

ração com corpos destinados a enquistar-se; substâncias usadas. Obturação com productos destinados a serem reabsorvidos; indicação de alguns deles. Crítica e confrontos dêstes processos.

Técnica operatória de Von Mosetig Moorhof:

Asepsia da cavidade; excisão da cavidade pelo ar quente ou pelo ar frio; processos de improvisar aparelhos para êsse fim. Hemóstase da cavidade óssea. Composição da mistura iodoformada. Sua preparação. Sua aplicação. Reunião dos tecidos moles. Penso. Seqüências operatórias. Particularidades no seu emprêgo, no punho, no cotovêlo, na espádua, na articulação tibio-társica e no joelho. Indicações dêste método de terapêutica.

Conclusões.

Operação de curso: Cura radical duma hérnia inguinal.

Doente n.º 91. P. T. C. M.

6 e 8 de Julho:

70.^a e 71.^a LIÇÕES

Exclusão do intestino.

¿O que se entende por exclusão do intestino? Nela se pode compreender a exclusão de Salzer e a entero-anastomose de Maisonneuve.

A exclusão só deve ser considerada no seu significado fisiológico. Rigorosamente só a operação de Salzer merece o nome de exclusão.

Classificação de Wolfler: 1) Exclusão incompleta, entero-anastomose dos franceses, short-circuiting dos ingleses; 2) Exclusão completa: a) exclusão completa bilateral; b) exclusão completa unilateral.

Definição de H. Hartmann.

Exclusão unilateral: em que consiste: a) fechada; b) fistulizada; c) fixada à pele; d) implantada no intestino (exclusão unilateral com dupla implantação cólica de Monprofit).

Exclusão bilateral: em que consiste. Tipos: a) exclusão bilateral fechada; b) exclusão bilateral aberta.

Técnica da exclusão.

Séde da incisão: quando deve ser feita ao nível da região doente, quando deve ser feita a distância. Dificuldades de reconhecimento das ansas aferentes e aferente, maneira de as vencer.

Processos de secção do intestino.

Tratamento das extremidades do intestino não excluídos. Porque se não faz a entrorrafia término-terminal. Porque se prefere a entero-anastomose lateral. Reparos a esta intervenção. Enteroplastia e anastomose recorrente nas anastomoses feitas a uma grande distância das secções do intestino.

Tratamento das duas extremidades da ansa intestinal excluída: técnica usada em fechar a extremidade do intestino. Anastomose da ansa excluída ao nível da fossa ilíaca. Fistulização da extremidade distal: indicações para a fistulização da extremidade proximal, e para a fistulização das duas extremidades.

Sutura dos mesos. Perigo da ausência da sutura. «Capitonnage» de Labey.

Extensão possível da exclusão do intestino.

Operações de curso:

Operação: Ablação.

Diagnóstico: Fibrocondroma da abóbada palatina.

Doente n.º 79. P. T. C. H.

Operação: Extracção duma placa de Lane num caso de osteosíntese do fémur por fractura exposta.

Doente n.º 81. P. T. C. H.

Operação: Cura radical dum epiplocelo inguinal congénito esquerdo com aderências ao saco; Bassini-Barker e inversão da vaginal como cura radical dum hidrocelo esquerdo.

Doente n.º 967. T. O. H.

10 de Julho (sexta feira):

72.ª LIÇÃO

Tratamento da apendicite.

Considerações gerais. Profilaxia. Higiene e Regímen. Conselhos aos apendiculares depois duma ou de muitas crises agudas. ¿Expectação até uma segunda crise? É possível a necrose total do apêndice depois da primeira crise. ¿Quais as alterações patológicas mais freqüentes nestes casos? Opiniões de Israel e de Krause. Uma crise de apendicite, única que seja, impõe operação a frio (Beck de New-York). É preferível operar depois da primeira crise, se foi grave (Walther. Cong. cirurg. francesa).

Tratamento médico durante a crise aguda da apendicite:

1) Repouso no leito; 2) dieta absoluta; 3) gêlo no abdómen; 4) morfinação. Técnica dêste tratamento. Extracto do ópio, elixir paregórico e morfina. O uso da beladona. Injecções de sôro fisiológico e clister gôta a gôta.

Tratamento durante o arrefecimento do processo apendicular. Alimentação e sua intolerância. Duração da aplicação do gêlo: clister de azeite e óleo de rícinos.

Os purgantes no tratamento da apendicite aguda: depoimento de Lucas Championnière, de Sonnenburg e de Albert Robin. Conclusão: a terapêutica purgativa durante uma crise aguda é perigosa.

Diagnóstico: Estenose pilórica cicatricial.

Operação: Gastroenterostomia transmesocólica posterior (Von Hacker).

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 77. P. T. C. H.

13 de Julho (segunda feira):

73.ª LIÇÃO

Tratamento cirúrgico da apendicite aguda.

Intervenção precoce; como esta prática tem evolucinado desde Fitz (1886) até aos nossos dias. Como nasceu o princípio da intervenção operatória no comêço da crise e de preferência nas 48 primeiras horas. Objecções contra a apendicectomia precoce: êrros de diagnóstico: os mais freqüentes; os

doentes apresentam-se em geral ao cirurgião muito tarde; a transferência do doente para um centro cirúrgico. Dificuldades operatórias. Estatísticas: de Burgess (J. Cirurgia 912) de Schnitzler (J. Cirurgia 910); de Bar (J. Cirurgia 908) Schonwerth (Centralblatt 908), Sprengel (1906) Sonnenburg (1903); da Pitié (901 a 913), etc.

Indicações operatórias na apendicite aguda depois das 48 horas.

Período de arrefecimento (quatro semanas após a queda da temperatura). Razões que impõem este período; dificuldades para o cirurgião, mesmo que não exista empastamento abdominal; falta de correlação entre a extensão e gravidade das lesões e a sua aparência; atitude a tomar em diferentes hipóteses clínicas: como o termómetro, a hiperleucocitose, o pulso e o estado geral marcam o procedimento do cirurgião. Indicações de urgência: imobilização do diafragma, dissociação do pulso e temperatura apesar da ausência de vômitos e leucocitose progressivamente crescente.

Técnica da intervenção nas 48 primeiras horas; sem sintomas de peritonite aguda.

Ensino da posição do apêndice dado pela sintomatologia do doente. Tipos de incisões: verticais e transversais. Técnica.

Diagnóstico: mioma volumoso intersticial da face posterior do útero.

Operação: Histerectomia subtotal. Processo americano.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 309.

15 de Julho (quarta feira):

74.ª LIÇÃO

Intervenções a quente nas apendicites supuradas.

Séde da incisão: zona de flutuação, edema ou de renitência. Tipos de incisão: subcostais (abcessos sub-hepáticos primitivos) no triângulo de Petit (ap. lombares) incisão justa-iliaca; incisão mediana; incisão de Battle; incisão de Jalaguier; incisão de Fowler; incisão de Roux, Mac-Burney; incisão de Sonnenburg; incisão ileo-lombar de Edebohls.

A) Abcessos ilíacos: 1) Há pus nos planos profundos da parede: incisão, exploração simples e prudente do apêndice, seu tratamento; 2) o pus conserva-se enquistado sob a serosa parietal: incisão, drenagem. ; Convirá extirpar o apêndice imediatamente? ; Sofrerá o apêndice quando mergulhado numa supuração gangrenosa? ; Poderá ficar o apêndice infectado no ventre? 3) A incisão da parede leva-nos à cavidade peritoneal ocupada por um líquido «louche»: tamponar com gase e deixar aberto.

B) Tratamento dos grandes abcessos abdomino-pélvicos: via abdominal; intraperitoneal e subperitoneal; via baixa: rectal, vaginal, perineal e parasagrada. Técnica da incisão rectal. Cuidados preliminares; operação; drenagem. Tratamento post-operatório. Complicações da laparotomia rectal; retenção purulenta e hemorragias post-operatórias, lesões do uretere, da bexiga e das ansas intestinais.

Indicações da via abdominal: Inconvenientes e crítica da via rectal.

Diagnóstico: Hérnia umbilical; grande ascite e mioma volumoso aderente a todo o epiplon. Sclerosé ovárica.

Operação: Cura radical da hérnia. Histerectomia subtotal; processo americano.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 84. P. T. C. M.

17 de Julho (sexta feira):

75.ª LIÇÃO

Tratamento da apendicite a frio.

Incisão de Roux. Incisão de Mac-Burney (incisão ilíaca transfibro-intermuscular). Procedimento de Gosset: incisão cutânea, dissociação do grande oblíquo, dissociação do pequeno oblíquo e do transverso. Incisão de Max Schuller. Incisão de Jalaguier e sua crítica. Incisão de Chaput e justificação de Chaput das incisões transversais. Posição do operado. Descoberta do apêndice: a) cecum móvel e apêndice livre; b) cecum com meso relativamente longo mas o apêndice aderente aos seus lados ou atrás d'êle; c) cecum e apêndice ligados quer por uma fascia, quer por aderências à parede peritoneal ilíaca ou ileo-lombar. Técnica operatória; hemóstase do meso, laqueação do apêndice ao nível da base; invaginação do côto apendicular e peritonização do fundo do cecum em bolsa, com sutura em cruz de Pochhammer ou em diagonal de Sultan. Técnica de Chaput.

Tratamento das lesões do cecum coexistentes com a apendicite crónica.

Método restaurador (sutura de aderências, supressão, fixação e plicatura do cecum) método de derivação (entero-anastomoses) método radical (ressecções intestinais).

Tratamento da peritonite aguda generalizada de origem apendicular.

Modificação do estado geral: injeções sub-cutâneas de sôro fisiológico, de sôro adrenalinado (Haidenhain) nucleiato sódio, óleo canforado, sôro de cavalo, instilações rectais de sôro. Meios cirúrgicos; laparotomia e sua técnica. Anestesia: geral, local e raquidiana. Posição do operado. Incisão da parede. Extirpação do apêndice. «Toilete» do peritônio. Lavagens do peritônio; corrente contínua de oxigénio; injeção no peritônio de óleo canforado; injeção de éter. Drenagem; lugares de eleição; fins da drenagem. Prática de Rehn combinada com a de Fovler e de Murphy.

Cuidados post-operatórios: manter a tensão sanguínea e a diurese; meios mais usados. Restabelecer a circulação das fezes e processos de o conseguir. Indicações das lavagens do estômago. A gastrostomia aconselhada por Jaboulay; as punções múltiplas do intestino preconizadas por Noetzel. Supremacia da enterostomia. A apendicostomia de Kelly. A jejunostomia usada por Doyen e Vertermann. A lavagem total do intestino de Moncks.

Diagnóstico: Osteite das falanges do indicador da mão direita em atitude viciosa.

Operação: Desarticulação metacarpo-falangiana.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 966. T. O. H.

20 de Junho:

Diagnóstico: Fístulas peri-rectais completas.

Operação: Cura das fistulas; método da incisão.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 968. T. O. H.

27 de Junho:

Diagnóstico: Fractura antiga, não consolidada do terço inferior do fémur esquerdo com interposição de tecidos moles entre os dois tôpos.

Operação: Osteosíntese. Processo de Lane. Imobilização em aparelho engessado.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 1242.

Diagnóstico: Flegmão difuso inguino escrotal esquerdo. Hérnia inguinal esquerda.

Operação: Incisão; desbridamento; drenagem.

Anestesia: Anestesia geral com cloreto de etilo.

Doente n.º 974. T. O. H.

28 de Junho:

Diagnóstico: Osteomielite aguda hipertóxica do terço inferior do húmero esquerdo.

Operação: Ressecção sub-perióstica do terço inferior do húmero. Drenagem.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 977. T. O. H.

1 de Julho:

Diagnóstico: Osteomielite crónica recidivante do fémur esquerdo e do rádio direito.

Operação: Sequestrotomia. Esvaziamento.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 972. T. O. H.

5 de Julho:

Diagnóstico: Eventração post-operatória. Mioma subseroso encravado entre os folhetos do ligamento largo.

Operação: Cura da eventração pelo processo Maas-Maydl. Histerectomia subtotal.

7 de Julho:

Diagnóstico: Úlceras varicosas no membro inferior direito. Varizes na côxa.

Operação: Safenectomia interna.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 983. T. O. H.

8 de Julho:

Diagnóstico: Úlceras varicosas à esquerda. Varizes da safena interna.

Operação: Safenectomia interna.
 Anestesia: Clorofórmio Welcomme.
 Doente n.º 984. T. O. H.

11 de Julho:

Diagnóstico: Fractura transversal da clavícula esquerda.
 Operação: Osteosíntese, processo de Lane.
 Anestesia: Clorofórmio Welcomme.
 Doente n.º 986.

13 de Julho:

Diagnóstico: Mastoidite direita.
 Operação: Antrotomia.
 Anestesia: Clorofórmio Welcomme.
 Doente n.º 345. T. O. M.

15 de Julho.

Diagnóstico: Hidrocelo à direita.
 Operação: Cura radical; inversão da vaginal.
 Anestesia: Anestesia geral pelo cloreto de etilo.
 Doente n.º 987. T. O. H.

21 de Julho:

Diagnóstico: Pé boto equino.
 Operação: Alongamento do tendão de Achilles, processo de Bayer.
 Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

22 de Julho:

Diagnóstico: Dois carcinomas no seio esquerdo.
 Operação: Operação de Halsted.
 Anestesia: Clorofórmio Welcomme.
 Doente n.º 346. T. O. M.

25 de Julho:

Diagnóstico: Epiptoite tuberculosa.
 Operação: Laparotomia final, mediana, infra umbilical.
 Anestesia: Clorofórmio Welcomme.
 Doente n.º 344. T. O. M.

27 de Julho:

Diagnóstico: Metastases axilares numa doente operada do cancro do seio.
 Operação: Esvaziamento ganglionar axilar.
 Anestesia: Clorofórmio Welcomme.
 Doente n.º 347. T. O. M.

30 de Julho:

Diagnóstico: Osteomielite fistulizada do maxilar inferior, do húmero e da tibia esquerda.

Operação: Sequestrotomia do ramo horizontal do maxilar inferior e das tíbias direita e esquerda.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 4145. P. C. H.

2 de Agosto:

Diagnóstico: Osteomielite crónica do terço médio da tíbia direita.

Operação: Sequestrotomia. Esvaziamento.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 991. T. O. H.

6 de Agosto:

Diagnóstico: Hérnia umbilical. Quisto de ovário esquerdo, aderente ao recto e ao útero e desenvolvido entre os folhetos do ligamento largo esquerdo.

Operação: Cura da hérnia, ovariectomia.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 348. T. O. M.

11 de Agosto:

Diagnóstico: Apendicite crónica. Anexite bilateral crónica.

Operação: Apendicectomia. Histerectomia subtotal com ablação dos anexos.

Anestesia: Éter Schering's.

Doente n.º 337. T. O. M.

15 de Agosto:

Diagnóstico: Mastoidite esquerda.

Operação: Antrotomia.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 4067. P. C. M.

SUMÁRIO DAS LIÇÕES

DE

PATOLOGIA E TERAPÊUTICA CIRÚRGICA ESPECIAL

PROF. BISSAIA-BARRETO

ANO LECTIVO DE 920-921

19 de Outubro (terça feira):

1.ª LIÇÃO

Lesões traumáticas.

Classificação dos grandes processos mórbidos.

Classificação das lesões traumáticas.

Contusão.

Definição. Sua etiologia e mecanismo; agente traumático e resistência.

Anatomia patológica: classificação de Dupuytren. Caracteres da contusão do 1.º grau; sinais da contusão do 2.º grau; hematoma e bossa sanguínea; evolução do hematoma; hematócelos; derrames primitivos de serosidade e seu mecanismo; teorias de Morel-Lavallée, Grynfeld acerca da origem da serosidade. Contusões do 3.º grau e do 4.º grau.

Sintomatologia: Equimose imediata e tardia; sua importância para o diagnóstico das fracturas e em medicina legal; coloração das equimoses; sintomas das contusões de 2.º grau e sua evolução anatómica. Icterícia hemática. Caracteres das outras variedades de contusões.

Diagnóstico e suas dificuldades sobretudo nas contusões do 3.º e 4.º grau; necessidade duma perfeita exploração da região contundida.

Prognóstico.

Tratamento das contusões do 1.º e 2.º grau; compressão e esvaziamento; incisão e curetagem da bolsa do hematoma.

21 de Outubro (quinta feira):

2.ª LIÇÃO

Ferimentos.

Definição: foco traumático; classificação segundo os bordos da solução

de continuidade; classificação segundo a séde. Evolução anatómica dos ferimentos; reünião primitiva e reünião mediata.

Sintomas: locais: *a*) dôr; *b*) exsudato sanguíneo; *c*) afastamento dos bordos da solução de continuidade. Sintomas gerais: síncope, convulsões; sintomas a distância (equimoses, perturbações de sensibilidade e motilidade, gangrena, trombose, embolia, etc.).

Evolução clínica dos ferimentos.

Prognóstico.

Tratamento dos ferimentos em geral: asepsia e antiseptia; antisépticos mais freqüentemente empregados (ácido fénico, sublimado e outros compostos mercuriais, iodol, aristol, iodofórmio, iodo, água oxigenada, líquido Dakin e suas variantes de composição, etc.) suas vantagens, perigos e desvantagens. Técnica da desinfecção dum ferimento accidental e da região em tôrno.

Operação de curso: Safenectomia interna esquerda.

Diagnóstico: Varizes na côxa e na perna; úlcera varicosa.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 7. P. T. C. H.

23 de Outubro (sábado):

3.ª LIÇÃO

Ferimentos por instrumentos perfurantes.

