

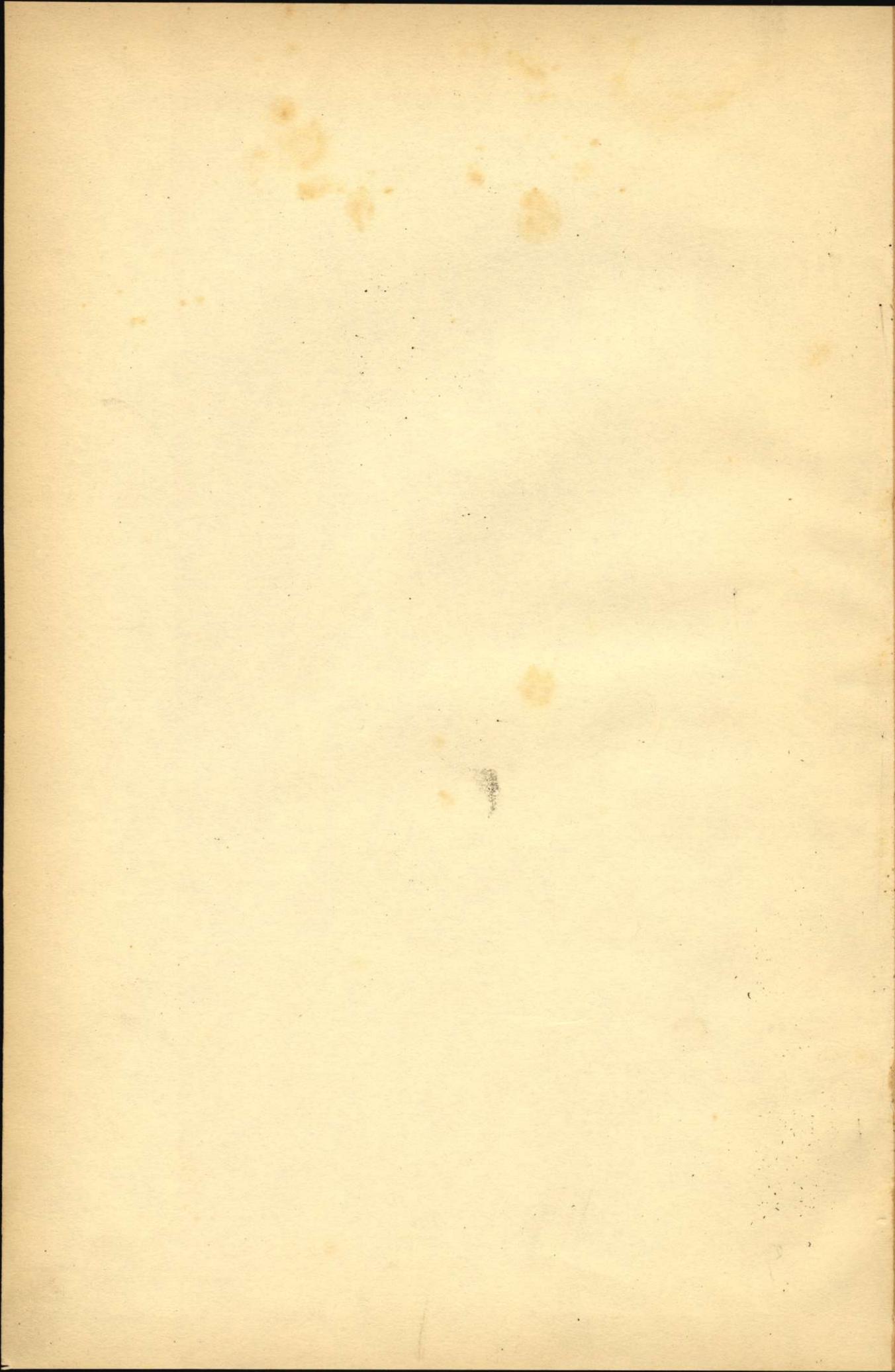
oferta do A.
(por catalogar)

10

1

24

31



BOLETIM

DOS



HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

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

ANO I — VOLUME I



IMPRENSA DA UNIVERSIDADE
COIMBRA — 1921

BOLLETIM
HOSPITALIS DA UNIVERSIDADE
DE COIMBRA

(1870 - 1871) - Vol. I - No. 1 - 1870



LIVRARIA DE MONSENHOR
COPINHO - 1870

CLÍNICA E POLICLÍNICO CLÍNICO

ANEXO DA FONTE

Ligeiro sobre o 18 de Julho de 1921

PRÓLOGO

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

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

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

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

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

Coimbra, 1921.

