. Pé boto congénito, pé boto paralítico.

Maneira de os distinguir:

a) Pelos comemorativos. b) Pela forma do pé. c) Pela resistência do pé boto congénito ao endireitamento. d) Pelo exame do sistema muscular da perna.

Tipos de pé boto: talus, equinus, varus e valgus.

Patogenia do pé boto congénito. Alterações esqueléticas e ligamentosas nas diversas variedades.

Pé boto accidental ou adquirido: por retracção cicatricial; por lesões articulares e ósseas; por contractura, retracção ou paralisia muscular.

Tratamento: manipulações diárias, intervenção sangrenta, endireitamento forçado.

É este último o método que empregamos correntemente. Técnica da correcção. Contenção do membro em boa attitude. Construção do aparelho gessado. Cuidados post-operatórios.

Doente n.^o 4021. P. C. M. Diagnóstico: fibromioma do útero.

Doente n.^o 4038. P. C. M. Diagnóstico: fractura simples oblíqua do terço inferior da tibia esquerda.

Doente n.^o 4144. P. C. M. Diagnóstico: anquilose do joelho esquerdo com edema generalizado à perna e pé do mesmo lado. Processo consecutivo a flegmão profundo e extenso.

Doente n.^o 4045. P. C. M. Diagnóstico: hérnia congénita à direita.