Etiologia e mecanismo: caracteres dos ferimentos conforme o agente vulnerante.

Anatomia patológica: profundidade da solução de continuidade; orifício de entrada; caracteres das paredes e dos bordos do ferimento.

Sintomatologia: afastamento das paredes da solução de continuidade, dôr e suas particularidades, hemorragia.

Diagnóstico e suas dificuldades.

Tratamento e suas particularidades.

Ferimentos por instrumentos cortantes.

Etiologia e mecanismo.

Classificação anatomopatológica; caracteres de cada variedade.

Sintomas e sua evolução clínica.

Tratamento: desinfecção, hemóstase e reünião; pensos.

Feridas contusas.

Definição. Causas; mecanismo da sua formação; classificação. Caracteres das excoriações e das feridas contusas propriamente ditas. Evolução. Sintomatologia. Bases sobre que assenta o tratamento.

F. por arrancamento.

Definição. Circunstâncias que as determinam. Lesões da pele, dos músculos, dos vasos e nervos. Suas características. Tratamento.

Diagnóstico: Varizes do membro inferior esquerdo; úlcera varicosa extensa.

Operação de curso: Safenectomia interna à esquerda.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 8. P. T. C. H.

26 de Outubro (têrça feira):

4.ª LIÇÃO

F. por mordedura.
Das aves, dos carnívoros, dos ruminantes, dos solípedes e do homem. Caracteres gerais, evolução e tratamento dêstes ferimentos.

Feridas envenenadas.

Classificação. Mordeduras de víbora, vespa, abelha, escorpião e serpentes. Propriedades dos venenos segundo a classificação de Noc; poder hemolítico, coagulante, proteolítico, neurotóxico, citolítico. Modo de acção dos venenos e seus efeitos sôbre o fígado, rins e pulmões.

Sintomatologia. Prognóstico. Tratamento. Estudos de Calmette.

Feridas sépticas.

Picada anatómica. ; Como actua? ; A sua gravidade está em relação com o grau de decomposição do cadáver? ; Há imunidade nos «habitué» do teatro anatómico? Qual a sua patogenia. Acidentes locais; acidentes locais com propagação possível aos tecidos vizinhos. Sintomas gerais e fenómenos gerais sem reacção local apreciável. Tratamento.

Diagnóstico: Quisto congénito do pescoço.

Operação: Extirpação.

Anestesia local com soluto de atoxicocaina adrenalina.

Doente n.º 884. T. O. H.

Diagnóstico: Hidrócelo à direita.

Operação: Cura radical; ressecção da vaginal.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 890. T. O. H.

28 de Outubro (quinta feira):

5.ª LIÇÃO

Feridas por armas de fogo.

Definição.

Etiologia e mecanismo: principais agentes vulnerantes empregados na guerra e em tempo de paz. Fôrça viva do projectil; importância do pêso e velocidade; acção do projectil conforme a distância; zonas de acção.

Anatomia patológica: variedades anatómicas; caracteres dos orifícios de entrada e de saída; lesões dos tecidos atravessados.

; Qual o modo de acção dos projecteis? Teoria do aquecimento da projectil e da queimadura dos tecidos ao longo do trajecto da bala.

Teoria da pressão hidráulica (Kocher).

Teoria da explosão do ar arrastado pela bala (Melsein). Teoria da contusão, da dilaceração e da comoção dos tecidos (Chauvel). Ferimentos múltiplos; sua freqüência.

; Todas as feridas de guerra estão infectadas? Microbiologia das feridas de guerra. Conclusões de Carrel. Evolução do microbismo imediato. Evolução do microbismo latente e persistente. Diagnóstico e mutilações voluntárias. Prognóstico. Piocultura.

Tratamento das feridas de guerra.

Desinfecção imediata; penso individual; sua insuficiência; antisépticos empregados. Líquido de Dakin: Irrigação contínua e irrigação descontínua. Curvas microbianas, sua construção. Suturas secundárias dos ferimentos; momento em que deve ser feita; indicações fornecidas pelos sinais clínicos e pelo exame laboratorial. Outros processos de desinfecção: ar quente, oxigênio, etc. Soluções hipertónicas. Cloreto de magnésio (P. Delbet). Soro hipertónico de Wright. Desbridamentos destes ferimentos. Cuidados perante os tecidos lesados. Vacina antiséptica (Wright).

Diagnóstico: Ferida infectada, perfurante, por arma de fogo na face antero-externa do joelho direito com alojamento da bala na epífise da tibia. Artrite aguda.

Operação: Artrotomia do joelho. Desbridamento; drenagem; irrigação descontínua com soluto de Dakin; extracção do projectil.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 6. P. T. C. H.

30 de Outubro (sábado):

6.ª LIÇÃO

Lesões produzidas pelos agentes físicos e químicos.

Lesões produzidas pelo calor.

A) Acidentes gerais.

a) Calor dos gases; b) calor dos líquidos; c) insolação; mecanismo da morte por hipertermia (teorias muscular, sangüínea, nervosa e de intoxicação).

Tratamento da insolação.

B) Queimaduras; sua definição.

Etiologia; calor irradiante; queimaduras por contacto de sólidos, de líquidos e de vapores; queimaduras pelas chamas; incêndios e explosões.

Anatomia patológica e sintomatologia: Classificação de Fábrice de Hilden; classificação de Dupuytren, Rubor; factores que o determinam, caracteres. Phlyctena: em que consiste, sua formação; evolução e tratamento. Escarificação da derme; sua descrição; evolução anatómica e clínica. Escarificação profunda: côr, consistência e perturbações de sensibilidade dos tecidos atingidos, evolução e complicações destas lesões. Queimaduras do 5.º grau e queimaduras do 6.º grau (esfacelo total).

Fenómenos subjectivos locais: dôr: primitiva e tardia.

Fenómenos gerais: Febre.

Complicações: úlceras duodenais, sua forma, dimensões e patogenia; complicações infecciosas. Morte; morte precoce e morte tardia. Causas de morte: a) reflexo nervoso, choque, alterações de sangue; fenómenos de intoxicação.

Operação de curso: Operação de Whithead.

Diagnóstico: Tumores hemorroidários.

Doente n.º 294. T. O. M.

Diagnóstico: Hérnia inguinal à direita e ponta da hérnia à esquerda.

Operação de curso: Cura radical; Bassini-Backer à direita e Czerny à esquerda.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 889. T. O. H.

2 de Novembro (têrça feira):

7.ª LIÇÃO

Electricidade.

O raio.

Lesões exteriores e causas que as provocam; perturbações nervosas imediatas e afastadas; efeitos sôbre a respiração e circulação; a contracção muscular que o raio provoca e os seus efeitos sôbre os órgãos da digestão e das secreções; sintomatologia dos órgãos dos sentidos. Mortalidade; mecanismo da morte. Como exerce a electricidade uma acção inibitória sôbre os centros nervosos? Diferentes hipóteses.

Acidentes causados pela electricidade industrial.

Sua definição; condições, segundo Mally, que os podem determinar; importância da voltagem; resistência média do corpo humano; influência da humidade da pele; influência do ponto de aplicação do agente vulnerante. Séde habitual destas queimaduras; forma e aparência características; sinais macroscópicos. Porque não supuram e porque são indolores? Fisiologia patológica da corrente sôbre o organismo. Indicações terapêuticas de urgência.

Acção dos raios X sôbre os tecidos normais.

Acção sôbre a pele normal: Radiodermite: radiodermite operatórias e radiodermite profissionais; seus caracteres e variedades; eritema precoce ou pré reacção de Beclère e suas características; alopecia e suas formas; radiodermite ligeiras: 1) forma eritematosa e seus sinais; pigmentação difusa e condições que determinam o seu aparecimento; 2) forma flictenóide e sua descrição; radiodermite graves: a) forma ulcerosa; fenómenos subjectivos e objectivos que a acompanham; b) forma necrosante; circunstâncias em que se desenvolve e como evoluciona. Qualidades das cicatrizes das radiodermite, quer provenham da aplicação prolongada e antiga de irradiações, quer das úlceras produzidas pelos raios de Roëntgen.

Evolução das radiodermite: fragilidade das suas cicatrizes, possibilidade de se ulcerarem muito tardiamente; poderá observar-se uma transformação neoplásica nas antigas radiodermite dos operados? Radiodermite profissionais: seu comêço, séde, sintomas, evolução. Será o epitelioma o términus fatal destas radiodermite? Indicações sôbre a histologia patológica das radiodermite. Seu tratamento.

Acção das radiações de Roëntgen sôbre os tecidos glandulares:

Testículo: sua hipersensibilidade para os raios X; funções do testículo e séde de cada uma delas; evolução celular até ao espermatozóide e desigualdade de reacção nas diversas fases. Efeitos da irradiação massiça e das irradiações ligeiras. ; Maneira de provocar a esterilização?

Ovário: sua constituição; lesões provocadas sôbre os folículos; radiosensibilidade do óvulo; fraca acção sôbre a glândula intersticial do ovário. Conclusões de Lacassagne sôbre os períodos após a irradiação.

Glândula mamária: durante e fóra dos períodos de aleitamento.

Corpo tiróide: justificação do seu emprêgo na doença de Basedow.

Timus : trabalhos de Heinecke e de Rudberg

Cápsulas supra-renais.

Fígado.

Rins.

Diagnóstico : Papiloma ulcerada da ponta da língua.

Operação : Amputação em V da metade anterior.

Anestesia : Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 10. P. T. C. H.

4 de Novembro (quinta feira) :

8.ª LIÇÃO

Lesões produzidas pelo frio.

A) Acidentes gerais :

Defesa do organismo normal contra as conseqüências do abaixamento de temperatura ; factores que a enfraquecem.

Efeitos da acção prolongada do frio ; descripção dos exploradores das regiões polares : dificuldade na explicação dêsses fenómenos.

B) Acção local do frio :

Regiões onde mais se faz sentir a sua razão de ser. Causas predisponentes. Experiências de Richardson demonstrando o que se observa quando se aquece uma região regelada ; modificações dos tecidos conforme o abaixamento de temperatura (Cohnheim). Sintomatologia : caracteres das lesões do 1.º grau (frieiras) ; aspecto das lesões do 2.º grau ; características das lesões do 3.º grau, seu comêço e evolução. Complicações : perturbações tróficas, atrofia muscular, anestesia, hiperestesia e lesões de nevrite ascendente, síndrome sensitivo do tipo seringomiélico, etc. Prognóstico. Meios profiláticos. Terapêutica das frieiras ; cuidados especiais no reaquecimento do doente ; processo de tratamento das lesões profundas ; a aeroterapia na delimitação do esfacelo ; técnica de Kirmisson.

Condições a que tem de obedecer a operação (articulação ou desarticulação) regularizadora. Oportunidade da intervenção. A «hersage» dos nervos contra as dôres.

Diagnóstico : Hérnia inguino-escrotal congénita à direita.

Operação de curso : Cura radical ; Bassini-Barker.

Anestesia : Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 12. P. T. C. H.

Diagnóstico : Angioma ulcerado ; turgescente do couro cabeludo.

Operação : Excisão.

Anestesia local com soluto de atoxicocaina adrenalina.

Doente n.º 12. P. T. C. H.

6 de Novembro (sábado) :

9.ª LIÇÃO

Complicações não sépticas dos traumatismos.

1. Dôr.

Classificação de Verneuil; seus caracteres e patogenia.

2. Hemorragia. Divisão e variedades. Causas das hemorragias imediatas; hemofilia. Hemorragias precoces; suas determinantes; efeitos e conseqüências da facha de Esmarch; cuidado no transporte de feridos.

Patogenia das hemorragias tardias; acção dos fenómenos sépticos.

Sintomas gerais das grandes perdas de sangue; caracteres da anemia aguda e da anemia lenta. Causas da morte por hemorragia. Hemorragia a distância. Casos de Lejars e Morestin. Tratamento. Hemóstase e sua técnica; meios diversos: atitude do membro, compressão, emprêgo de substâncias químicas; vantagens dumas e perigos doutras. Tratamento geral: injecções massiças de sôro fisiológico. Vias de injecção e sua técnica. Modos de acção das injecções massiças nas hemorragias; trabalhos de Mourette.

3. Stupor local: condições que o determinam e sua natureza; hipótese de Stromeyer; opinião de Kocher e Busch; teorias de Richter, etc.

Sintomas e tratamento.

4. Febre traumática: sua significação; circunstâncias em que se encontra; sintomas e diferentes hipóteses na sua patogenia.

5. Delírio traumático.

Traumatismos que predispoem ao seu aparecimento; influência do meio; influência do estado geral; momento em que se instala; perturbações mentais que o acompanham; alterações de sensibilidade; evolução e prognóstico. Delírio traumático e «delirium tremens». Delírio traumático e delírio das intoxicações e das infecções.

Diagnóstico: Hérnia inguinal direita.

Operação de curso: Cura radical; Bassini-Barker.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 10. P. T. C. H.

9 de Novembro (têrça feira):

10.ª LIÇÃO

Complicações não sépticas dos traumatismos (Continuação).

6. «Delirium tremens».

Causas predisponentes e causas ocasionais. Sintomas psíquicos e sinais físicos do período prodrômico; descripção do acesso. Lesões anatomo-patológicas na autópsia. Diagnóstico diferencial com a uremia cerebral, mania aguda, meningite aguda, paralisia geral. Tratamento.

7. Síncope traumática.

Definição; suas causas e sintomas; fisiologia da síncope. A síncope nas anestésias gerais; síncope respiratória e síncope cardíaca; seu mecanismo fisiológico. Tratamento: técnica da respiração artificial, das tracções rítmicas da língua de Laborde, da electrização do frénico. Massagem do coração: via torácica e via abdominal; massagem subdiafragmática e transdiafragmática.

8. Choque nervoso traumático; sua definição e modificações dinâmicas do organismo que o caracterizam. Causas predisponentes: idade, estado mental. Causas determinantes: traumatismos dos centros nervosos, excitações dos nervos sensitivos, traumatismos abdominais, no testículo e sobre

a laringe. Sintomatologia; descrição de Roger e Bouchard. Forma depressiva e forma erétil. Casos ligeiros e casos graves. Evolução e complicações psíquicas a distância. Predispõe o choque à infecção? Fisiologia patológica do choque: teoria de Roger e sua prova. Tratamento; as intervenções cirúrgicas e o choque nervoso traumático.

9. Nevroses traumáticas: os traumatismos físicos, psíquicos e o estado nervoso do indivíduo na sua etiologia.

Manifestação local (paralisia flácida, contractura e artralgia) e geral do histero-traumatismo. Formas raras de histero-traumatismo (artralgia, mutismo, surdês, hemorragia, histéria traumática sem acidente local inicial).

Neurasténia traumática: estigmas cerebrais (cefálea, insónia, vertigens, estado mental); estigmas espinhais (raquialgia e asténia neuro-muscular); estigmas viscerais (asténia gastro-intestinal e perturbações das funções genitais). Histero-neurasténia traumática: hábito exterior, «facies», atitude, marcha, palavra, sintomas cerebrais e psíquicos; sintomas motores, sintomas sensitivos, perturbações sensoriais, sintomas viscerais, emmagrecimento. Formas clínicas. Diagnóstico com a simulação e doenças orgânicas. Prognóstico e a lei dos acidentes de trabalho.

3.º Diagnóstico: Epitelioma do tærço médio da perna esquerda.

Operação: Amputação da coxa pelo tærço inferior; método circular oblíquo.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 18. P. T. C. H.

13 de Novembro (sábado):

11.ª LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 15. P. T. C. M.

Varizes.

Varizes na coxa e perna esquerda; equezema varicoso na perna do doente n.º 17. P. T. C. H., com varizes no membro inferior e úlcera varicosa.

Definição. Séde. Sintomas no comêço das varizes superficiais e profundas. Comêço lento e comêço brusco. Sinais físicos no período de estado; cabeça de medusa; topografia e caracteres das varicosidades. Tensão. Contractilidade das veias. Asistolia das veias. Impulsão. Thrill Pulso venoso da safena. Sinal de Briquet. Sinal de Trendlenburg. Sinal de Schwartz. Rutura e insuficiência valvular.

Perturbações funcionais; flebalgia e sua explicação; impotência funcional; a marcha nos varicosos. Perturbações tróficas e vasomotoras. Evolução. Processos de diagnóstico. Prognóstico. Complicações: ruturas externas e intersticiais das veias varicosas; nevralgias; lesões cutâneas dos membros varicosos; úlcera varicosa, seus caracteres, aspecto, evolução e diagnóstico. Flebite varicosa e suas conseqüências. Estudo anatomo-patológico macroscópico; estudo microscópico; lesões das paredes venosas e sua classificação segundo Briquet.

Lesões concomitantes das artérias, dos nervos, da pele, dos músculos e

dos ossos. Divisão etiológica de Bennet: varizes congénitas, varizes causadas por um obstáculo à circulação sangüínea, varizes causadas por um esforço; varizes consecutivas a flebite e a trombose venosa. Causas que favorecem o seu desenvolvimento. Patogénia: teoria anatomo-patológica; teoria mecânica.

Operações: Safenectomia à esquerda com esvaziamento ganglionar da virilha no n.º 15 e safenectomia interna no n.º 17.

16 de Novembro (têrça feira):

12.ª LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 17. P. T. C. M.

Cancro do seio direito.

História clínica.

Evolução anatómica do cancro do seio.

Estudo clínico: palpação; caracteres; relações do tumor com a pele e com os tecidos retromamários. Técnica da exploração do seio.

Interpretação dos diferentes sinais clínicos.