O Director dos Hospitais da Universidade de Coimbra,

JOÃO DUARTE DE OLIVEIRA.

CLÍNICA E POLICLÍNICA CIRÚRGICAS

PROF. ÂNGELO DA FONSECA

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

CIRÚRGIA ESPLÉNICA

Observação. — Doente n.º 2120 — U. H.

Antecedentes hereditários: sem importância.

Antecedentes pessoais: nem paludismo, nem sifilis.

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

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

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

A palpação sente-se a existência de uma massa consistente, móvel, regular, de superfície lisa, indolor, ocupando todo o hipocondrio esquerdo, atingindo mesmo a região epigástrica.

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

Não há frémito hidático.

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

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

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

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

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

ANÁLISE COMPLETA DE URINAS

(11 de Outubro)

Caracteres gerais

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

Aparência: turva
Depósito: abundante
Reacção: alcalina
Densidade: 1,015

Elementos normais

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

Relações urológicas

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

Elementos anormais

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

Exame microscópico

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

Conclusões

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

ANÁLISE SUMÁRIA DA URINA

(29 de Novembro)

Volume	500 c. c.
Densidade	1,025
Reacção	alcalina
Cór	amarelo escuro
Aparência	turva
Depósito	abundante
Cheiro	amonical
Ureia	21,50 por litro
Cloreto	9,71 por litro
Albumina	não tem
Mucina	não tem
Glucose	não tem
Acetona	não tem
Urobilina	não tem
Acidos biliares	não tem
Pimentos biliares	não tem
Indican	não tem

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

COEFICIENTE DE AMBARD

(29 de Novembro)

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

POLIURIA EXPERIMENTAL

(29 de Novembro)

Urina vesical.

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

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

REACÇÃO DE WASSERMANN — POSITIVA (FRACA)

(29 de Setembro)

REACÇAO DE WEINBERG — POSITIVA (FORTE)

(3 de Novembro)

REACÇAO DE WEINBERG — POSITIVA (FORTE)

(27 de Novembro)

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

ANÁLISE DE SANGUE

Em 13 de Outubro:

Formula leucocitária:

Polinucleares	65,3 %
Eosinofilos	2,2 %
Mononucleares:	
grandes e médios.	28,5 %
linfocitos	2 %

Em 20 de Outubro:

Formula leucocitária:

Polinucleares	62,2 %
Eosinofilos	2,1 %
Monocleares:	
grandes.	6,3 %
médios e linfocitos.	29,3 %

Nos linfocitos predominavam os médios monocleados.

Em 13 de Novembro:

Coagabilidade:

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

Em 26 de Novembro:

Percentagem de hemoglobina	70 %
Glóbulos brancos	2.200 por m. ³
Glóbulos vermelhos	3.392000 por m. ³

DISCUSSÃO

MEUS SENHORES:

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

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

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

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

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

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

A literatura médico-cirúrgica é abundante a tal respeito.

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

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

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

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

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

*

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

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

A primeira hipótese.

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

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

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

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

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

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

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

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

*

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

O doente jamais teve paludismo.

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

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

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

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

*

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

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

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

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

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

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

*

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

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

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

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

*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*

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

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

E tudo isto dura quatro a seis anos.

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

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

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

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

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

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

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

A doença de Banti tem sido objecto de muitas discussões.

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

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

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

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

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

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

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

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

É ou não o baço um órgão indispensável à vida?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Que fazer em presença de casos desta ordem?

Praticar a esplenectomia.

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

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

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

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

*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*

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

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

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

A. H. Sem importância.

A. P. Sem importância.

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

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

E. A. Dia 31 de agosto.

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

Terapêutica: — Injeção hipodérmica de soro fisiológico. — Atropomorfina. — Óleo canforado. — Gelo sobre o ventre.

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

Terapêutica: — Sôro fisiológico (800 c. c.). — Atropomorfina. — Óleo canforado. — Gelo sobre o ventre.

Dia 2 de Setembro: — A doente peorou consideravelmente.

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

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

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

Terapêutica: — Sôro fisiológico 800 c. c. — Óleo canforado — Gelo sobre o ventre. — Água gelada.

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

Morte à uma hora. — Perfuração intestinal?

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

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

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

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

Diagnóstico clínico ou síndrome importante: Oclusão intestinal.

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

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

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

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

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

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

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

A autópsia veio confirmar inteiramente o diagnóstico.

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

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

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

O caso clínico pertence à primeira categoria.

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

metros de largura e fortemente congestionado. Tem uma consistência mole e cór vermelha escura uniforme em todas as partes do seu parênquima. Pela pressão dá sangue de cór escura. Pesa 550 gramas».

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

Diagnóstico — esplenite crónica.

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

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

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

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

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

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

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

SEQUENCIAS OPERATORIAS.

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

Teve um vómito escuro. Gelo sobre o ventre, poção com percloro de ferro às colheres.

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

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

A) Descrição macroscópica-Esplenomegalia de Banti Periesplenite.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Teve uma dejeção abundante com melena. Água de Vidago e de Luso. Leite.

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

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

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

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

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

Analises de urina

Em 18 de Dezembro

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

Em 18 de Janeiro

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

Estes dois relatórios demonstram que não há elementos anormais, que o rim excreta uns 36 gramas de uréa por dia, que existe poliuria com baixa densidade, que a quantidade de cloreto é praticamente normal.

Análises de sangue

Em 23 de Dazembro

Globulos brancos	2.500
Globulos vermelhos	3.600.000

Em 17 de Janeiro

Coagabilidade	6 minutos
Hemoglobina	70%
Globulos brancos	6.800
Globulos vermelhos	4.400.000

Fórmula leucocitária

Polinucleares	67%
Eosinófilos	3,5%

Mononucleares:	
Grandes e médios	14,5%
Linfocitos	14,5%

Pelos relatórios expostos vê-se que havia:

	Globulos brancos	Globulos vermelhos
Antes da operação	2.200	3.392.000
25 dias depois da operação	2.500	3.600.000
48 dias depois da operação	6.800	4.400.900

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

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

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

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

O funcionamento de todos os aparelhos e sistemas é perfeito.

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

CLÍNICA E POLICLÍNICA CIRÚRGICAS E CLÍNICA UROLÓGICA

PROF. ANGELO DA FONSECA

Sumário das lições

ANO LECTIVO DE 1920-1921

Semestre de inverno (Outubro a Fevereiro)

1 de Outubro (sexta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

2 de Outubro (sábado):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

3 de Outubro (domingo):

Visita às enfermarias.

4 de Outubro (segunda feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

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

Trepanação.

5 de Outubro (terça feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

6 de Outubro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Serviço de exames.

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

Cura radical: método Bassini-Barker.

7 de Outubro (quinta feira):

Visita às enfermarias. Serviço de exames.

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

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

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

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

8 de Outubro (sexta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Serviço de exames.

9 de Outubro (sábado):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Serviço de exames.

10 de Outubro (domingo):

Visita às enfermarias.

11 de Outubro (segunda feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Serviço de exames.

12 de Outubro (terça feira):

Visita às enfermarias. Serviço de exames.

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

Cura radical pelo método Bassini-Barker.

13 de Outubro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Serviço de exames.

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

14 de Outubro (quinta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Serviço de exames.

15 de Outubro (sexta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Serviço de exames.

16 de Outubro (sábado):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Serviço de exames.

17 de Outubro (domingo):

Visita às enfermarias.

18 de Outubro (segunda feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Serviço de exames.

19 de Outubro (terça feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Serviço de exames.

20 de Outubro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Serviço de exames.

21 de Outubro (quinta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Serviço de exames.

- 22 de Outubro (sexta feira):**
Visita às enfermarias. Consulta externa. Serviço de exames.
- 23 de Outubro (sábado):**
Visita às enfermarias. Consulta externa.
Operação: — Doente n.º 3090. P. C. M. Diagnóstico: Carcinoma do figado.
Laparotomia exploradora.
- 24 de Outubro (domingo):**
Visita às enfermarias.
- 25 de Outubro (segunda feira):**

CLÍNICA UROLÓGICA — 1.ª LIÇÃO

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

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

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

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

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

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

- 26 de Outubro (terça feira):**

CLÍNICA CIRÚRGICA — 1.ª LIÇÃO

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

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

Conduta a seguir no tratamento d'este doente.

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

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

Os dois grandes perigos: a pseudartrose e a infecção.

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

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

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

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

Osteotomia seguida de osteosíntese com placa metálica de Lambotte.

27 de Outubro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

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

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

28 de Outubro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 2.ª LIÇÃO

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

Indicações de urgência nas hérnias estranguladas.

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

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

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

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

29 de Outubro (sexta feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 2.ª LIÇAO

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

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

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

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

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

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

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

A constituição do cálculo tendo como núcleo um corpo estranho.

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

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

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

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

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

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

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

Desarticulação do dedo.

30 de Outubro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 3.º LIÇÃO

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

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

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

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

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

Desbridamento sem contrabertura. Drenagem: sistema de tubos per-

furados, maceração dos tecidos ao contacto com o líquido permanente-mente renovado.

Exame clínico e bacteriológico das feridas: curvas microbianas, este-rilização das feridas. Sutura secundária.