Invasão local, invasão regional; generalização do cancro.

Operação de curso: Amputação total do seio e esvaziamento ganglionar da axila segundo a técnica de Halstead.

Anestesia: Clorofórmio.

Diagnóstico: Hérnia inguinal congénita à direita.

Operação: Cura radical; Bassini-Barker.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 16. P. T. C. H.

17 de Novembro (quarta feira):

13.ª LIÇÃO

Apresentação de doentes operados.

Tratamento do cancro da mama.

Tratamento operatório; condições de curabilidade do cancro.

Resultados e estatísticas operatórias.

Evolução por que passou a operação da cura do cancro da mama desde as simples amputações parciais até à técnica de Halsted (técnicas de Moore, Kirmisson, Verneuil, Volkmann, Jacobsen).

Bases sobre que assenta a técnica de Halsted.

Estatística de Depage e estatística de Walter.

A mortalidade diminui à medida que a operação se torna mais extensa; estatística de Handley.

A precocidade na operação aumenta o número de curas definitivas; estatísticas.

Recidivas: a) locais; b) ganglionares; c) viscerais (retroesternal e epi-

gástrica). Etiopatogenia das recidivas. Formas histológicas que mais as determinam (cancro agudo, encefalóide e cancro colóide).

Técnica operatória.

Cuidados preoperatórios. Incisão dos tegumentos segundo Depage, Handley, Tansini, Halsted, Brnus. Extirpação do tecido celular perimamário e das apenevroses, segundo diversos cirurgiões. Atitude perante os músculos: a extirpação do grande peitoral é inútil (Renault, Delbet, Championnière, Schwartz, etc.).

É necessária Borel, Walter, Handley, etc.

¿E os gânglios?

Indicações operatórias.

Contraindicações que derivam do estado geral, do estado local, dos gânglios e das metastases a distância.

Conclusões.

18 de Novembro (quinta feira):

14.ª LIÇÃO

Infecção (noções gerais).

Definição.

Agentes de infecção: 1) elementos vivos e elementos não vivos; 2) elementos figurados e elementos não figurados. Acção do factor terreno.

Meios de defesa do organismo; quimiotaxia positiva; mobilização de células fixas; marginação de leucócitos.

Luta das células. Luta de diástases. Imunidade.

Etiologia da infecção: infecção por elementos não vivos; infecção por produtos solúveis; infecções microbianas.

20 de Novembro (sábado):

15.ª LIÇÃO

Anatomia patológica e patogenia (Infecções).

Inflamação e fenómenos que a caracterizam: reacção dos tecidos; acção dos glóbulos vermelhos (Dominici); reacção dos elementos conjuntivos; os epitélios no decurso das inflamações. Meios e processos de defesa celular. Fenómenos vasculares; vaso-dilatação, marginação do glóbulo, diapedese, quimiotaxia positiva. Hiperleucocitose e seu valor em semeiologia. Hiperactividade dos órgãos. Diversos tipos de leucocitos.

Defeza pelos leucocitos: fagolise e fagocitose. Luta extraleucocitária e luta intraleucocitária. O exame de sangue nas diversas fases da luta. Significação da polinucleose e da mononucleose.

Luta das diástases: acção das toxinas microbianas, solúveis e insolúveis; acção defensiva das secreções leucocitárias (alexina de Büchner). Imunidade e seu mecanismo. Anticorpo, fixador e sensibilizador; sua formação e efeito.

Teoria das cadeias laterais de Ehrlich.

Agglutinação de Grüber.

Sintomatologia: a) reacções locais: sinais da inflamação e sua inter-

pretação; processos especiais de reacção dos diversos órgãos; b) reacções gerais: perturbações de temperatura. Hipertermia e febre; patogénia da febre; sua interpretação. Perturbações circulatórias; alterações do ritmo e da tensão do pulso; seu valor semeiológico. Perturbações respiratórias. Perturbações urinárias. Perturbações dos outros aparelhos.

Evolução das infecções: Infecções hiperagudas; infecções agudas e sua determinação. Infecções crónicas.

23 de Novembro (têrça feira):

16.ª LIÇÃO

Diagnóstico (Infecções).

Observação clínica: localização específica habitual de certos agentes; caracteres especiais das culturas naturais de certos microorganismos; elaboração de certos produtos microbianos; leitura dos gráficos de temperatura.

Meios laboratoriais: exame do sangue e seus ensinamentos. Sorodiagnóstico e causas prováveis de êrro; cuidados que devem presidir a êste trabalho. Exame directo dos agentes microbianos. Cultura massiça do sangue e sua técnica. Citodiagnóstico. Nem sempre basta o estudo da morfologia e das reacções corantes dos micróbios; necessidade por vezes das culturas.

Prognóstico: factores de que depende; meios sôbre que assenta o seu conhecimento.

Tratamento: Destruição «in situ» dos agentes infectantes; evacuação dos micróbios e meios de a conseguir. Drenagem. Aspiração contínua e aspiração intermitente. Quimioterapia e fisioterapia: método de Reclus; ar quente. Método de Bier. Meios de desintoxicação geral. Métodos imunizantes: vacinação; em que consiste; descoberta de Jenner e trabalhos de Pasteur sôbre os «métodos gerais da atenuação dos vírus», caracteres da imunidade adquirida pelas vacinas. Vacinação contra os micróbios e vacinação contra as toxinas. Soroterapia: princípios em que se baseia. Sinais da imunidade conferida. Citoterapia.

Diagnóstico: Epitelioma do sulco naso-geniano direito.

Operação: Ablação. Autoplastia pelo método francês; processo de Celse.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 18. P. T. C. M.

25 de Novembro (quinta feira):

17.ª LIÇÃO

Flegmões.

Definição. Etiologia. Não há um micróbio do flegmão. Agentes patogénicos mais freqüentes; valor da sua virulência; importância das associações microbianas. Experiências de Odo Budjwid. Meios de inoculação directa e indirecta dos agentes piogénicos.

Lesões anatomo-patológicas mais freqüentes: Sede dos flegmões; lesões macroscópicas e sua interpretação. Alterações microscópicas.

Evolução e terminação dos flegmões.

Classificação dos flegmões segundo a sua sintomatologia:

1) Flegmões agudos circunscritos; seus agentes habituais e sintomatologia; meios de diagnóstico e tratamento;

2) Flegmões difusos: A) Flegmões difusos propriamente ditos. Condições que favorecem o seu aparecimento. Sintomas locais e sinais de intoxicação geral. Evolução destes flegmões; mortificação de tecidos; eliminação de escaras. Reparação dos tecidos. Classificação segundo a sede e a marcha. Flegmão difuso profundo sub-aponevrótico e suas características. Flegmão difuso super-agudo. Flegmão difuso gangrenoso e sua descrição. Diagnóstico diferencial entre flegmão gangrenoso e erisipela gangrenosa. Flegmão difuso profundo e inflamação difusa dos órgãos profundos. Prognóstico e razões de gravidade dos flegmões.

Tratamento; sua urgência. Insuficiência do método de Dobson. Bisturi e termocautério. Vantagens das incisões múltiplas. Suas dimensões e sentido. Pensos. Tratamento geral. Operações mutilantes.

Diagnóstico: Tumores hemorroidários.

Operação de Whithead.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 19. P. T. C. H.

27 de Novembro (sábado):

18.ª LIÇÃO

Flegmões (continuação).

B) Flegmão difuso gasoso.

Caracteres do vibrião séptico. Desaparecimento da teoria unicista das gangrenas gasosas. Outros micoorganismos que as provocam: aeróbios e anaeróbios. Produção dos gases. Influência das associações bacterianas. Condições que favorecem o seu aparecimento: desvitalização duma zona muscular; falta de oxigénio no sangue, falta de oxigénio do exterior. Influência da má irrigação. A gangrena gasosa como complicação precoce das feridas de guerra.

Sinais iniciais: dôr, odor e tensão. Significação do tumor, côm e emfisema. Sinais gerais: pulso, temperatura e dispnêa «sine materia».

Formas clínicas: ferimento gangrenoso, flegmão gangrenoso, gangrena massiça segmentar e gangrena muito invasora. Formas segmentares, formas totais, formas profundas e formas superficiais ou erisipela bronzeada e formas malignas.

Diagnóstico: gangrena gasosa e gangrena por necrobiose. Emfisemas traumáticos e causas que podem determinar a difusão de gases na espessura dos tecidos.

Prognóstico. Sinais que o tornam mais sombrio: prognóstico segundo a forma clínica da gangrena. Tratamento: terapêutica preventiva; desbridamentos extensos e extracção de corpos extranhos; hemóstase. Desinfecção artificial por processos físicos e químicos: ar quente (Quénu), soluto de hipoclorito neutro de Dakin, soluções cloretadas sódicas de Wright, solução terebentinada fraca. Pensos freqüentes e auto-drenagem permanente. Isolamento de doentes. ¿É contagiosa a gangrena gasosa?

Tratamento da gangrena confirmada: grandes desbridamentos de Morestin. Ignipunctura de Michaux na erisipela bronzeada. A amputação como «ultima ratio»; condições dessa intervenção. Cuidados post-operatórios. Terapêutica geral contra a intoxicação. Os antisépticos como auxiliares no tratamento; importância da oxigenação da ferida pelo método de Thiriar; acção das injecções intersticiais de oxigénio; o uso de largas compressas embebidas de éter; o emprêgo do arsenobenzol e do galyl; as injecções e lavagens de cloridrato quinino a 1,25 %₁₀₀ (Kenneth Taylor); a mistura formulada de Morestin; as auto-vacinas de Wright.

III. Flegmões crónicos e lenhosos.

Agentes que os provocam; sintomas que as caracterizam; evolução possível; dificuldades e confusões de diagnóstico. Tratamento.

30 de Novembro (têrça feira):

19.ª LIÇÃO

Septicémia.

Etiologia.

Portas de entrada: cutânea, digestiva, respiratória e genito-urinária.

¿Porque se dá a invasão septicémica?

Natureza do micróbio: frequência das septicemias conforme os germens; não há micróbio, mesmo os anaeróbios, que não possam viver no sangue. Qualidade do micróbio. Microbismo latente. Agressividade e agressinas. Reinfecção e super-infecção.

Quantidade de micróbios.

Terreno, condições que favorecem o aparecimento dum estado septicémico.

¿Como penetram os micróbios no sangue?

a) Via linfática; b) via sanguínea directa.

Anatomia patológica.

Micróbios no sangue: toxemias; bacteriemias.

Localizações habituais e sua razão de ser. Modos de reacção: a) hemorragias; b) supurações. Mecanismo das hemorragias e sua localização. Supuração. Pioemias; não há diferença entre septicémias e pioemias.

Septicémias: a) super-aguda; b) aguda; c) atenuada; d) crónica.

Diagnóstico: Luxação exposta da cabeça do rádio.

Operação: Reducção da luxação: drenagem. Imobilização.

Doente n.º 25. P. T. C. H.

2 de Dezembro (quinta feira):

20.ª LIÇÃO

Abcessos.

Definição. Etiologia; condições da produção do pus; não há micróbios habitualmente piogénicos. Consequências das associações microbianas. Experiências de Trombetta: efeitos da virulência e do número de micróbios; experiências de Watson Chleyne. Terreno e sua resistência.

Anatomia patológica: séde do abcesso e séde da inoculação; reacção dos tecidos; formação do abcesso; seu conteúdo; composição do pus. Pus

amicrobiano e seu valor semeológico. Paredes do abcesso; sua constituição. Evolução dos abcessos. Abcessos crônicos e abcessos agudos.

Sintomas que precedem o aparecimento do abcesso. Caracteres dos abcessos. Flutuação: maneira de a determinar. Causas de êrro. Pseudo-flutuação. Abcessos superficiais, profundos e em ampulheta. Gewebslucke de Koenig. Sinais locais, a distância e gerais dos abcessos quentes. Sinais próprios dos abcessos frios.

Evolução dos abcessos quentes; abertura espontânea; auto-esterilização; reabsorção. Fistulização e reabsorção dos abcessos frios.

Diagnóstico dos abcessos; casos em que êle se impõe. Confusão com tumores pseudo-flutuantes. A punção exploradora e os seus ensinamentos. Sua técnica; a hiperleucocitose polinuclear como meio de semeiologia. O exame bacteriológico do pus, os métodos de cultura e de inoculação na descoberta do agente microbiano.

Apresentação dum doente com um volumoso abcesso ossifluente relacionado com um processo de coxalgia esquerda.

Diagnóstico: Quisto seroso do canal de Nuck.

Operação: Extirpação.

Anestesia local sol. atoxicocaina adrenalina.

Doente n.º 21. P. T. C. M.

4 de Dezembro (sábado):

21.ª LIÇÃO

Abcessos (continuação).

Prognóstico: factores a considerar; perigos da fistulização dos abcessos tuberculosos. Significação do abcesso e dos abcessos múltiplos.

Tratamento dos abcessos agudos. Necessidade duma incisão precoce; vantagens dos cuidados de antisepsia. A anestesia de Reclus no tratamento dos abcessos agudos. Qualidades das incisões; toilette das cavidades. Importância da drenagem e meios de a conseguir. Pensos sêcos e pensos húmidos. Técnica duns e doutros. ¿Asepsia ou antisepsia? Supressão dos drenos e conseqüências da sua permanência exagerada. «Ubi pus ibi evacua»; excepções. Tratamento dos abcessos crônicos.

7 de Dezembro (têrça feira):

22.ª LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 23 com estenose médio-gástrica, estenose pilórica total e perigastrite.

Causas da estenose médio-gástrica: caracteres da úlcera da pequena curvatura; valor da radiologia. Como a úlcera da pequena curvatura pode provocar esta estenose. ¿Pode uma ulceração a distância produzir estenose mediogástrica? Mecanismo da sua producção pelo cancro. Sua fréqüência; estatística de Mazzoleni. Diagnóstico diferencial entre uma lesão cancerosa e uma lesão ulcerosa. A sífilis como causa de estenose; dificuldades por vezes no seu reconhecimento.

Caracteres macroscópicos do estômago com estenose mediana; caracteres das bolsas e do anel cicatricial; lesões das paredes!

Sintomatologia: antecedentes gástricos, fenómenos dolorosos, vômitos, estado geral; sinais físicos; lavagem do estômago; sua insuflação; síndrome de Bouveret; radiodiagnóstico e sua técnica.

Diagnóstico diferencial entre biloculação gástrica por ptose, espasmo ou compressão; biloculação por estenose mediogástrica; importância dos raios X. Reconhecimento dum estenose pilórica ou duodenal coexistindo com a estenose mediogástrica. A prova da beladona e da atropina na destringência dum estenose dum espasmo.

Tratamento cirúrgico: a gastrolise, a gastroplastia, a gastro-anastomose de Keew ou gastro-gastrostomia; a gastro-enterostomia; tipos de gastro-jejunostomia; diferentes processos de fixação da ansa jejunal.

A gastro-enterostomia com jejuno-jejunostomia. A piloro gastrectomia (Pauchet) e sua técnica; defeza de Pauchet. Onde se faz a anastomose? Gastrectomia anular mediogástrica. Técnica de Groullioud de hemi-gastrectomia com gastro-enterostomia transmesocólica; resultados recentes; últimas estatísticas.

Operação de curso: Gastro-enterostomia transmesocólica posterior com anastomose à bolsa superior. Gastrolise.

9 de Dezembro (quinta feira):

23.ª LIÇÃO

Indicações operatórias dos apertos não neoplásicos do piloro.

Como se diagnosticam; passado gástrico, perturbações dispépticas, síndrome pilórico de Hartmann, etc. Dificuldades no diagnóstico de estenose. Valor da dilatação do estômago; significação da «clapotage» em jejum; ensinamentos do cateterismo em jejum. Tipos de estenose segundo Hayem. Forma de Terrier e Hartmann: a perda de peso num doente com estase constitue uma indicação operatória. A gastro-sucorrea e hiperclorídria, só impõem operação quando associadas ao síndrome pilórico medicamente incurável. Que operação? a) dilatação e piloroplastia; b) drenagem do conteúdo gástrico para o intestino; c) pilorectomia. Divulsão digital de Loreta não se usa e porque motivo. Insucesso da dilatação de Hahn. Porque não dá resultados práticos a piloroplastia de Heinecke-Mickulicz. Estatísticas de Terrier e Hartmann, estatística de Mayo-Robson. Indicações da piloroplastia submucosa. O emprêgo da pilorectomia de Rydygier; sua defeza por Soupault. Porque motivo é a gastro-enterostomia a operação de escolha no tratamento da estenose pilórica de natureza não neoplásica. Estatísticas de Hartmann, Mattoli, Mayo, Carle e Fantino, Monprofit, etc. Efeitos da gastro-jejunostomia e modificações no estado funcional e químico do estômago. Conclusões de Katzenstein sobre a utilidade do refluxo da bilis para o estômago nos gastro-enterostomizados. Modificações nos hiperpéticos e hipopéticos de Demechau. Não sofrerá a secreção pancreática com o desvio na g. e. do suco gástrico?

Diagnóstico: Ferida perfurante no hipocondro esquerdo. Hérnia traumática do intestino e epíplon através da solução de continuidade; peritonite.

Operação: Desbridamento; ressecção do epiplon; redução da ansa intestinal; drenagem abdominal.

Anestesia: Éter Schering's.

Doente n.º 23. P. T. C. H.

11 de Dezembro (sábado):

24.ª LIÇÃO

Complicações da gastro-enterostomia; sua profilaxia e tratamento.