Técnica usada nesta clínica.

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

Talha hipogástrica.

31 de Outubro (domingo):

Visita às enfermarias.

1 de Novembro (segunda feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 3.ª LIÇÃO

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

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

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

Consulta externa: — exame de doentes portadores de uretrites.

2 de Novembro (terça feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 4.ª LIÇÃO

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

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

3 de Novembro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

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

Extirpação.

4 de Novembro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 5.ª LIÇÃO

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

Afecções cirúrgicas da mão.

Processos inflamatórios: panarícos e suas variedades, artrites, osteoperiostites e osteites. Spina ventosa e dacilite sifilitica.

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

A doente tem um osteosarcoma.

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

Talha hipogástrica.

5 de Novembro (sexta feira):

CLÍNICA UROLOGICA — 4.ª LIÇÃO

Apresentação de doentes da consulta externa.

Uretrites amicrobianas e uretrites sépticas.

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

Uretrites gonocócicas. Marcha das uretrites. Formas agudas e crónicas.

Evolução anatómica: invasão em profundidade e invasão em superfície.

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

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

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

Cura radical. Bassini-Barcker.

6 de Novembro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 6.ª LIÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Incisão, desbridamento e drenagem.

7 de Novembro (domingo):

Visita às enfermarias. Observação de doentes de alta urologia.

8 de Novembro (segunda feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 5.ª LIÇÃO

Apresentação de doentes da consulta externa.

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

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

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

Curetagem.

9 de Novembro (terça feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 7.ª LIÇÃO

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

Noções fundamentais das fracturas dos membros: redução e contensão.

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

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

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

10 de Novembro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

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

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

11 de Novembro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 8.ª LIÇÃO

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

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

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

Diagnóstico diferencial: séde e causa.

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

Vamos praticar a gastro-enterostomia.

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

Gastro-enterostomia transmesocólica posterior. Processo de Von Hacker.

12 de Novembro (sexta feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 6.ª LIÇÃO

Apresentação de doentes da consulta externa.

Uretrite crónica. Gôta matutina. Caracteres da secreção.

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

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

Abertura do abcesso e drenagem com tubos de cauchouc.

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

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

13 de Novembro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 9.ª LIÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

14 de Novembro (domingo):

Visita às enfermarias. Observação de doentes de alta cirurgia.

15 de Novembro (segunda feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 7.ª LIÇÃO

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

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

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

Pensos aos doentes operados.

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

Cuidados post-operatórios na talha hipogastrica.

16 de Novembro (terça feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 10.ª LIÇÃO

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

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

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

A acção radiumterápica:

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

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

Aparelhos radíferos. Medidas e análises das irradiações utilizáveis.

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

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

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

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

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

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

Operação: excisão dos nódulos.

17 de Novembro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

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

Prostatectomia transvesical.

18 de Novembro (quinta feira) :

CLÍNICA CIRÚRGICA — 11.^a LIÇÃO

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

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

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

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

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

A intervenção cirúrgica é a única terapêutica racional da echinococose.

Análise e crítica dos diversos métodos operatórios:

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

d) Processos que realizam a supressão da drenagem:

1.º redução do saco aberto sem ressecção das paredes do quisto (Hamilton-Russel);

2.º redução do saco aberto depois da ampla ressecção das paredes (Mabit);

3.º redução do saco suturado (Delbet): — redução depois de *capitonage*; redução livre no abdómen;

4.º fixação do saco à parede abdominal.

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

19 de Novembro (sexta feira) :

CLÍNICA UROLÓGICA — 8.^a LIÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

20 de Novembro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 12.ª LIÇÃO

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

Discussão dos cuidados post-operatórios.

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

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

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

Doente n.º 2129. U. H. Diagnóstico: Tuberculose renal?

Cateterismo do rim direito.

Doente n.º 2152. U. H. Diagnóstico: Tuberculose renal?

Cateterismo do rim direito.

21 de Novembro (domingo):

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

22 de Novembro (segunda feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 9.ª LIÇÃO

Apresentação de doentes da consulta externa.

Apertos da uretra, definição.

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

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

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

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

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

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

23 de Novembro (terça feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 13.ª LIÇÃO

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

Doente n.º 2120. U. H. Diagnóstico: doença de Banti.
 É ou não o baço um órgão indispensável à vida?
 Constituição anatómica do baço; noções fisiológicas modernas.
 Funções leucopoiética, hematopoiética, eritropoiética, hemolítica e spodolítica.

O que nos diz o Laboratório?

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

O que nos diz a clínica?

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

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

Cura radical (processo de Bassini-Barker).

24 de Novembro (quarta feira):

Visita às enfermarias.

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

Amputação do seio (processo de Helstead).

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

Laparotomia; abertura do foco e drenagem.

CLÍNICA CIRÚRGICA. O CURSO FALTOU

25 de Novembro (quinta feira):

Visita às enfermarias.

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

Cura radical (processo de Bassini-Barker).

26 de Novembro (sexta feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 10.ª LIÇÃO

Apresentação de doentes da consulta externa.

Apertos de origem traumática.

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

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

Traumatismos da região peniana. Sintomas e evolução.

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

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

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

27 de Novembro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 14.^a LIÇÃO

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

Localização do tumor: tratar-se há duma esplenomegalia?

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

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

Reflexo hepato-esplénico — esplenomegálias de origem hepática: cirrose hipertrófica de Hanot, cirrose biliar hipsplenomegálica de Gilbert, esplenomegálias meta-ictéricas, cirrose de Laennec, etc.

Esplenomegálias do fôro médico cirúrgico: — processos palúdicos, sifíticos e tuberculosos.

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

Indicações da esplenectomia.

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

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

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

28 de Novembro (domingo):

Visita às enfermarias. Observação de doentes de alta cirurgia.

29 de Novembro (segunda feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 11.^a LIÇÃO:

Apertos sifílicos. Câncro duro da uretra. Lesões terciárias: úlceras e gomas do canal. Uretrite sifíltica.

Sintomas e diagnóstico. Tratamento geral e tratamento local.

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

30 de Novembro (terça feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 15.^a LIÇÃO:

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

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

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

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

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

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

Septicemia.

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

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

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

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

Esplenectomia.

1 de Dezembro (quarta-feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

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

Safenectomy.

2 de Dezembro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 16.^a LIÇÃO:

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

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

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

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

Construção de Krönlein.

Método de Kocher.

Indicações e contra-indicações da trepanação.

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

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

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

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

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

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

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

Orchidopexia.

3 de Dezembro (sexta feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 12.ª LIÇÃO:

Apresentação de doentes da consulta externa.

Complicações das uretrites.

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

A distância: endocardites, reumatismo, radiculites.

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

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

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

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

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

Ressecção do plexo varicoso e do escroto.

4 de Dezembro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 17.ª LIÇÃO:

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

Neoplasmas das partes moles e neoplasmas do fémur.

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

Tumores malignos: epiteliomas e sarcomas.

A doente em discussão tem um sarcoma muito volumoso.

Condições de operabilidade.

A malignidade do tumor depende da sua constituição histológica.

Limites do neoplasma, invasão a distância.

Esta doente tem 80 anos é inoperável.

Roentgenterapia. Curioterapia. Electrocoagulação. Fulguração. Intervenção sangrenta.

Valor e campo de acção dos diversos meios terapêuticos.

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

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

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

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

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

5 de Dezembro (domingo):

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

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

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

6 de Dezembro (segunda-feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 13.^a LIÇÃO :

Apresentação de doentes da consulta externa.

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

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

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

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

7 de Dezembro (terça-feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

8 de Dezembro (quarta-feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

9 de Dezembro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 19.^a LIÇÃO:

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

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

Partidários da intervenção sistemática.

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

Análise e crítica do método. Estatísticas.

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

Inspecção; radiografia.

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

10 de Dezembro (sexta feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 14.^a LIÇÃO:

Apresentação e discussão de doentes retencionistas.

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

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

Retenção de causa inflamatória, congestiva, espasmódica e nervosa.

Retenção devida a aperto.

Retenção devida a traumatismo.

Retenção de causa mecânica.

Retenção nos prostáticos.

Reflexo da retenção sobre o aparelho urinário.

Reflexo da retenção sobre o estado geral do doente.

Estudo fisiopatológico.

11 de Dezembro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 20.^a LIÇÃO:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12 de Dezembro (domingo):

Visita às enfermarias.

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

Laqueação e susura com drenagem.

(Cir. Prof. B. Barreto).

13 de Dezembro (segunda feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — O CURSO FALTOU.

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

14 de Dezembro (terça feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — O CURSO FALTOU.

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

Extirpação.

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

Sequestrectomia.

(Cir. Prof. B. Barreto).

15 de Dezembro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

16 de Dezembro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — O CURSO FALTOU.

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

17 de Dezembro (sexta feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias. Consulta externa.

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

Doente n.º 2180. U. H. Diagnóstico: abcesso periuretral. Incisão, desbridamento, drenagem.

18 de Dezembro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias. Consulta externa.

19 de Dezembro (domingo):

Visita às enfermarias. Exame de doentes de alta cirurgia.