Divisão de Mercadé: 1) complicações comuns às intervenções abdominais (schok, infecção, embolia, dilatação aguda do estômago); 2) complicações devidas a faltas operatórias (hemorragia, peritonite, gangrena do intestino, eventração); 3) próprias da gastro-enterostomia:

A) Refluxo, regurgitações e «circulus viciosus»; permanência e vantagem do refluxo nos primeiros dias (Schüller e Billoth); aparecimento depois do sétimo dia; seus caracteres e definição do «circulus viciosus»; causas que o podem determinar: ; implantação antiperistáltica? ; implantação anterior? ; obstáculo mecânico? ; fixação insuficiente da ansa jejunal e cotovêlo da ansa aferente ou eferente? ; meso curto repuxando a ansa e encurvando-a? ; compressão do ramo eferente pelo colon transversal ou por outra causa? Cuidados segundo Mayo Robson para o seu tratamento; posição do doente; lavagens do estômago; alimentação rectal; administração de doses pequenas de calomelanos. Conselhos de J. Deaver e de Maucclairé. O entero-anastomose de Braun; a gastro-enterostomia em γ .

B) Oclusão intestinal. Como distingui-la nos primeiros dias da peritonite e do «circulus viciosus». ; Quais as causas da sua produção? 1) espasmo, paralisia intestinal, volvo, bridas peritoniais, bridas antigas, perigastrite, etc.; 2) oclusão pelo botão de Murphy; sua raridade e causas que favorecem o seu aparecimento. Oclusão por compressão feita pelo colon na g. e. de Wölfler. Causas que a provocam na g. e. transmesocólica de Von Hacker.

Recomendação de Mercadé antes de se recorrer à intervenção cirúrgica;

C) Úlcera péptica do jejuno (Braun). Sua freqüência; época de aparecimento; séde; patogénia e factores que condicionam o seu aparecimento; diagnóstico e tratamento; maneiras de se evitar: g. e. posterior com ansa curta, alcalinizar os doentes no período post-operatório. ; Em que casos é permitida a operação de novo?

D) Apêrto da bôca anastomótica. Causas e condições em que se dá; sua explicação; êrros de técnica; maneira de os evitar; tratamento do apêrto;

E) Síndroma dispéptico secundário à gastro-enterostomia de Denechau; de que consta; a que é devido; como se diagnostica; como se evita e como se trata;

F) Perturbações intestinais: causas da diarreia nos operados por lesões benignas e nos cancerosos; como se combate;

G) Hemorragias e causas: da operação; da úlcera; da nova úlcera; graves; precoces; tardias;

H) Edemas post-operatórios: passagem dum regímen descloretado para um regímen hipercloretado: edemas renais; edemas cardíacos.

Diagnóstico: Ferida incisa no ombro direito. Hemorragia grave. Anemia aguda.

Operação: Laqueações. Drenagem.

Anestesia geral com cloreto de etilo.

Doente n.º 1131. P. C. H.

14 de Dezembro (têrça feira):

25.ª LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 2183. U. H.: tétano agudo.

Tétano.

Definição. Caracteres e propriedades do bacilo de Nicolaer; meios de cultura. Habitat na terra, na água e nos vegetais; passagem do bacilo através do aparelho digestivo de certos animais. Condições indispensáveis para a produção de tétanos; portas de entrada do bacilo. Condições que favorecem a acção do bacilo de Nicolaer introduzido no organismo: associações microbianas, certas condições térmicas, certas condições clínicas, etc. O sexo, a idade, as profissões, o clima, a raça e a infecção tetânica.

Fenómenos anátomo-patológicos quando o bacilo é fagocitado e quando não é fagocitado. Localização da toxina tetânica. Experiências de Marie e Morax. Lesões observadas nas autópsias. Fenómenos prodrómicos; sintomas de comêço no tétano agudo. Período de estado: perturbações motoras; atitudes especiais do tetânico: opistótonos, emprostótonos, pleurostótonos, ortótonos, contracturas contínuas e em crises paroxísticas. Sua localização à musculatura dos aparelhos digestivo, respiratório e urinário. Paralisia nos tetânicos. Perturbações sensitivas: hiperestesia geral e hipersensibilidade dos órgãos dos sentidos. Perturbações reflexas. Estado psíquico. Modificações do estado geral: febre e aceleração do pulso; sangue; líquido céfalo-raquídeo e sua composição; sua importância no diagnóstico diferencial com as meningites. Perturbações urinárias. Terminação: extensão das contracturas aos músculos da respiração. A morte súbita nos tetânicos. Recaída e recidiva. Complicações intercurrentes. Formas de tétanos: super-agudo, agudo e crónico. Tétano local:

1) Tétano cefálico, tétano paralítico de Rose, seus sintomas, evolução e diagnóstico. Teorias diversas sobre a sua patogénia;

2) Tétano das paredes abdominais: casos de Montais, de Schwartz e Moulonguet;

3) Tétano parcial dos membros: forma monoplégica e forma paraplégica; importância da hiperexcitabilidade excessiva dos músculos e dos nervos às correntes farádica e galvânica e do exagêro dos reflexos tendinosos para o diagnóstico do tétano. Sua evolução e terminação.

Diagnóstico do tétano parcial dos membros: Tetânia e tétano local. Tetano local e contracturas ou pseudo-contracturas consecutivas a lesões dos ossos, das articulações, dos músculos e dos tendões. Tétanos e histeria; sua destrinça, processos de Babinski e Froment. Tétano e contracturas de origem central por lesão meníngea, cerebral ou medular. Tétano e contracturas por lesões dos nervos.

Patogénia do tétano local. Analogia entre o tétano parcial humano e o tétano experimental de certos animais. Influência no seu aparecimento da introdução duma dose mínima de toxina e da existência duma imunidade relativa, natural ou adquirida. Como explicar a acção da injeccção preventiva do sôro antitetânico.

Outras formas clínicas: 1) tétano generalizado crónico e tétano fruste; 2) tétano de predomínio local; tétano local secundariamente generalizado.

Diagnóstico: Flegmão difuso da côxa esquerda.

Operação: Desbridamentos múltiplos; drenagem.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 1118. P. C. H.

16 de Dezembro (quinta feira):

26.ª LIÇÃO

Profilaxia e tratamento do tétano.

Tratamento local do ferimento: extracção dos corpos estranhos; antiseptia local. Acção da tintura iodo, água oxigenada, etc., sôbre os bacilos e sôbre os outros micróbios. Acção do pó obtido pela exsiccção do sôro. Portadores de bacilos. Porque não há já hoje epidemias de tétano. Meios que parecem provocar o aparecimento do tétano latente.

Soroterapia antitetânica preventiva: 1) o sôro antitetânico em geral não é nocivo: a) acidentes possíveis, consecutivos a uma primeira injeccção: erupção, sua séde, caracteres e meios de destrinça; dôres; febre e seu tipo. Duração da doença do sôro, casos mortais e teoria de Marfan; b) acidentes devido às injeccções: α) acidentes tardios; β) acidentes imediatos locais e gerais. Sua explicação: estado anafilático. Meios de prevenir os acidentes séricos: o uso de cloreto de cálcio e da adrenalina; método anti-anafilático de Besredka;

2) O sôro antitetânico é de efeitos preventivos eficazes: demonstram-no a prática veterinária, e medicina humana, estatísticas americanas, e as guerras coloniais.

Regras de seroterapia preventiva: ¿A quem se deve injectar o sôro? ¿Quando deverá ser feita a injeccção? ¿Quanto se deve injectar? Sôro francês e sôro americano.

Tratamento da ferida tetanígena: destruição das anfractuosidades, eliminação de corpos estranhos, drenagem e antiseptia local pelas insuflações de oxigénio, ar quente, ar frio, pelo emprêgo de água oxigenada e oxidantes e pelos banhos de luz. Indicações da amputação do membro.

Medicação sedante. Isolamento: clorofórmio (Walther); éter (método de Noel e Souttar); brometo de potássio, beladona, opiáceos, etc.; balneoterapia; cloral; modos de administração e doses. Tratamento pelas injeccções intra-raquidianas de sulfato de magnésio (Blacke 1906). Influência da magnésia sôbre a temperatura do corpo. Acção da magnésia sôbre a circulação. Paralisias produzidas nos animais de sangue quente pela magnésia. Acção terapêutica do sulfato de magnésia, doses e modos de administração: via sub-cutânea, sua técnica e resultados; via intra-raquidiana, preparação

do soluto e sua concentração, resultados; via intra-venosa, caracteres e propriedades do soluto; estatísticas.

Tratamento antitóxico: A) Antisépticos; metais coloidais, álcool, caso de Dutertre, neosalvarsan, líquido ascítico, etc. Ácido fénico (Bacelli) preparação da solução, vantagem no adição de glicerina; doses e número de injeções. Raridade no envenenamento, meios de o reconhecer e processos de o evitar. Modificações do método de Bacelli: líquido de Maragliano, preparado de Gerest, soluto de De Montille e Lesage, valor estatístico do método de Bacelli; modo de acção do ácido fénico; acção «in vitro» e «in vivo». Aplicação do método de Bacelli e das injeções massiças de sôro antitetânico ao doente n.º 2183. U. H. Outros antitóxicos: cloridrato de betaína, colessterina, opoterapia nervosa, persulfato de sódio e processo de aplicação. Tratamento pela perfoxena e pela mistura de Bottu, etc.

Seroterapia antitetânica curativa. Experiências de Nocard. Via subcutânea; doses e intervalos entre as injeções. Via intra-venosa (J. Penna) inconvenientes, técnica, seus efeitos. Via intra-muscular. Via intra-cerebral; diferenças entre os resultados experimentais e os resultados obtidos ao homem; sua técnica. Via sub-aracnoidea, atitude do doente, dificuldade da punção, quantidade de sôro: meningite sérica.

Injeções para-nervosas de Sicard. Injeções para-radiculares de Appert e Lhermitte. Injeções de sôro feitas ao nível do ferimento.

Tratamento sintomático:

Traqueotomia. Frenicotomia bilateral.

Estatísticas.

Conclusões.

Diagnóstico: Osteomielite prolongada do fêmur direito.

Operação: Sequestrotomia.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 1103. P. C. H.

18 de Dezembro (sábado):

27.ª LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 40. P. T. C. H.: carbúnculo da região preauricular esquerda.

Carbúnculo.

Definição; lições de Strauss; trabalhos de Ménétrier. Descrição do agente patogénico por Davaine. «Modus vivendi» e multiplicação do bacilo no organismo e nas culturas; o «bacillus anthracis» e os corantes. Descoberta da toxina por Hankin, estudos das suas propriedades por Tiberti e Paladino-Blandini e seu isolamento por Boidin. Meios de cultura, caracteres das culturas e seu melhor desenvolvimento; resistência dos esporos. Habitat da bacterídea, papel dos vermes do solo na propagação da infecção; os campos malditos da Beocia. Portas de entrada do bacilo no organismo: via cutânea; em que condições se observa; via digestiva, como se dá; a carne carbunculosa é realmente perigosa? Casos de Oemler; experiências

de Pasteur e Chamberland; o leite de animais com bacterídea é perigoso? via pulmonar, sua raridade; via placentária. Condições predisponentes: profissões, idade, sexo.

Anatomia patológica: fenómenos que se passam quando o organismo é invadido pelo bacilo do carbúnculo. Caracteres macroscópicos da pústula maligna: a escara, a zona inflamatória, a infiltração edematosa. Cada uma destas zonas ao microscópio. Localização das bacterídias nas diversas zonas. Edema maligno e sua descrição: acção das vias linfáticas; influência da circulação sangüínea; septicémia carbunculosa.

Sintomatologia da pústula maligna: fenómenos clínicos observados nas primeiras horas e sua transformação sucessiva; aparecimento da escara central, da corôa de vesículas e da aréola inflamatória de Chaussier; sintomas gerais da bacteriémia carbunculosa. Evolução para a cura desta infecção e sua descrição. Septicémia carbunculosa: comêço, desenvolvimento e morte; fenómenos que a precedem. Distinção entre edema maligno e carbúnculo. Infecções carbunculosas viscerais. Bases sobre que assenta o diagnóstico; dificuldades e confusões possíveis. Meios laboratoriais; inutilidade do sôro-diagnóstico; a falta de valor do exame do líquido das vesículas; a hemocultura na septicémia carbunculosa; a cultura do líquido do edema nas primeiras 12 horas. Impossibilidade por vezes de se encontrar a bacterídea.

Gravidade do prognóstico e suas causas.

Tratamento:

Vacinação anticarbunculosa (Chamberland); meios de atenuar a virulência da bacterídea; preparação das vacinas; morosidade nos seus efeitos; ausência de valor como meio curativo; valor preventivo; vantagens na veterinária. Produtos imunisantes de Galeotti.

Seroterapia anticarbunculosa: aproveitamento para a preparação dos sôros da imunidade natural e da imunidade adquirida de certos animais; sôro anticarbunculo de Sclavo de efeitos nas primeiras 12 horas após a inoculação. Diminuição da mortalidade em vários países.

Métodos antisépticos: valor do iodo e formas sob que se pode administrar; o 914.

Tratamento cirúrgico: excisão e sua técnica; opinião de Courtellemont e Weill Hallé; a destruição da escara ao termocautério.

Tratamento do estado geral.

Diagnóstico: Quisto sinovial da região poplíteia esquerda.

Operação: Ablação.

Anestesia local com soluto de atoxicocaina.

Doente n.º 24. P. T. C. M.

Diagnóstico: Lipoma volumoso acima da espinha iliaca antero-superior direita.

Operação: Enucleação.

Anestesia geral com cloreto de etilo.

Doente n.º 26. P. T. C. H.

21 de Dezembro (terça feira):

28.^a LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 25. P. T. C. M.

Perinefrite.

Definição. Paranefrite e perinefrite.

Classificação de Roberts. Classificação de Maas: supra-renal, infra-renal, pre-renal e retro-renal. Anatomia do rim e dos seus envólucros; relações dos vasos sanguíneos, bem como dos linfáticos do rim e da cápsula adiposa. Facilidade de propagação dos processos endo-renais à cápsula ou vice-versa.

Etiologia: idade, sexo. Causas determinantes: 1) flegmão primitivo; 2) flegmão secundário: a) infecções renais; b) órgãos abdominais; c) doenças de órgãos torácicos. Estatística Küster, etc.

Paranefrites metastáticas. Agentes microbianos encontrados; as paranefrites supuradas no decurso da furunculose. Observações pessoais. Evolução: resolução e supuração. Formas clínicas: de evolução aguda, super-aguda e lenta. Migração dos abscessos: para o torax, abertura no intestino, peritoneal, umbilical, lombar e no bassinete. Fistulização.

Sintomas clínicos: fenómenos a distância dos abscessos supra-renais; torácicos e compressão da veia cava inferior, duodeno, pedículo, vesícula biliar, edema bilateral.

Dificuldades de diagnóstico no início. Dôr confundível com lumbago, nevralgia íleo-lombar, etc. Febre do tipo intermitente, da febre tifoide, etc. Tumefacção confundível com vesícula biliar. Quisto hidático do fígado, «plastron» apendicular, etc.

Tratamento. Incisão de Simon; incisão lombar de Küster. Complicações graves e seu tratamento.

Diagnóstico: Eventração espontânea.

Operação: Cura radical de Marion.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 26. P. T. C. M.

8 de Janeiro (sábado):

29.^a LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 27. P. T. C. H., com lipomatose simétrica difusa do pescoço.

Tumores do pescoço.

Quistos congénitos: sua classificação; quistos serosos; quistos branquiais; quistos amigdaloides e quistos branquiogêneos multi-loculares.

Apresentação dum doente com quisto seroso; localização e relações, forma, volume e disposição; caracteres da parede interna e externa; conteúdo do quisto e seu exame ao microscópico. Teorias patogénicas; teoria de Holmes Costa e teoria do linfagioma quístico (teoria de Wagner e de

Lannelongue); discussão; razões a favor desta. Sintomas reconhecidos pela inspecção e pela palpação; sintomas funcionais. Facilidade no diagnóstico; sua separação do quisto dermoide do pescoço. Perigos da punção e vantagens na extirpação.

Fistulas congénitas: suas variedades: fistulas completas; fistulas cegas externas e fistulas cegas internas; estudo dos orifícios e do tracto. Patogenia. Caracteres sintomáticos; meios de diagnose e de tratamento.

Tumores não congénitos:

Lipomas circunscritos: sua descrição; sede e causas que podem ter influído no seu aparecimento. Tratamento.

Lipomas difusos: definição; volume; consistência; forma; conexões com os órgãos vizinhos. São primitivamente ou secundariamente adherentes?

Sintomas conforme a sede; sinais de compressão; evolução. Meios que permitem o diagnóstico. Ablação dos lipomas.

Lipomatose simétrica difusa: apresentação do doente n.º 27. P. T. C. H.; o sexo, os traumatismos e as intoxicações e a adeno-lipomatose simétrica difusa de predomínio cervical; sua propagação. Sinais físicos e sinais funcionais; sua repercussão sobre o estado geral do doente.

Diferentes teorias patogénicas; teoria de Madelung; teoria de Grosch. É a lipomatose simétrica uma trofo-nevrose? Outras teorias. Lipomatose simétrica e a doença de Recklinghausen; doença de Dercum ou adipose dolorosa.

Tratamento cirúrgico; estatística de Lenormant; ablação dos lipomas; complicações post-operatórias; tratamento médico e seu insucesso.

Operação: Ablação das massas lipomatosas.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Diagnóstico: Osteomielite prolongada do tærço inferior do fêmur direito.

Operação: Sequestrotomia.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 985. P. C. H.

11 de Janeiro (tærça feira):

30.ª LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 1153. P. C. H.; hidrócelo da vaginal à direita.

Hidrócelos congénitos.

Em que consistem: origem do canal peritóneo-vaginal, freqüência e vícios de obliteração. Classificação anatómica dos hidrócelos congénitos; hidrócelo peritóneo-vaginal, hidrócelo peritóneo-fnnicular ou hidrócelo-enquistado do cordão:

1) Hidrócelo peritóneo-vaginal. Etiologia. Patogenia: factores que determinam o seu aparecimento. É a vaginal irritada que produz o hidrócelo ou trata-se dum derrame peritoneal que desce para a vaginal?

Anatomia patológica: topografia das dilatações e apertos do canal pe-

ritóneo-vaginal. Caracteres do líquido; posição do testículo; presença do intestino formando uma hérnia coexistente.

Sintomatologia: forma, volume, translucidês, consistência, renitência; outros sinais e meios de os reconhecer. Evolução dêstes processos de vaginalite crônica.

Diagnóstico: Hidrócelo comum e hidrócelo comunicante. Hidrócelo e hérnia inguino-vaginal. Pseudo-quistos saculares e hidrócelo comunicante. Abscesso osteopático.

Tratamento: quando e como e quem se deve operar.

Hidrócelo peritóneo-funicular: seus caracteres e semelhanças com os hidrócelos peritóneo-vaginais.

Hidrócelo vagino-funicular: 1) hidrócelo vagino-funicular propriamente dito e suas variedades; 2) hidrócelo vagino-abdominal. Sua etiologia; sua patogenia. Caracteres anátomo-clínicos. Diagnóstico diferencial entre o hidrócelo de Dupuytren e o hidrócelo funicular, o quisto sacular, o pseudo-quisto sacular, etc.

Tratamento: incisão dos hidrócelos vagino-abdominais; disseccção e extirpação da porção escrotal e funicular da bolsa. ;E da porção abdominal? ;Disseccção e ablação do quisto, vasio ou cheio? ;Extirpação ou antes modificação simples da vitalidade do endoélio?

Hidrócelo funicular (quistos do cordão).

Definição e etiologia. Influências que provocam o aparecimento desta vaginalite do segmento do canal peritóneo-vaginal. Casos de Curling e de Berger; coincidências.

Fenómenos anátomo-patológicos: variedades: escrotal, funicular, inguino-parietal.

Situação das cavidades quísticas em relação aos elementos do cordão. Volume. Caracteres das paredes do quisto e suas lesões. Caracteres do líquido. Coexistência duma hérnia. Relações de posição do quisto e da hérnia.

Sintomatologia conforme a sede do quisto. Evolução normal e acidentes que a podem perturbar: sinais que impõem o seu diagnóstico. Sinais que os fazem distinguir do quisto do epidídimo, do quisto hidático, do quisto espermático. Sintomas comuns com a hérnia inguinal, dificuldades na criança do seu diagnóstico diferencial com o da hérnia estrangulada.

Indicações terapêuticas na criança e no adulto. Tratamentos paliativos. Tratamento das lesões concomitantes.

Diagnóstico: Quisto parieto-inguinal esquerdo do cordão. Hérnia superior.

Operação: Ablação do quisto. Cura radical da hérnia: Bassini-Barker.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 36. P. T. C. H.

13 de Janeiro (quinta feira):

31.ª LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 32. P. T. C. M., com hemorróidas internas e externas.

Hemorróidas.

Definição. Classificação segundo a sua inserção e segundo a origem. Divisão de Duret das causas que predispoem para o seu aparecimento: causas fisiológicas, causas patológicas e causas diatésicas.

Patogenia: teorias antigas; teorias de Verneuil e Gosselin; conclusões dos trabalhos de Duret; sistemas da circulação venosa ano-rectal. Circunstâncias adjuvantes que explicam a dilatação varicosa. Anatomia patológica das hemorróidas externas; lesões macroscópicas e lesões microscópicas. Caracteres das hemorróidas internas.

Sintomas das hemorróidas externas nos três períodos de evolução. Suas complicações. Sinais clínicos das hemorróidas internas procidentes e não procidentes, meios de os observar. Diagnóstico diferencial com os pólipos rectais das creanças, com o carcinoma, etc. Reconhecimento se as hemorróidas são sintomáticas.

Prognóstico das hemorróidas idiopáticas, sintomáticas e respectivas complicações.

Tratamento profilático. Cura das hemorróidas externas: meios médicos, terapêutica de Allingham. Meios cirúrgicos: as injeções de glicerina fenicada de Kelsey, sua técnica e complicações; incisão; excisão; operação de Whithead; preparação do doente, cuidados post-operatórios; cauterização.

Tratamento das hemorróidas internas: tratamento paliativo nas hemorróidas internas reduzidas e nas procedentes. Tratamento curativo: dilatação forçada, sua aplicação e efeitos; a excisão; a ablação com esmagador de Chassignac; a laqueação de J. L. Petit e sua técnica. Cauterizações pelo termocautério e por cautérios químicos; cauterização destruidora, cauterização superficial e cauterização intersticial. Cauterização pelo termocautério e uso simultâneo do esmagador. Cauterização potencial. Cauterização pelo ácido azótico de Cusack; as injeções intersticiais de ergotino de Detsurbe.

Cura das complicações. Correntes de alta frequência. Terapêutica das hemorróidas sintomáticas.

Operação de Whithead modificada.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

15 de Janeiro (sábado):

32.ª LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 38. P. T. C. H., com hérnia inguinal, intersticial direita.

Hérnias (noções gerais).

Definição e classificação: hérnias congénitas, adquiridas e traumáticas.

Anatomia patológica: 1) trajecto da hérnia, modificações das suas paredes; pontas de hérnia, hérnias intersticiais e hérnias completas; 2) constituição da hérnia: formas do saco, elementos de que é organizado; 3) variedades anatómicas do saco: a) ausência do saco e casos em que se observa; b) saco desabitado, lipomas herniários; c) obliteração do saco, quistos saculares; d) divertículos do saco; e) sacos múltiplos; f) sacos de colos múltiplos; g) sacos com bridas longitudinais.

Conteúdo da hérnia; 4) conteúdo da hérnia e modificações viscerais produzidas pela permanência no saco.

Etiologia: influência do sexo, da hereditariedade e das profissões; outros factores que predispoem ao aparecimento das hérnias. Causas determinantes: traumatismo e esforço. Mecanismo das hérnias: hérnias de fraqueza e hérnias de fôrça; teorias que explicam a sua formação.

Sintomas físicos; hérnias redutíveis e hérnias irreduzíveis, hérnias que perderam o direito ao domicílio. Sintomas funcionais. Evolução das hérnias.

Tratamento: funda francesa, funda inglesa, fundas mixtas, sua aplicação; seus inconvenientes e suas indicações?

Tratamento cirúrgico: fases por que tem passado desde a mutilação genital dos árabes, à operação de Celse e às injeccões irritantes. Cura radical operatória, bases em que assenta; tratamento do saco e tratamento da parede abdominal. Seqüências operatórias. Resultados tardios. Indicações gerais da cura radical.

Operação: Cura radical; método Bassini-Barker.

Diagnóstico: Estenose pilórica de origem cicatricial.

Operação: Gastro-enterostomia transmesocólica posterior (Von Hacker).

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 35. P. T. C. H.

18 de Janeiro (têrça feira):

33.ª LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 2208. P. C. H. Hérnia inguinal estrangulada à direita.

Acidentes das hérnias.

Estrangulamento herniário:

Em que consiste: 1) agentes de estrangulamento: 1) colo do saco peritoneal; como e por que se produz o estrangulamento; sua freqüência na hérnia inguinal congénita;

2) Estrangulamento pelos aneis fibrosos; sua freqüência nas hérnias crurais e sua explicação;

3) Estrangulamento pelo colo do saco e pelos aneis fibrosos conjuntamente;

4) Outros agentes de estrangulamento: estrangulamento nas hérnias properitonias, por um anel muscular, por divertículos do saco, por bridas, pelo epiplon, pelo apêndice, pelo divertículo de Meckel, estrangulamento retrógrado, vôlvo herniário;

II) Lesões do saco herniário: sua configuração, caracteres e modificações do líquido do saco; sua flora bacteriana; experiências de Klecki acerca da exaltação de virulência das bactérias do intestino no estrangulamento e do seu transporte através da parede do intestino;

III) Lesões do intestino: fenómenos macroscópicos no 1.º, 2.º e 3.º períodos, transformação do conteúdo da ansa intestinal. Lesões histológicas do intestino; localização dos micróbios na sua espessura e sua influência;

IV) Lesões dos outros órgãos contidos no saco: epiplon e mesentério;

V) Lesões a distância: intestino, peritônio e estado geral do organismo.

Mecanismo e patogenia do estrangulamento: teoria da inflamação; teorias mecânicas; teoria da oclusão pela flexão brusca do intestino; teoria da obstrução pelas válvulas coniventes (Roser), teoria de Lossen-Berger. Críticas.

Etiologia do estrangulamento:

Causas predisponentes inerentes ao indivíduo: sexo, gravidês, idade. Causas predisponentes inerentes à hérnia: sede, volume, idade da hérnia e sua natureza. Causas determinantes: esforço e suas formas.

Sintomas: no começo do estrangulamento e depois dele constituído; indicações dadas pela inspecção, pela palpação e pela percussão; a corda epiploica de Velpeau: sintomas abdominais e digestivos; suspensão na eliminação de gases e fezes; raras vezes diarreia; como explicá-las; origem e caracteres dos vômitos; cólicas; sintomas gerais.

Formas clínicas de estrangulamento herniário: súper-aguda, latente, parcial nas grandes hérnias e outras.

20 de Janeiro (quinta feira):

34.ª LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 90, com hérnia inguinal direita estrangulada e flegmão estercural.

Hérnias (continuação).

¿Como pode terminar um estrangulamento herniário abandonado?

Redução espontânea; casos de observação pessoal. Anus contra natura, sua formação e evolução. Morte e seu mecanismo: peritonite e sua origem; infecção herniária (intoxicação geral), sinais observados em cada aparelho; lesões do rim: nefrite aguda e suas manifestações; parotidites; lesões do aparelho pulmonar e sua sintomatologia especial; sua patogenia; septicémia peritônio-intestinal de origem herniária.

Diagnóstico diferencial da orquite dum testículo em ectopia com o estrangulamento dum hérnia congénita. Apendicite herniária e anexite herniária e hérnia estrangulada; estrangulamento interno e peritonite generalizada.

Factores que enegrecem o prognóstico.

Tratamento: taxis; posição do cirurgião e do doente; técnica da taxis; circunstâncias em que se pode tentar: taxis breve e metódica; compressão no contôrno da hérnia, largamente, docemente, progressivamente; pressão lateral e nunca no fundo da hérnia.

Acidentes da taxis:

- 1) Êrros de diagnóstico;
- 2) Falsas reduções: a) redução em massa. Suas causas e conseqüências; seu tratamento; b) reduções parciais; c) redução properitoneal; d) redução subperitoneal; e) redução com o agente de estrangulamento;
- 3) Redução do intestino doente; acção da taxis sôbre as paredes do intestino; persistência dos accidentes do estrangulamento por posição viciosa das ansas intestinais; persistência da sintomatologia por paralisia intestinal; entrorragias.

Conclusões.

Quelotomia; definição; processos de anestesia; tempos operatórios; incisão das partes moles e suas regras; liberação e abertura do sacco; desbridamento; redução do intestino e sua lavagem prévia; obliteração do sacco e suturas. Cuidados post-operatórios.

Tratamento da gangrena herniária: ¿Como diagnosticar se há vitalidade bastante numa ansa herniada ou se se esfacela uma vez reduzida? Pelo cheiro, côr, consistência e reacção ao sôro quente.

1) ¿Há dúvidas, que fazer? Exteriorizar a ansa liberta e deixá-la entre compressas e proceder depois conforme o aspecto, passados dias (Reichel). Seus inconvenientes. Técnica de Helferich no tratamento preventivo do anus contra natura no caso de fistula estercural, fixação da ansa ao orifício de estrangulamento;

2) Existe gangrena mas é limitada: sutura da perfuração e invaginação com pontos à Lembert. Conseqüências possíveis. Sua profilaxia, indicações desta técnica: perfurações iminentes, perfurações punctiformes, pequenas placas de esfacelo;

3) A maior parte da ansa está gangrenada: métodos operatórios: anus contra natura e enterectomia e método mixto de Bouilly e Assaky. ¿Anus contra natura ou enterectomia? Estudo comparativo dos dois métodos. Conclusões. Os botões anastomóticos nas ressecções intestinais;

4) Existe um flegmão estercural com estado geral muito mau.

Doente n.º 90. P. T. C. H.

Operação: Incisão; desbridamento.

Anestesia geral com cloreto de etilo.

Diagnóstico: Estenose médio-gástrica com estenose pilórica completa.

Operação: Gastro-enterostomia. Transmeso cólica posterior (Von Hacker).

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 10. P. T. C. H.

22 de Janeiro (sábado):

35.ª LIÇÃO

Apresentação de doentes.

Tuberculose cirúrgica.

Definição. Esbôço histórico dos trabalhos de Laennec, Broussais, Gancher, Villemin e Koch. Formas, dimensões e reacções tinctoriais do bacilo;

bacilos não ácido-resistentes; bacilos tuberculosos homogêneos. Toxinas e suas espécies; isolamento e propriedades das toxinas solúveis; acção sobre o organismo das toxinas aderentes. Meios de cultura e seus caracteres. «Habitat» do bacilo; bacilos ácido-resistentes: «Grasbacillus», «Mistbacillus», bacilo do esmegma, etc. Preparação da forma saprofítica do bacilo de Koch; diferenças entre o bacilo tuberculoso homogêneo e o verdadeiro bacilo de Koch. Tuberculose humana e tuberculose bovina, aviária, etc. Vias de penetração do bacilo no organismo; via óvulo-placentária; a chamada tuberculose congénita é uma tuberculose adquirida depois do nascimento. Via cutânea. Via genital. Via respiratória: salvo raras excepções não há tuberculoses primitivamente respiratórias: experiências de Vans-teenberghe e Grysez; as tuberculoses por inalação fazem parte das tuberculoses digestivas. Conclusões de Behring, Calmette, Guérin, etc. Via digestiva: é possível a contaminação pelas carnes e leite; o aleitamento é contra-indicado nas mulheres tuberculosas. Factores locais que favorecem a inoculação. Influência da idade, do sexo, condições gerais e condições locais predisponentes; influência dos traumatismos; seu valor nos acidentes de trabalho. Experiências de Max Schüller e sua crítica por Lannelongue e Achard.

Anatomia patológica.

O tubérculo; sua histogénia; infecções crónicas que dão reacção histológica semelhante à do bacilo de Koch; localização dos bacilos nas três zonas do tubérculo. Sua evolução: o tubérculo é uma neoplasia fibro-caseosa (Grancher). Caseificação. Esclerose. Éter-bacilina e clorofórmio-bacilina. Tuberculose sem tubérculos; tuberculose inflamatória (Dieulafoy). Paratuberculoses (Poncet).

Lesões macroscópicas: o tubérculo e os seus caracteres; a infiltração tuberculosa e o seu reconhecimento; o tuberculoma. Evolução caseosa; abscesso frio tuberculoso; pus tuberculoso; ulceração tuberculosa; associações bacterianas; gravidade das infecções banais nas lesões tuberculosas. Evolução para a esclerose; sua interpretação. Localizações da infecção do bacilo de Koch; tuberculoses cutâneas, digestivas, genitais e respiratórias. Tuberculoses locais.

Inoculação, propagação e generalização dos bacilos de Koch: acção do sistema linfático; 2.^a «étape»: venosa e pulmonar; 3.^a «étape»: arterial.

27 de Janeiro (quinta feira):

36.^a LIÇÃO

Tuberculose cirúrgica (continuação).

Sintomatologia:

Comêço brusco e comêço insidioso. Os grandes sintomas; hemorragia, tumor e dôr; suas modalidades e excepções. Abscessos frios, seus caracteres e evolução. Transformação da tuberculose fechada em tuberculose aberta; seus perigos e complicações, sintomatologia a mais. Como mata a tuberculose. Como pode curar a tuberculose. A chamada tuberculose sonolenta. Cura clínica e cura funcional. ;Há tuberculose local? ;Ou trata-se duma manifestação local dum estado de tuberculose geral?

Diagnóstico:

Meios de observação clínica: sintomatologia objectiva e subjectiva, modificações ganglionares na região, existência de qualquer outra localização da mesma natureza, temperamento dos doentes, antecedentes pessoais e hereditários, a frequência destas lesões.

Meios laboratoriais: pesquisa do bacilo de Koch nos exsudatos, nos cortes dos tecidos, nos meios líquidos, etc.; processos mais usados; valor desta prova para o diagnóstico; método das culturas e suas dificuldades; método das inoculações nas cobaias; sua técnica e importância semiológica na separação do bacilo de Koch dos outros bacilos ácido-resistentes; críticas a este processo; causas de erro; métodos histológicos e suas dificuldades; exploração das serosas e citodiagnóstico; a linfocitose não tem valor absoluto; o exame directo do sangue; o soro-diagnóstico da tuberculose, condições em que se observa a aglutinação; não é específica; quando tem valor; tuberculino-reacções (cuti, oftalmo e intra-dermo-reacção) e seu valor clínico.

Prognóstico; de que depende: factores a ponderar sempre.