20 de Dezembro (segunda feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias. Consulta externa.

21 de Dezembro (terça feira):

CLÍNICA GIRÚRGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias.

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

Extirpação do tumor.

22 de Dezembro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

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

23 de Dezembro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias. Consulta externa. Exames cistoscopicos.

24 de Dezembro (sexta feira):

Começam as férias. Visita às enfermarias. Consulta externa.

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

Parotidectomia parcial.

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

Abertura ampla, desbridamento e drenagem.

25 de Dezembro (sábado):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

26 de Dezembro (domingo):

Visita às enfermarias.

27 de Dezembro (segunda feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

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

Enucleação.

(Cir. Prof. B. Barreto).

28 de Dezembro (terça feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

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

(Cir. Prof. B. Barreto).

29 de Dezembro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Exames cistoscópicos.

30 de Dezembro (quinta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

31 de Dezembro (sexta feira):

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

Amputação do seio: proc. de Helstead.

1 de Janeiro (sábado):

Visita às enfermarias.

2 de Janeiro (domingo):

Visita às enfermarias

3 de Janeiro (segunda feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

4 de Janeiro (terça feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

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

Cura radical — ressecção parcial e inversão da vaginal.

5 de Janeiro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

6 de Janeiro (quinta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operação: doente n.º 2140. U. H. Diagnóstico: fistula vesical hipogás-trica. Libertação da parede da bexiga seguida da sutura em três planos.

7 de Janeiro (sexta feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias. Consulta externa.

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

Extracção da bala seguida de drenagem ampla.

Doente n.º 985. P. C. H.

Diagnóstico: osteite do terço inferior do fémur direito.

Curetagem.

8 de Janeiro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — O CURSO FALTOU

Visita às enfermarias. Consulta externa.

9 de Janeiro (domingo):

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

10 de Janeiro (segunda feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 15.ª LIÇÃO

Apresentação de doentes com hipertrofia da próstata.

Método de exame. Valor dos pequenos sinais clínicos.

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

Retenção aguda de urina; causas que a favorecem.

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

Retenção e incontinência; falsa incontinência. Estudo fisiopatológico d'este fenómeno.

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

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

Exploração metálica.

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

11 de Janeiro (terça feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 21.^a LIÇÃO

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

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

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

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

Fistulas intra-cervicais: obliteração directa por via vaginal; obliteração indirecta — histero-estomatocele. Obliteração por via transvesical. Obliteração por via transperitoneal (Ditel e Forgue). Obliteração por via transperitoneo-vesical (Legueu).

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

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

Tracheotomia de urgência.

12 de Janeiro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa. Exames cistoscópicos.

13 de Janeiro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 22.^a LIÇÃO

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

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

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

Biloculação do estômago.

Deformação permanente da ansa duodenal.

Como a marcha da úlcera é definida pelo exame radiológico.

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

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

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

14 de Janeiro (sexta feira):

CLINICA UROLÓGICA — 16.^a LIÇÃO

Apresentação de doentes com hipertrofia da próstata.

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

Exame microscópico: as hipertrofias glandulares, fibrosas e mixtas.

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

Fenómenos que complicam a situação do prostático:

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

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

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

Regularização do coto.

15 de Janeiro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 23.^a LIÇÃO

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

16 de Janeiro (domingo).

Visita às enfermarias.

17 de Janeiro (segunda feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 17.^a LIÇÃO

Casos clínicos de hipertrofia da próstata.

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

Cateterismo e toque rectal.

Indicações da sonda permanente.

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

Terapêutica curativa: Prostatectomia perineal — operação hoje abandonada. Prostatectomia transvesical (Fuler). Técnica de Freyer e de Albaran.

A enucleação intra-prostática do adenoma (Legueu) é a técnica que hoje adopto.

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

Operação:—Doente n.º 2208. Q. P. U. H. Diagnóstico: oclusão intestinal.

Este doente era portador de uma hérnia inguinal à direita que num dado momento se estrangulou. Sobre ela exerceu manobras de taxis tão violentas que conseguiu reduzir o saco com a ansa, convertendo assim o estrangulamento externo em estrangulamento interno.

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

18 de Janeiro (terça feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 24.ª LIÇÃO

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

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

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

Ressecção do cotovelo.

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

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

19 de Janeiro (quarta feira).

Visita às enfermarias. Consulta externa. Exames cistoscópicos.

20 de Janeiro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 25.ª LIÇÃO

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

Trepanação.

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

Ressecção do cotovelo.

21 de Janeiro (sexta feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 18.ª LIÇÃO.

Doentes com hipertrofia da próstata.

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

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

De que morrem os prostatectomizados?