Tratamento:

Tentativas de imunização passiva: soro de Maragliano, soro de Marmorek e soro de Lannelongue e Achard; sua insuficiência. Experiências de imunização activa: vacinação por bacilos tuberculosos humanos vivos, vacinação por bacilos tuberculosos humanos mortos, vacinação por bacilos tuberculosos duma outra espécie. Resultados. A vacina contra a tuberculose dos bóvidos demonstra que há no bacilo de Koch substâncias imunizantes. Tuberculina de Koch; tuberculina de Behring; técnica da sua aplicação.

Tratamento higiénico: bom ar, repouso e super-alimentação; o que significa cada um destes factores.

Tratamento medicamentoso nas tuberculoses cirúrgicas.

Tratamento cirúrgico: princípios em que assenta: intervencionistas precoces e conservadores. Qual a melhor técnica? Processos de cirurgia conservadora: imobilização, compressão, hiperemia de Bier e suas estatísticas; injeções modificadoras, composição e técnica do seu uso; injeções esclerosantes; composição e como actuam as principais; técnica e cuidados que devem regular a punção; maneira de dar a injeção; substâncias antisépticas injectáveis; curetagens e esvasiamentos, suas indicações.

Diagnóstico: Esporão cartilágneo bilateral do septo nasal.

Operação: Ressecção do esporão com bisturi forte.

Anestesia geral com cloreto de etilo.

Doente n.º 36. P. T. C. H.

29 de Janeiro (sábado):

37.ª LIÇÃO

Coxalgia.

Lesões ósseas iniciais; lesões ósseas, articulares, dos tecidos moles, dos gânglios, perturbações tróficas e a distância no período de estado. O descolamento da cartilagem de revestimento da extremidade superior do fémur no diagnóstico da natureza tuberculosa do processo mórbido. Alterações

da cavidade cotiloidea; perfuração do acetabulum; ulceração compressiva de Lannelongue. Colecções purulentas e sua migração. Abscessos pélvicos. Perturbações no crescimento do esqueleto do membro respectivo; alongamento trófico de Ollier; raquitismo inflamatório de Ollier e Vincent. Luxações patológicas e seu mecanismo, conforme as fases do processo de coxotuberculose; tipos mais comuns de luxações.

Deformações da bacia: bacia oblíqua ovalar de Naegelé. A coxotuberculose é primitivamente óssea (Lannelongue). Factores etiológicos e sua importância.

Sintomatologia: 1.º período — dôr e claudicação, maneira insidiosa de comêço; caracteres da dôr espontânea e séde dos seus máximos. ; Como explicá-la? Opiniões de J. L. Petit, Velpeau e Lannelongue. A gonalgia obriga à exploração da articulação coxo-femural. ; A sua causa? Ensina-mentos dados pela palpação, pressão e percussão. Exploração dos movi-mentos e suas alterações. Maneiras de apreciar a claudicação.

2.º período — alongamento aparente, flexão, abdução e rotação para fora. O exame do doente de pé; deitado e em márga. Processos de medir a flexão, abdução e rotação para fora; instrumentação especial de Martin e Collineau.

Dôres e suas modalidades; gritos noturnos e sua significação semeio-lógica. Perturbações de nutrição de todos os tecidos.

3.º período — atitude em flexão com abdução por luxação patológica; luxações para trás, iliaca ou isquiática e luxações para diante, ovalar ou supra-púbica. Abscessos artrifluentes ou articulares: a) anteriores e externos; b) internos ou dos adutores; c) posteriores ou nadequeiros; d) pélvicos.

Abscessos extra-articulares.

; Qual a evolução dêstes abscessos? ; Qual a sua importância para o prognóstico?

1 de Fevereiro (têrça feira):

38.ª LIÇÃO

Coxo-tuberculose (continuação).

Evolução:

; Há sempre o ciclo descrito? ; As chamadas recidivas são recidivas de facto ou reviviscências dum processo antigo? Coxalgia prolongada e coxalgia retardada.

Duração média da coxalgia.

Elementos clínicos que servem de base ao prognóstico; importância dos abscessos e das fístulas, sua localização e número. Perigos das infecções secundárias; sua repercussão sôbre os diversos órgãos. ; Tem valor para o prognóstico ser femural ou cotiloidea a séde inicial das lesões?

Diagnóstico:

Como distingui-la das dôres de crescimento; como excluir o raquitismo; como pôr de parte um mal de Pott com abscessos inguino-pélvicos; como separá-la das osteítes bacilares do isquion ou das osteítes bacilares do pubis; dificuldades no diagnóstico diferencial com a sacro-coxalgia; semelhanças com a osteíte bacilar do grande trócanter; coxo-tuberculose e luxação

congénita; coxo-tuberculose e paralisia infantil; como denunciar a coxalgia histérica; confusão da coxalgia com artropatias não bacilares; nevralgia sciática.

Tratamento.

Primeiro período: processos de imobilização absoluta; necessidade da aplicação dum aparelho de extensão contínua; maneira de a fazer; a contra-extensão. Extensão de pé ou em decúbito horizontal?

Leito-goteira de Bonnet-Ollier.

Técnica do aparelho gessado.

Segundo período: correcção da attitude viciosa e imobilização: método de Bonnet e sua execução. Perigos das manobras violentas no endireitamento do membro.

Terceiro período: tratamento dos abscessos: o que se deve fazer, como se deve fazer e o que se deve evitar. Técnica das punções evacuadoras.

Tratamento das fistulas; antisépticos usados; medicação modificadora.

Resultados do tratamento conservador.

A ressecção nos coxálgicos; tempos operatórios: incisões cutâneas e aponevróticas, secção do grande trochânter, abertura da bainha periosteocapsular, desnudação do colo, luxação da cabeça; secção da cabeça ou da diafise femural; ressecção ou esvaziamento da cavidade cotiloidea técnica dum boa drenagem e tratamento post-operatório. Tratamento geral do coxálgico.

Diagnóstico: Varizes muito volumosas no tærço superior da côxa e na região poplítea direita: varizes volumosas na perna esquerda com úlcera varicosa.

Operação: Safenectomia interna bilateral com extirpação do plexo varicoso poplíteo direito.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 42. P. T. C. M.

3 de Fevereiro (quinta feira):

39.ª LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 1163. P. C. H. Actinomicose cérvico-facial infectada.

Actinomicose.

Definição. Etiologia. Caracteres do actinomicose: sua vida e evolução. Toxinas e meios de cultura; habitat; processos de inoculação no organismo. Infecção vegetal (cutânea, respiratória e digestiva). Infecção animal. Influência da idade, sexo, profissão, clima e dos traumatismos no aparecimento da actinomicose. A infecção actinomicósica ao microscópio. Anatomia patológica macroscópica. A. primitivas. A. secundárias. Suas localizações mais freqüentes (tubo digestivo, aparelho respiratório, pele e mucosas).

Estatísticas de Moosbrugger, de Illich, de Poncet e Berard. Sintomas gerais. Diferenças entre as a. puras e as a. infectadas. Caracteres da a. conforme a sua sede. Actinomicoses crânio-faciais (forma tèmporo-maxilar, maxilar, gengivo-jugal, sub-maxilar, cervical e lingual). Actinomicose

torácica e seus sinais. Actinomicose abdominal e suas características. Actinomicose cutânea. Actinomicoses periféricas. Evolução da actinomicose. Sinais de diagnóstico. Valor semeiológico dos grãos amarelos; maneira de os encontrar; suas reacções aos corantes. Pseudo-actinomicoses (micetoma e pseudo-actinomicose de Mosevig); blastomicoses. Prognóstico das a. fechadas e das a. abertas.

Tratamento: tratamento soroterápico; tratamento antiséptico; iodeto de potássio e sublimado. Tratamento cirúrgico.

5 de Fevereiro (sábado):

40.^a LIÇÃO

Fracturas.

Definição; frequência; idade; sexo; estatística de Plagemann.

Etiologia.

Violência (fracturas por causa directa, fracturas por contrapancada e fracturas mixtas); resistência do esqueleto.

Mecanismo das fracturas.

Qualidades dos ossos (elasticidade e tenacidade). Fôrças de tracção, compressão, flexão e torsão. Fracturas intra-uterinas.

Anatomia patológica.

Foco traumático; fracturas simples e fracturas complicadas. Lesões ósseas e lesões dos tecidos moles:

Lesões ósseas: fracturas completas e fracturas incompletas.

Fracturas incompletas: encurvamentos traumáticos, inflexões, infracções, depressões, esmagamentos parciais e fendas.

10 de Fevereiro (quinta feira):

41.^a LIÇÃO

Fracturas (continuação).

Fracturas completas:

A) Traço de fractura (fracturas transversais, oblíquas, espiroides, longitudinais);

B) Fragmentos: número e volume (fracturas duplas, tríplexes, cominutivas, apofisárias, tuberculosas, etc.); deslocamento de fragmentos (angular, de rotação e segundo a espessura e comprimento do osso).

Causas do deslocamento (violência traumática, acção de gravidade e contracção muscular).

Lesões dos t. moles:

Periósteo, articulações, músculos, tendões, nervos, vasos e pele.

Sintomatologia:

Sinais subjectivos (dôr e impotência funcional) e seu valor.

Sinais objectivos: *Equimose* imediata e tardia; equimose como sinal patognomónico de fractura; sinal de Kirmisson, equimose em V no V deltoideo, sinal de Destot, etc.

Deformação geral e local; deslocamento dos fragmentos e das partes moles; deformação fixa e variável.

Mobilidade anormal e sua exploração; causas de êrro.

Crepitação: técnica de exploração; tipos de crepitação, sua distinção; êrros e confusões, seu valor como sinal de diagnóstico.

12 de Fevereiro (sábado):

42.ª LIÇÃO

Fracturas (continuação).

Diagnóstico:

Regras fundamentais: atitude do doente; interrogatório; inspecção; mensuração, regras da mensuração, ap. de Delbet; palpação; dôr, impotência funcional; deformação, mobilidade anormal crepitação; percussão e auscultação. Sinais de certeza. Exame dos tecidos em tórno do foco da fractura; exploração da sensibilidade.

Exame do estado geral.

Evolução das fracturas fechadas.

Períodos de Gosselin (inflamação, reabsorção, reparação e convalescença).

Período de inflamação (tumefacção primitiva e secundária). Definição de Mignon dêste período nas fracturas do tornozelo. Contracturas musculares.

Febre nas fracturas fechadas; freqüência; estatísticas de Couper, Howley, Gangolfe e Loro. Factores de que depende. Tipo de febre, caracteres próprios. Patogenia, teorias diversas. Febre de reabsorção. Período de reabsorção e seus caracteres.

Período de consolidação: definição de calo ósseo; cinco períodos de evolução da reparação óssea (Poreschet e Villevené).

Formação do calo nas fracturas fechadas evolucionando asépticamente (p. de formação do calo celulo-fibroso, do calo fibro-cartilaginoso, do calo ósseo e do calo definitivo). Caracteres de cada período e sua duração.

Formação do calo nas fracturas não reduzidas e cominutivas.

Diagnóstico: Pleuresia crónica à esquerda; trajectos fistulosos; paqui-pleurite.

Operação: Ressecção costal; descorticação pleuro-pulmonar.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 861. T. O. H.

15 de Fevereiro (têrça feira):

43.ª LIÇÃO

Fracturas (continuação).

Tratamento das fracturas simples:

Indicações de Goselin; tratamento anatómico e tratamento funcional.

Restabelecimento da forma; redução e contenção.

Redução imediata precoce; suas vantagens e efeitos.

Redução completa e sua justificação. Conhecimentos precisos para uma boa redução. Técnica da redução; redução extemporânea e progressiva. Regras da redução imediata. Tempos da redução (extensão, contra extensão e coaptação) e seu reconhecimento. Obstáculos à redução (espasmo e contractura muscular; condições anatómicas). Meios de os vencer (anestesia e

tracção contínua). Diferentes processos de anestesia (geral, intra-raquídea e local) e suas indicações. Técnica da tracção contínua.

Redução progressiva por tempos sucessivos.

Redução por acção contínua. Contractilidade e elasticidade musculares; processo de as vencer.

Contra-extensão e maneira de a executar; cargas leves e pesadas; atitudes especiais.

Nagel-extensão métodos de Codivilla, Lambret, etc. Suas indicações (fracturas antigas não reduzidas, fracturas com grande cavalgamento, fracturas cominutivas e fracturas complicadas). Contusão e imobilização das fracturas; aparelhos amovíveis e inamovíveis. Aparelhos gessados (aparelho circular, goteria e talas gessadas).

Perigos do aparelho gessado. Regras de imobilização. Obstáculos à imobilização e suas conseqüências. Escolha do processo de redução.

Irreductibilidade das fracturas (primitiva e secundária), suas causas (retracção muscular e infiltrações em tórno do foco da fractura).

Diagnóstico: Carcinoma do seio direito.

Operação de Halsted.

Anestesia: Cloróformio Welcomme.

Doente n.º 27. P. T. C. H.

17 de Fevereiro (quinta-feira):

44.ª LIÇÃO

Fracturas (continuação).

Método Lucas-Championnière no tratamento das fracturas.

Bases sôbre que assenta; em que consiste. Provas clínicas. Experiências laboratoriais: trabalhos de Rigal e Vignal; experiências de Cornil e Coudray; observações de Reyher e Menzel. Influência da mobilização precoce e da massagem sôbre o foco da fractura; o movimento é a vida (Lucas-Championnière).

A mobilização precoce é a verdadeira base do tratamento. Vantagens e inconvenientes da massagem. O método Lucas-Championnière levado ao extremo; perigos a que dá lugar. Mobilização passiva e movimentos activos. Nem imobilização nem mobilização precoce. Método mixto. Princípios que regulam a terapêutica das fracturas diafisárias.

Método ambulatório no tratamento das fracturas.

Sua origem; princípios em que assenta; aparelhos applicados acima do foco da fractura; aparelho de Reclus.

Método Delbet: marcha normal do membro fracturado.

Crítica dêste método: objecções de Hennequin; benefícios; sua associação com outros métodos; seu valor social.

Tratamento operatório nas fracturas diafisárias fechadas.

Como nasceu êste meio terapêutico; onde e quando; vantagens da redução sangrenta. ¿Quais os resultados funcionais dos processos clássicos? Estatísticas globais de Hoemel e de Smith. Estatísticas de Scudder, de Steward, de Lane e de Saissi conforme a sede da fractura. ¿Que relação há entre a redução anatómica da fractura e o seu valor funcional depois de consolidada?

Método sangrento e métodos clássicos. Críticas à osteosíntese; valor dessas críticas. Resultados de Lambotte, Tuffier e Charbonnel.

Indicações absolutas e indicações relativas da redução sangrenta. Contra-indicações.

Diagnóstico: Fractura transversal dos dois ossos do antebraço esquerdo.

Operação: Osteosíntese; processo de Lane.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 916. T. O. H.

19 de Fevereiro (sábado):

45.ª LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 908. T. O. H., com fractura exposta cominutiva da 1.ª falange do dedo indicador da mão esquerda.

Fracturas (continuação).

Seqüências imediatas a afastadas das fracturas.

Consolidação óssea e incapacidade funcional; factores de que depende; deformação do membro e suas causas:

A) *Articulações*: a) rigidez articular e sua etiologia; lesões articulares, periarticulares e musculares concomitantes;

b) Mobilidade anormal da art. subjacente e sua explicação;

B) *Músculos*: a) Atrofia muscular: segmentar e total; atrofia muscular por lesões articulares e atrofia muscular por lesões abarticulares; sua diferença: semeiologia desta amiotrofia: hipotonia, atrofia e parestesia muscular; sua determinação; seu valor e sua patogenia; seu electrodiagnóstico e seu electroprognóstico; regra de Mally e Richon;

b) Retracção muscular: caracteres histológicos e clínicos que a caracterizam;

C) *Tegumentos*: suas alterações;

D) *Sistema circulatório*: aneurismas circunscritos: edema; suas variedades, qualidades e significação;

E) *Sistema nervoso*: troncos nervosos periféricos e sistema nervoso central: alterações das células das pontas anteriores da medula e dos cordões ântero-laterais: sinais clínicos. Atrofia óssea calcárea de Südeck.

Conduta a seguir na apreciação da impossibilidade de trabalho temporário ou permanente dos acidentes de trabalho.

Consolidação e cura são termos diferentes. Duração segundo a estatística de Hoemel dos períodos de impossibilidade temporária.

Tratamento secundário das fracturas:

Profilático; curativo: massoterapia, balneoterapia quente, aerothermoterapia, mecanoterapia, ginástica, fototerapia, banhos de vapor, etc. Suas indicações.

Complicações das fracturas:

Supuração e lesões nervosas (secção, picada, contusão, interposição, compressão e alongamento).

Diagnóstico: Condroma submaxilar à direita.

Operação: Enuclação.

Anestesia regional com soluto de atoxicocaina adrenalina.

Doente n.º 921. T. O. H.

22 de Fevereiro (têrça feira):

46.ª LIÇÃO

Oclusão intestinal.

Síndroma que a caracteriza; oclusão intestinal dinâmica e oclusão intestinal mecânica. Subdivisão desta última forma. Causas de estrangulamento; causas de obliteração do intestino.

Notas clínicas sôbre o ileus dinâmico; meios de diagnóstico; sua diferenciação de oclusão por estrangulamento.

Notas clínicas sôbre o ileus por estrangulamento; dados sôbre que assenta a diagnose; diagnóstico diferencial com outros estados mórbidos análogos.

Indicações operatórias e sua oportunidade. Intervenções mais importantes: laparotomia com ressecção da brida de estrangulamento, ressecção de intestino, redução de torsão intestinal, punção do intestino dilatado.