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

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

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

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

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

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

22 de Janeiro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 26.^a LIÇÃO.

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

Indicações operatórias nas anquiloses do cotovelo.

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

Conduta a seguir nas diversas hipóteses.

Estudo das lesões anatómicas.

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

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

Cuidados post-operatórios. Resultados.

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

23 de Janeiro (domingo):

Visita às enfermarias.

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

Visita às enfermarias. Consulta externa.

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

Cistectomia parcial.

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

Visita às enfermarias. Consulta externa.

26 de Janeiro (quarta feira):

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

27 de Janeiro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 27.ª LIÇÃO.

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

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

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

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

Hidrocelo sintomático e hidrocelo adquirido.

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

Reductibilidade do líquido.

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

Pachi-vaginalites; causas que as determinam; estrutura anatomo-patológica que as caracterizam.

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

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

Cura radical (ressecção parcial e inversão da vaginal).

28 de Janeiro (Sexta-feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 19.ª LIÇÃO.

Apresentação de prostáticos profundamente infectados.

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

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

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

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

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

Cura radical (proc. de Bassini-Barker).

29 de Janeiro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 28.ª LIÇÃO.

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

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

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

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

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

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

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

Trepanação da câmara óssea e sequestrectomia.

30 de Janeiro (domingo):

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

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

Visita às enfermarias. Consulta externa.

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

Incisão, desbridamento, drenagem.

1 de Fevereiro (terça feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 29.ª LIÇÃO.

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

Constatação dum tumor profundo no hipocôndrio direito.

Neoplasias hepáticas de natureza epitelial—adenoma e epiteloma.

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

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

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

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

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

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

No caso em discussão existe um sarcoma inoperável.

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

Determinação dos limites de operabilidade.

Os modernos processos de radioterapia no sarcoma e cancro.

Radioterapia profunda — seus resultados. Trabalhos de Seitz e Wietz. Métodos de dósagem das irradiações: eritemedosis, kastrationdosis, sarcodosis, e karsiomdosis. Determinação da dose cancericida.

Curioterápia e Roentgenterápia combinadas.

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

2 de Fevereiro (quarta feira):

Visitas às enfermarias. Consulta externa. Exames cistoscópicos.

3 de Fevereiro (quinta-feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias. Consulta externa.

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

4 de Fevereiro (sexta feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — O CURSO FALTOU.

Visitas às enfermarias. Consulta externa.

5 de Fevereiro (sabado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias. Consulta externa.

6 de Fevereiro (domingo):

Visita às enfermarias.

7 de Fevereiro (segunda feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

8 de Fevereiro (terça feira):

Visita às enfermarias.

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

9 de Fevereiro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

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

10 de Fevereiro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias. Consulta externa.

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

Castração com deferentectomia alta.

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

Obliteração por via vaginal (processo de Braquehay).

11 de Fevereiro (sexta feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias. Consulta externa.

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

12 de Fevereiro (sabado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — O CURSO FALTOU.

Visita às enfermarias. Consulta externa.

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

Prostatectomia transvesical.

13 de Fevereiro (domingo).

Visita às enfermarias.

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

Tenorrafia. (Cir. Assistente M. Zamith).

14 de Fevereiro (segunda feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 20.^a LIÇÃO

Apresentação de doentes prostatectomizados.

Cuidados post-operatórios.

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

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

Incidentes diversos:

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

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

As energias físicas e intelectuais depois da prostatectomia.

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

15 de Fevereiro (terça feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 30.^a LIÇÃO.

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

Maneira de os distinguir:

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

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

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

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

Tratamento: manipulações diárias, intervenção sangrenta, endireitamento forçado.

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

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

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

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

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

Operações: — Doente n.º 198. U. M. Diagnóstico: bocio. Teroidectomia.
Doente n.º 4056. P. C. M. Diagnóstico: lipoma ulcerado da face externa
da coxa direita.

Extirpação. (Cir. Assistente H. Menano).

16 de Fevereiro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operações: — Doente n.º 271. Q. P. C. M. Diagnóstico: cálculo do ba-
cinete esquerdo.

Pielolitotomia.

Doente n.º 2228. Q. P. U. H. Diagnóstico: fimosis.

Circuncisão.

Doente n.º 2227. U. H. Diagnóstico: ferida por arrancamento, da mão
esquerda, com perda de duas falanges do indicador.

Desarticulação do indicador esquerdo (Cir. Assistente M. Zamith).

17 de Fevereiro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 31.ª LIÇÃO.

Doente n.º 4053. P. C. M. Diagnóstico: estenose pilórica.