Contra-indicações.

Resultados das operações.

Perigos e complicações durante a operação.

Seqüências operatórias.

Notas clínicas sôbre a oclusão mecânica de obstrução; aparecimento do síndrome e sua evolução. A anamnese no diagnóstico anatómico; a história pregressa no conhecimento da causa da oclusão; importância do exame directo do doente. Obstrução e estrangulamento; obstrução e peritonite. Oportunidade e indicações operatórias. Métodos operatórios: enterostomia, entero-anastomose, ressecção do intestino. Sua escolha. Contra-indicações. Resultados, complicações e seqüências post-operatórias.

Diagnóstico: Varizes no têrço superior da perna esquerda e úlcera varicosa maleolar.

Operação: Safenectomia interna.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 49. P. T. C. H.

24 de Fevereiro (quinta feira):

47.ª LIÇÃO

Amputação total da língua pelo método Whithead e esvaziamento ganglionar do pescoço pelo processo de Poirier.

Tumores: definição e sua crítica.

Classificações antigas e modernas; sua crítica.

Etiologia e fisiologia geral dos tumores: tumores benignos e tumores malignos; caracteres diferenciais; metastases, enxertias e recidivas.

Epitelioma pavimentoso da língua; apresentação dum doente.

Causas predisponentes: influência do sexo; estatísticas de Duplay, Barker, Weber, Clarke, Paget, Bruns, Whithead e Morestin.

Sífilis, alcoolismo e tabagismo na etiologia dos epitelomas da língua.

Anatomia patológica:

Formas superficial e intersticial; localização de eleição. Estatística de Sachs; generalização do epiteloma da língua; estatística de Anger; casos de Weil, Jeanne e Maubert.

Sintomatologia:

Período inicial e período de estado; volume e movimento da língua; sua influência na mastigação, deglutição e fonação. Caracteres da adenopatia e sua evolução. Otalgia e sua explicação. Complicações e prognóstico.

Diagnóstico:

Sinais sobre que assenta. Cancro da língua e sífilis lingual; cancro da língua e tuberculose da língua. Cancros não ulcerados da língua e fibromas, sarcomas, fibro-sarcomas e lipomas da língua.

Tratamentos:

Só operatório. Operação de Whithead, Kocher e Poirier; sua técnica e suas indicações. Resultados operatórios. Estatística de Capette e Bandet. Cancro e mortalidade operatória. Recidivas locais, regionais e a distância. Operados de Loison e Poirier. Intervenções nas recidivas. Cuidados post-operatórios. Complicações.

Doente n.º T. O. H.

Anestesia geral com clorofórmio Welcomme.

1 de Março (têrça feira):

48.ª LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 322. T. O. M. Angioma da região fronto-têmporo-maxilar e palpebral direita.

Tumores (continuação).

Angiomas.

Sinonímia. Definição.

Anatomia patológica.

Localização; estatísticas de Parker e de Porta.

Naevi materni e naevi pigmentares.

Classificações antigas e classificação de Virchow.

Angiomas simples: seus caracteres; sua formação; sua estrutura; sua lobulação.

Angiomas cavernosos: sua constituição histológica.

Origem e evolução.

Congénitos; processos de neoformação vascular; gemulação duma ansa capilar e formação à custa de células vaso-formadoras; transformação do angioma simples em angioma cavernoso. Alterações dos angiomas: flebolitos, transformações fibrosa, adiposa e quística; sua justificação, significação e caracteres. Influência dos angiomas sobre as artérias e veias em ligação com êles; circulação sangüinea nos angiomas. Degenerescência cirsoide: alteração de veias e das artérias nos tumores cirsoides.

Etiologia.

Tumores sempre congénitos; estatística de Parker. Sexo; idade; coexistência dos angiomas com outros vícios de formação congénita.

Sintomas das manchas; dos tumores subcutâneos; dos tumores cutâneos.

Evolução clínica:

Crescimento irregular; transformação dos tumores erecteis em angiomas cirroides.

Tratamento:

Método atrofiante: laqueação dos ramos arteriais; laqueação dos tumores arteriais.

Método perturbador: meios que actuam à superfície, meios que actuam na intimidade do angioma; incisão e excisão parcial; a acupunctura; injecções de líquidos; cáusticos químicos; cauterização geral, termo ou galvanocautério. Electrolise.

Técnicas. Vantagens. Método de destruição. Radiumterapia. Roentgenterapia.

Operação: Extirpação dum lipoma volumoso, pediculado da face supero-interna da côxa esquerda.

Doente n.º 49. P. T. C. H.

Operação: Enucleação.

3 de Março (quinta feira):

49.ª LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 48. P. T. C. M., (osteosarcoma da bacia).

Tumores (continuação).

Sarcomas.

Definição; sua crítica; desmembramento da antiga classe dos sarcomas, Anatomia patológica:

Classificação; caracteres histológicos de cada um dos tipos (encefaloide, fascicular, mieloide e melanico). Origem e evolução dos sarcomas. Mecanismo da sua ulceração. Degenerescências. Transformação vascular; tendência à ossificação e tumores osteoides. Séde das produções secundárias; estatística de Gross. Embolia e enxertia como processos de infecção a distância; tendência a generalização e estrutura.

Caracteres clínicos:

Sinais físicos; sintomas subjectivos; sinais de Estlander; dilatação venosa superficial. Ulceração e seus caracteres. Hemorragia. Cachexia. Marcha dos sarcomas.

Diagnóstico:

Sinais sôbre que assenta; sarcoma e carcinoma. Sarcoma e tumores benignos. Alterações de sangue.

Etiologia:

Causas gerais; idade, estatística de Cross e Sahwartz. Sexo. Hereditariedade e temperamento; traumatismos e irritações na genese e evolução dos sarcomas.

Tratamento e prognóstico:

Tratamento médico e tratamento operatório; regras que o regulam; s. dos tecidos moles e dos osteosarcomas. Resultados operatórios naqueles

neoplasmas. Estatística de Cross. Terapêutica das recidivas; a malignidade do s. é essencialmente uma malignidade local. Escala de malignidade dos sarcomas (Ranvier).

Diagnóstico dos tumores ósseos da bacia e seu tratamento.

Econdromas.

Definição. Anatomia patológica; origem e evolução; sintomas e evolução clínica. Prognóstico e tratamento. Estatística de Riefel.

Apresentação do doente n.º 928. T. O. H. (fibrocondroma da gl. sub-maxilar direita).

Operação: Enucleação.

Diagnóstico: Hérnia inguinal mixta à direita. Quisto sebáceo supurado na côxa esquerda.

Operação: Cura radical da hérnia pelo processo Bassini-Barker e ablação do quisto.

Anestesia regional com soluto de atoxicocaina adrenalinado.

Doente n.º 52. P. T. C. M.

5 de Março (sábado):

50.ª LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 50. P. T. C. H.: Epitelioma estratificado pavimentoso lobulado no lábio inferior; adenopatia cervical volumosa bilateral.

Tumores (continuação).

Operação de curso: Extirpação do tumor à Morestin; esvaziamento anglionar à Gosset. Triangulação da face bilateral à Doyen.

Tumores epiteliais: sua classificação.

Epiteliomas propriamente ditos; sua divisão.

Epiteliomas pavimentosos estratificados; suas variedades.

Epitelioma pavimentoso lobulado; caracteres histológicos.

Epitelioma mucoso; sua definição.

Epitelioma pavimentoso tubulado; suas características.

Epitelioma calcificado. Origem e evolução dos epiteliomas pavimentosos: o epitelioma pode ter origem sem ser nos espaços interpapilares?

Há epiteliomas primitivos das glândulas sudoríferas e sebáceas? Factores que apressam a evolução dos epiteliomas; sua infiltração através dos tecidos: nervos, artérias e veias; difusão por via linfática.

Etiologia do cancroide do lábio:

Localização de eleição; estatística de Fricke. Influência do sexo; estatística de Woelfler. Influência étnica. Cancroide e tabaco; opiniões de Soemmering, Leroy d'Etoiles, Roux, etc. Opiniões em contrário de Velpeau, Lemarchant, Fleury e Malgaigne. Estatística de Woerner.

Sintomas: no período inicial e no período de estado; forma corrosiva e forma vegetante; vias linfáticas de generalização do cancroide dos lábios.

Diagnóstico: cancroide não ulcerado e papiloma. Cancroide ulcerado e lupus; cancroide do lábio e cancro sífilítico e goma ulcerada. Lesões cancerogomasas.

Tratamento: Queiloplastias. Técnica de Doyen. Recidivas. Estatísticas de Hermann Ebel e Broca. Mortalidade operatória.

Doente n.º 49. P. T. C. H. Lipoma volumoso pediculado, na face supero internada, côxa esquerda.

Lipomas.

Definição. Anatomia patológica: séde; volume; forma; lipomas encapsulados e lipomas difusos. Sua estrutura. Origem e evolução (teoria vascular, teoria nervosa e teoria diatésica). Sintomas e evolução clínica. Tratamento.

Anestesia regional com soluto de atoxicocaina.

Operação: Ablação do tumôr.

8 de Março (têrça feira):

51.ª LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 63. P. T. C. M. Epulis do 3.º m. ao 1.º c. inferior direito. Operação de curso: Ablação e termo-cauterização.

Doenças das gengivas.

1) Lesões traumáticas:

Feridas operatórias, contusões e ferimentos próprios ditos.

2) Lesões inflamatórias:

Gingivite aguda; gingivite flegmonosa; gingivite gangrenosa.

Gingivite crônica: forma fungosa e forma hipertrófica.

Tuberculose das gengivas;

Sífilis das gengivas;

3) Tumores:

Tumores vasculares (aneurisma da artéria dentária inferior e angiomas).

Tumores epiteliais (epitelioma). Tumores conjuntivos (fibroma sub-mucoso, epulis).

Epulis; definição; etiologia: influência da idade, do sexo e das irritações locais; relações do epulis com o sistema dentário. Caracteres anátomo-patológicos; sua estrutura histológica.

Patogenia segundo Nélaton, Virchow e Magiot.

Sintomas. Diagnóstico e tratamento.

Tumores dos maxilares:

I. Tumores relacionados com o sistema dentário:

A) Tumor do dente adulto (adamentomas e cementomas);

B) Tumor do dente em via de evolução (odontomas);

C) Tumores paradentários (quistos dentíferos, quistos adamantinos, epitelioma adamantino, quistos apendiculares, granulomas, quistos mucoides, epitelioma pavimentoso lobulado);

II. Tumores independentes do sistema dentário:

1) Tumores epiteliais (quistos, adenomas, epiteliomas e carcinomas);

2) Tumores conjuntivos (lipomas, fibromas, mixomas, condromas, osteomas e sarcomas).

Sarcomas: anatomia patológica; classificação; variedades histológicas.

Etiologia: sinais clínicos segundo os períodos de evolução destes tumores;

invasão regional. Prognóstico. Diagnóstico. Tratamento e limites de operabilidade.

Diagnóstico: Cancro do seio direito recidivado. Adenopatia axilar muito volumosa e aderente aos vasos.

Operação: Ablação do tumor e esvaziamento ganglionar da axila.

Doente n.º 58. P. T. C. M.

10 de Março (quinta feira):

52.ª LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 54. P. T. C. H., com estenose pilórica e estase total.

Operação: Gastroenterostomia transmesocólica posterior Von Hacker.

Semeiologia do estômago.

Interrogatório do doente

Métodos de exploração física do estômago;

Inspecção: habitus exterior, deformação do torax; aspectos do abdómen de face e de perfil; sua significação. Contração em massa e agitação peristáltica do estômago, sua observação, seus caracteres, seu valor semeiológico. Tumores visíveis.

Palpação: suas regras; palpação dos diversos órgãos abdominais. Ruído de «clapotage»; sua determinação e sua destrinça do gorgolejo intestinal. Condições em que se observa o ruído de «clapotage»:

a) Estômago vazio e ingestão duma quantidade determinada de água;

b) «Clapotage» depois duma refeição;

c) «Clapotage em jejum.

Importância como sinal de diagnóstico; causas de êrro. Tumores reconhecíveis pela palpação.

Exploração da sensibilidade; sua técnica; ponto xifoideo de Cruveilhier; ponto posterior ao nível da 1.ª vértebra lombar nas úlceras do estômago. Algesímetro de Boas; estesiómetro de Roux; condições que fazem variar a sensibilidade no mesmo indivíduo.

Percussão. Zona de Traube, suas dimensões e variações, sua significação semeiológica.

Insuflação do estômago: técnica; medição da capacidade; método Bourget; misturas gazeificantes. Valor semeiológico da modificação das dimensões da forma do estômago.

Exame radioscópico do estômago: técnica; forma do estômago (hipertónica, ortotónica, hipotónica, atónica).

Tonicidade do estômago. Dilatação e ptose do estômago; condições que a determinam. Poder motriz do estômago.

Diagnóstico: Úlcera varicosa na perna esquerda; varizes na perna e região poplitea.

Operação: Safenectomia interna.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 55. P. T. C. M.

15 de Março (têrça feira):

53.^a LIÇÃO

Carcinoma do estômago.

Etiologia e patogenia: a úlcera como único factor etiológico de valor no aparecimento do cancro; 7% de ulcerados gástricos serão cancerosos (Häberlin).

Acção dos traumatismos. Seu conhecimento sob ponto de vista médico legal. Duração da vida dum canceroso gástrico segundo Mikulicz. Influência da hereditariedade, da idade, do sexo. Raras vezes o cancro do estômago é secundário. Localização de eleição; 60% no piloro e antro-pilórico; 20% na pequena curvatura; 10% no cardia e 10% no resto do estômago.

Formas anátomo-patológicas segundo Borrmann:

- 1) Carcinoma sólido;
- 2) Cancro gelatinoso;
- 3) Cancro difuso de células polimorfos;
- 4) Cancros de células cilíndricas;
- 5) Adenoma maligno;
- 6) Forma mixta.

Sob o ponto de vista cirúrgico:

- 1) Cancro nitidamente delimitado, proeminente, por vezes pediculado;
- 2) Cancro infiltrado, profundamente ulcerado, de bordos salientes e circunscritos;
- 3) Semelhante ao precedente mas menos delimitado;
- 4) Cancros difusos, sem limites distintos.

Difusão do cancro através dos espaços e vasos linfáticos. ¿Por que motivo a invasão se não faz além de 1 1/2 centímetro do piloro e se estende sem limites na direcção do cardia? ¿Por que interessa esse conhecimento ao cirurgião? Indicações para a técnica operatória que daí derivam. Vias de difusão através da parede do estômago:

1) Via linfática; trabalhos de Sappey e estudos de Most e Cuneo; relações dos linfáticos celíacos com os três grupos de linfáticos da parede gástrica (gastricae superiores, gastricae inferiores e linfáticos). Percurso seguido pelas células cancerosas. A generalização linfática não depende do volume do neoplasma. Nem todos os gânglios volumosos são cancerosos (clínica de Mikulicz) no entanto o cirurgião deve fazer a sua ablação perfeita;

- 2) Via sangüínea (veias do estômago, veia porta, fígado, etc.);
- 3) Difusão por propagação directa (pâncreas, fígado, colon);
- 4) Via peritoneal. Caracteres das metastases peritóneas. Cancro ulcerado e úlcera cancerosa.

Sintomatologia.

Estado geral: emagrecimento e suas causas; côr da pele; valor do sangue em hemoglobina, edemas, observação do fígado e dos outros órgãos intra-abdominais; exame do sistema linfático; toque rectal e toque vaginal; estado da língua, anorexia, pirosis, dôres. Mortalidade do estômago. Perturbações da secreção gástrica: alterações da mucosa do estômago, diminuição do ácido clorídrico e conseqüente polulação de bactérias (b. lá-

ctico); fermentação láctica e outras fermentações orgânicas (butírica e acética) valor semeiológico do ácido láctico. Em que consiste a excepção que sob êste ponto representa o «ulcus carcinomatosum». Hemorragias microscópicas, exame do vômito e das fezes.

Existência dum tumôr, reconhecível pela palpação, constitue o sinal mais importante. Localização do neoplasma que o torna facilmente palpável; séde que o torna inacessível: Forma. Volume. Superfície e consistência. Dôr espontânea e dôr provocada pela pressão. Tensão da parede abdominal. Exame radiológico. Não há sintomas precoces.

Formas especiais e diagnóstico diferencial. Seus aspectos: 1) Cancro não estenosante;

2) Cancro do cardia;

3) Cancro do piloro. Caracteres de cada um dos aspectos do cancro.

Apresentação do doente n.º 78. P. T. C. M.

Diagnóstico: Carcinoma volumoso do piloro.

Doente n.º 71. P. T. C. H.

Diagnóstico: Carcinoma difuso sem limites distintos.

Laparotomia exploradora.

17 de Março (quinta feira):

54.ª LIÇÃO

Tratamento do cancro do estômago.

Tratamento cirúrgico: radical e paliativo. Só excepcionalmente se pode escolher a terapêutica a seguir sem ter aberto o abdômen. Erros freqüentes. Sempre que se não possa excluir uma operação radical é preciso uma laparotomia exploradora. Contraindicações absolutas: imobilidade do neoplasma, metastases a distância, metastases no fígado, ascite e cachexia muito adiantada. Na clínica Mikulicz operam-se com 20% de hemoglobina. «Modus faciendi»: laparotomia curta ao nível do tumor, exploração e diagnóstico diferencial entre carcinoma e úlcera: volume, consistência, aspecto da serosa e sua irrigação; número, volume e consistência dos gânglios, ascite, anamnese e outros dados clínicos.

¿Diagnosticado o carcinoma, como proceder? ¿Operação radical ou tratamento paliativo? Observação do volume, das aderências com o colon transversal, com o fígado e com o pâncreas; invasão do fígado; exame dos gânglios das duas curvaturas, do pâncreas, do fígado e peritoneais.

¿Sendo possível a ressecção do tumor, convirá fazer primeiro a g. e. e depois a ressecção? ¿Não sendo possível a extirpação ganglionar completa será conveniente a ressecção do tumor?

A ressecção do estômago é a operação de escolha.

Técnica da ressecção. Necessidade de resecar uma porção nunca inferior a 4 cent. para além do limite do tumor, do lado do cardia. Vantagem de, sempre que seja possível, não fazer ressecção total do estômago.

Distância a que deve ir a ressecção do lado do duodeno.

Tratamento paliativo: gastro-enterostomia; gastrostomia; exclusão do piloro, rádio e radiumterapia.

Gastro-enterostomia: suas indicações (insuficiência motora do estômago

sem anemia, nem cachexia avançadas). Séde da anastomose. Porque se não faz o gastroduodenostomia.

Gastrostomia nos carcinomas do cardia ou da região em torno.

Duodenostomia (Maydl) quando inexequível as operações anteriores.

Exclusão do piloro nos c. do piloro e região justa-pilórica.

Métodos operatórios usados na clínica de Ch. H. Mayo no tratamento do cancro do estômago; resultados operatórios.

Diagnóstico: Ferida por esmagamento no terço superior da perna direita.

Operação: Amputação da cõxa no terço inferior, pelo método circular oblíquo.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 933. T. O. H.

Diagnóstico: Carcinoma do seio direito e adenopatia axilar volumosa.

Operação: Operação de Halsted com autoplastia pelo processo de Morestin.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 59. P. T. C. M.

19 de Março (sábado):

55.ª LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 82.

Quisto hidático do fígado.

Localização mais freqüente; modificações de forma e volume do fígado conforme a séde do quisto.

Perturbações exercidas sobre os órgãos da vizinhança: compressão da veia porta, ascite, perfurações na cavidade pleral, nos brônquios, na artéria pulmonar, no pericárdio, etc.

Sintomas: impossibilidade do seu reconhecimento no comêço; falta de sinais. Ensinamentos colhidos pela inspecção, palpação e percussão quando volumosos. Sintomatologia dos órgãos em torno, quando há compressão ou supuração. Como se conhece a abertura do quisto na pleura, nos brônquios, nas vias biliares no pericárdio, nas vias urinárias, no estômago, no peritônio? Erupção à maneira da urticária. Modificações após a morte do equinococcus. Meios laboratoriais de diagnóstico dos quistos hidáticos e seu valor clínico.

Diagnóstico. Como se reconhece a ligação do tumor com o fígado; quando pode faltar a flutuação. Frêmito hidático: em que consiste, como se produz e onde se encontra. Ausência de especificidade dêste sinal. Punção exploradora. Porque se não permite em caso algum; seus perigos e conseqüências. Como se diagnostica a supuração do quisto hidático, sua confusão com o abscesso hidático, quisto hidático e carcinoma do fígado, degenerescência gordurosa e amiloide do fígado. Dificuldade no diagnóstico diferencial entre abscesso sub-frênico, derrame pleural e quisto hidático sub-frênico. Necessidade para o cirurgião de o fazer. Diagnóstico da perfuração do quisto hidático na cavidade abdominal (sinais violentos e de aparecimento súbito de irritação peritoneal). Duração dos quistos e sua

evolução. O portador dos quistos está sempre em perigo de vida. Quando se deve operar.

Diagnóstico: Quisto hidático ântero-superior e externo da grande curvatura do fígado.

Operação: Marsupialização por via transpleurofrênica.

22 de Março:

Diagnóstico: Duplo epiplocele epigástrico na linha média. Nódulo patológico do bordo anterior do fígado.

Operação: Cura radical das hérnias. Excisão do nódulo hepático para biopsia.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 56. P. T. C. H.

24 de Março:

Diagnóstico: Trajecto fistuloso antigo da região supraioidea.

Operação: Excisão do trajecto.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 41. P. T. C. H.

25 de Março:

Diagnóstico: Fractura da clavícula esquerda na parte média com cavalgamento do tópo interno.

Operação: Osteosíntese com parafusos; imobilização em aparelho en-gessado.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 59. P. T. C. H.

26 de Março:

Diagnóstico: Hérnia inguinal esquerda recidivada; epididimite tuberculosa, fistulizada, à direita.

Operação: Cura radical da hérnia; castração à direita.

Anestesia regional com soluto de atoxicocaina adrenalina.

Doente n.º 58. P. T. C. H.

26 de Março:

Diagnóstico: Fractura oblíqua no tærço inferior da tíbia esquerda com cavalgamento.

Operação: Osteosíntese com placa de Lane.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 2250. P. C. H.

29 de Março:

Diagnóstico: Ferida por arma de fogo: orifício de entrada no tærço superior da face posterior do antebraço. Orifício de saída no tærço inferior da face posterior do braço; fracturas cominutivas do rádio e do húmero; articulação do punho aberto; ferida comunicante entre os dois orifícios em supuração e com esquírolas no trajecto; segmento inferior da fractura do húmero desperiostado.

Operação: Desbridamento; eliminação dos corpos estranhos do trajecto; esquirolotomia; ressecção do tampo inferior do húmero. Penso à Carrel.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 60. P. T. C. H.

4 de Abril:

Diagnóstico: Hérnia inguinal direita. Varizes na perna direita.

Operação: Cura radical da hérnia. Safenectomia.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 62. P. T. C. M.

5 de Abril:

Diagnóstico: Carcinoma da mama esquerda com invasão ganglionar da axila e região supra-clavicular.

Operação: Operação de Halsted e esvaziamento dos gânglios supra-claviculares.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 64. P. T. C. M.

7 de Abril:

Diagnóstico: Úlcera varicosa na perna esquerda; varizes na perna e côxa.

Operação: Safenectomia interna.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 52. P. T. C. M.

13 de Abril:

Diagnóstico: Fractura da parte média da clavícula esquerda.

Operação: Osteosíntese. Processo Lane. Aplicação dum aparelho gessado.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 64. P. T. C. H.

14 de Abril:

Diagnóstico: Fractura transversal da rótula esquerda pelo quarto inferior.

Operação: Osteosíntese: cerclage Berger com fio de seda Leclerc. Imobilização num aparelho engessado.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 65. P. T. C. H.

Diagnóstico: Fibroma pediculado e longo no grande lábio.

Operação: Ablação.

Anestesia: Anestesia geral com cloroeto de etilo.

Doente n.º 61. P. T. C. M.

15 de Abril:

Diagnóstico: Epitelioma do véu palatino e da úvula.

Operação: Estaflectomia e uvulectomia.

Anestesia: Anestesia regional com soluto de novocaina-adrenalina.

Doente n.º 69. P. T. C. M.

17 de Abril:

Diagnóstico: Unhas encravadas nos dedos mínimos dos pés.

Operação: Arrancamento.

Doente: Consulta externa.

Diagnóstico: Lipoma volumoso da região dorso-lombar.

Operação: Ablação.

Anestesia: Anestesia regional sol. atóxico-cocaina adrenalina.

Doente n.º 71. P. T. C. M.

17 de Abril:

Diagnóstico: Hipertrofia das amígdalas.

Operação: Amigdalotomia por fragmentação; pinça de Ruault.

Anestesia: Anestesia local com pulverização de soluto de cocaina.

Doente de consulta externa.

19 de Abril (têrça feira):

56.ª LIÇÃO

Tratamento cirúrgico moderno dos quistos hidáticos:

I. Extirpação. Em que consiste. Como se realiza:

a) Eucleação. Definição. Êste processo assenta sôbre um êrro anatómico. É um processo irracional, impraticável, perigoso e inútil e que deve ser abandonado (Devé). ;Porquê?

b) Extirpação total. É o tratamento ideal. Em que circunstâncias se pode executar.

II. Marsupialização. Sua técnica e suas indicações. Complicações (supuração, colerragia, fistulas crônicas e eventrações). Causas de supuração. Duração dos trajectos fistulosos; estatísticas de Cranwille e Vegas. Influência de supuração e da colerragia na persistência das fistulas. Colerragia primitiva e colerragia secundária; suas causas e seus efeitos. Casos de morte. ;Porque se dá muitas vezes a eventração? Indicações da marsupialização (supuração e calcificação da adventícia). ;As fistulas biliares intra-quísticas contraídicam a sutura?

Supressão da drenagem:

a) Sutura do saco seguida de fixação à parede;

b) Sutura do saco com a sua redução livre. Redução sem drenagem eis o método de escolha. Suas indicações conforme:

a) *Estado do quisto:* α) a infecção em geral não permite a aplicação dêste método operatório. Casos em que o líquido é turvo sem infecção podendo ser feita a supressão da drenagem. Sutura do saco à parede e punções sucessivas; β) volume;

b) *Do estado da membrana adventícia:* α) calcificação; β) rigidês; γ) fis-

tulas biliares intra-quísticas; seu tratamento para que a supressão da drenagem possa ser aplicada;

c) *Da séde do quisto*: sua classificação: α) quistos ântero-inferiores; β) quistos póstero-inferiores; γ) quistos ântero-superiores e suas vias de acesso; δ) quistos póstero-superiores e séde da sua intervenção; ¿ como intervir?

Marsupialização ou redução sem drenagem.

Processos que permitem a supressão da drenagem:

1) Redução do saco aberto sem ressecção das paredes do quisto; seus inconvenientes;

2) Redução do saco aberto depois duma ampla ressecção das paredes. (Processo de Mabit-Buenos Ayres). Sua técnica e crítica de P. Delbet;

3) Redução do saco suturado (Delbet):

a) Redução depois de «capitonnage» e sutura. Sua técnica; possibilidade duma colerragia e hemorragia intraquísticas.

Tratamento profilático das enxertias hidáticas. Processos antigos, seu abandôno por causa de intoxicações gerais. Lavagem com sublimado de Tuffier, de soluto de ácido fénico a 5 por 100 de Orloff. Injecção antes da abertura segundo Devé; diferentes injecções parasitocidas; sua técnica (Devé-Quénu). Impossibilidade da sua aplicação em certos casos.

Estudo comparativo da marsupialização e da sutura sem drenagem.

Acidentes: colerragia ligeira, intoxicação ou choque anafilático, febre, derrames secundários. (Supuração. Hemorragia). Pneumatose.

Conclusões.

Comparação dos diversos processos de sutura sem drenagem.

Operação de curso: Cura duma hérnia crural direita segundo o processo de Proust-Grubé.

Doente n.º 86. P. T. C. M.

21 de Abril (quinta feira):

57.ª LIÇÃO

Apresentação da doente n.º 83. P. T. C. M.: Mal de Pott da 1.ª, 2.ª e 3.ª vértebras lombares.

Mal de Pott (Tuberculose vertebral; Espondilite tuberculosa).

Anatomia patológica:

A) Forma circunscrita enquistada que leva à cavernização e à caseificação; caracteres e evolução.

B) Forma infiltrada, difusa que origina sequestros, sem caseificação. Alterações observadas nos ossos. Sequestros em cunha.

Como se forma a gibosidade. ¿ Quando se forma?

Seu mecanismo. Inflexão e curvatura. Número de vértebras invadidas. Configuração da gibosidade segundo a séde, extensão da destruição, etc. Seus caracteres. Causa da inflexão e sua medição. Inflexão completa e incompleta. Possibilidade de distinguir na coluna o ráquis anterior e o ráquis posterior. Relações dos dois segmentos do ráquis anterior. Modificações do ráquis posterior: formação da gibosidade e dum certo encurtamento do

ráquis. Raridade do mal de Pott com dupla gibosidade. Caracteres da caverna resultante da destruição dos corpos vertebrais e seus limites. A gibosidade pode faltar; em que circunstâncias.

Curvaturas de compensação; sua influência sobre a estatura; factores que facilitam o aparecimento das deformações secundárias do tórax e da bacia; deformações na gibosidade dorsal superior, na gibosidade dorsal inferior, na gibosidade dorso-lombar.

Modificações dos grossos vasos e do esófago: alteração de forma e de calibre da aorta, repercussão sobre o coração e sobre a irrigação e temperatura dos membros inferiores. Acção sobre a veia cava e sobre o esófago. O comêço da tuberculose vertebral é de origem hematogénea; meios de propagação aos tecidos vizinhos.

Abcessos póticos, tuberculoma (Lannelongue) abcesso por congestão, abcessos ossifluentes. Localização, marcha, forma, trajectória, caracteres macroscópicos e microscópicos do pus. Sêde de eleição dos abcessos que proveem das vértebras cervicais superiores, das vértebras cervicais inferiores, da região dorsal, da região lombar. Perturbações dos diferentes órgãos que os diferentes abcessos podem originar.

Mal vertebral posterior: formação de sequestros e de abcessos; sua penetração no ráquis e compressão ou infecção das meninges.

Paquimeningite tuberculosa externa. A dura mater opõe um obstáculo à infecção; as perturbações medulares são produzidas por compressão. Como explicar a paraplegia? Compressão medular produzida pelo apêto do canal raquídeo. Como compreender a freqüência da paraplegia no mal de Pott dorsal. Outros factores na patogenia dos acidentes nervosos (Déjerine): mielite, associação de lesões medulares e lesões radiculares, perturbações circulatórias.

Como se faz a reparação das lesões ósseas no ráquis anterior e no ráquis posterior.

Operação de curso: Amputação do seio direito.

Diagnóstico: Sarcoma ulcerado e com tecidos necrosados.

Doente n.º 85. P. T. C. M.

23 de Abril (sábado):

58.ª LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 83. P. T. C. M.: Mal de Pott da 1.^a, 2.^a e 3.^a vértebras lombares.

Mal de Pott (continuação).

Etiologia. ¿Porque é o mal de Pott uma das localizações mais freqüentes da tuberculose óssea?

¿Porque se não pode dizer se se trata duma tuberculose primitiva ou secundária? Localizações mais freqüentes. Causas predisponentes; idades em que aparece de preferência. Origem do contágio.

Sintomatologia. Sintomas do comêço: triade sintomática do período de estado. Valor semeiológico das dores locais espontâneas e provocadas. Maneira de as explorar: palpação directa, esponja quente, galvanização da

coluna vertebral, percussão ligeira, choques exercidos sobre a cabeça e es-páduas. Atitude do pótico e sua explicação. Exploração da mobilidade do ráquis e suas alterações. Dores expontâneas, sua séde e seu valor:

a) Gibosidade e seus caracteres: aparecimento, forma, medição e configuração conforme os diferentes segmentos do ráquis. Deformações torácicas consecutivas; tórax de polichinelo. Deformações da bacia; espondilolites e seus sinais. Sua importância sob o ponto de vista obstétrico;

b) Abscessos: sua freqüência em conjunto (24 por 100) e conforme a séde do mal de Pott; confusões fáceis destes abscessos com outras lesões; seus caracteres mais importantes;

c) Paraplegia. Paraplegia motriz de comêço; sua instalação lenta e progressiva. Perturbações sensitivas. Paraplegia flácida inicialmente, a sua transformação em paraplegia espasmódica. O exagêro de reflexos pode ser um sinal precoce de mal de Pott. Clonus do pé e sinal de Babinski. Perturbações das esfínteres. Modificações objectivas da sensibilidade. A topografia destas perturbações é radicular. Perturbações tróficas, musculares e articulares.

Diagnóstico: Sinais em que assenta (dôres locais, gibosidade, abscessos, sintomas medulares) como reconhecer um mal de Pott incipiente; como reconhecê-lo nas crianças. Necessidade por vezes da narcose. Dificuldades de diagnóstico. Afecções cuja sintomatologia é análoga à do mal de Pott. Possibilidade de confusão, quando só há dôres, com o lumbago, nevralgias intercostais ileo-lombar, crural, ciática; maneira de fazer a destrinça. Mal de Pott e reumatismo vertebral. Mal de Pott e nevralgia espinhal de Brodies. Como distinguir a gibosidade das saliências anormais das apófises espinhosas. Cifose dolorosa dos raquítics e mal de Pott.

Espondilite tuberculosa e espondilite traumática de Kummel. Mal de Pott e sífilis vertebral; abscessos póticos e abscessos costais posteriores; abscessos perinefríticos e abscessos ossifluentes ligados ao ôsso iliaco. Contractura coxálgica do psoas e contractura do psoas por abscesso. Importância da radiografia.

Evolução e prognóstico: duração da doença; modo de cura; pseudo-curas. Evolução dos abscessos; da reabsorpção à fistulização com septicemia e degenerescência amiloide do figado e rim. O futuro dum paraplégico destes. Causas de morte (tuberculose pulmonar e meningite. Mortalidade.

Tratamento precoce e prolongado, tónico, imobilizante e delimitante da doença. Insucessos do tratamento cirúrgico:

I. Tratamento geral como se deve compreender a vida ao ar livre, o repouso e a alimentação forte. Montanha ou beira-mar? Helioterapia. Higiene e regimen medicamentoso dos póticos;

II. Tratamento local: repouso horizontal rigoroso. Decúbito dorsal; decúbito ventral. Goteira de Bonnet. Cama de Lannelongue modificada por Ménard.

Operações do curso: Osteosíntese da clavícula com parafuso.

Diagnóstico: Fractura oblíqua da clavícula direita pelo tærço externo.

Doente n.º 964. T. O. H.

Ablação de duas placas duma osteosíntese no húmero esquerdo do doente n.º 5. P. T. C. H.