Estenoses espasmódicas do anel pilórico. Estenoses devidas a lesão. O
espasmo como elemento adjuvante da estenose orgânica. Determinação
clínica da causa da estenose pilórica.

1.º tipo — estase permanente com resíduos alimentares abundantes;

2.º tipo — existência matutina de líquido abundante com poucos de-
tritos alimentares;

3.º tipo — existência matutina de quantidade mínima de líquido não
contendo detritos alimentares reconhecíveis à vista desarmada.

Estenose pilórica congénita.

Terapêutica cirúrgica. Piloroplastia; gastro-duodenostomia com
secção do piloro. Gastro-jejunostomia anterior trans-meso-cólica. Gastro-
jejunostomia anterior com retro fixação do grande epiploon e colopexia
gástrica. Nos dois casos jejuno-jejunostomia para evitar o circus-viciosus.
Gastro-jejunostomia posterior antecólica. Gastro-jejunostomia posterior
trans-mesocólica.

Tipos de suspensão:

a) Suspensão horizontal com ansa torcida para assegurar o iso-peris-
taltismo (Von Hacker).

b) Suspensão horizontal com ansa destorcida (Mayo).

c) Suspensão vertical (Moynihan).

Nos casos correntes emprego o processo de Von Hacker.

Doente n.º 1160. P. C. H. Diagnóstico: pleurisia purulenta.

18 de Fevereiro (sexta feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 21.ª LIÇÃO

Apresentação de doentes com epitelioma da próstata.

Formas anatomo-patológicas do cancro — epiteloma circunscrito e epiteloma difuso.

Propagação linfática e metastases.

Estudo microscópico: epiteloma adenóide e cancro alveolar (Albaran e Hallé).

Perturbações funcionais. Polaquiuria, disúria, retenção, incontinência, hematúria, piuria. A dor, variações de intensidade, de localização e de irradiação.

Perturbações na defecação.

Cateterismo: explorador olivar, sondas *béquille*, sondas Nelaton, sondas em metal.

Toque rectal simples. Palpação hipogástrica e toque combinados. O diagnóstico tem de ser posto primeiro para o adenoma: elementos fornecidos pela clínica e pelo Laboratório. Exame do sangue — polinucleose e eosinofilia (Legueu). Depois, para a prostatite tuberculose, neoplasmas da bexiga e tumores da parede anterior do recto.

Tratamento paliativo.

A prostatectomia no cancro. A radiumterapia (Pasteau, Degrais, Young, etc.), meios de acesso, técnica, instrumentação, etc.

A cirurgia e o rádio combinados — resultados obtidos.

Operações: Doente n.º 2204. U. H. Diagnóstico: papiloma vesical implantado no bordo do orifício ureteral esquerdo.

Talha hipogástrica seguida da extirpação do tumor.

Doente n.º 1160. P. C. H. Diagnóstico: pleuresia purulenta antiga fistulizada.

Toracoplastia (proc. de Estlander).

19 de Fevereiro (sábado):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 32.ª LIÇÃO

Doente n.º 1146. P. C. H. Diagnóstico: antraz da nuca.

Doente n.º 1158. P. C. H. Diagnóstico: fractura dos dois ossos do antebraço direito pelo terço médio; fractura dos dois ossos do antebraço esquerdo pelo terço médio e pelo terço inferior; fractura do segundo e terceiro metacárpios esquerdos: contusões múltiplas.

Doente n.º 2199. U. H. Diagnóstico: tuberculose da coluna vertebral (última dorsal e primeira lombar).

Operações: Doente n.º 2201. U. H. Diagnóstico: hipertrófia da próstata. Prostatectomia transvesical.

Doente n.º 1164. P. C. H. Diagnóstico: hérnia inguinal estrangulada e hidrocelo à direita. Quelotomia. Castração. Cura radical, sutura em um só plano.

Doente n.º 2233. U. H. Diagnóstico: abcesso da próstata; flegmão peri-prostático e retro-vesical.

Prostatostomia. Desbridamento e drenagem dos espaços periprostáticos e retro-vesical.

20 de Fevereiro (domingo):
Visita às enfermarias.

21 de Fevereiro (segunda feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 22.ª LIÇÃO

Apresentação de doentes com papilomas vesicais.

Classificação geral dos neoplasmas da bexiga (Albarran): tumores de origem epitelial, conectivo, muscular, tumores eterotópicos.

Os papilomas são tumores epiteliais benignos, pediculados, muito freqüentes.

Sinais clínicos que os caracterizam: a hematuria, espontânea, caprichosa, intermitente, terminal, algumas gotas, total, abundante, etc.

Complicação de natureza inflamatória — cistites. Repululação e degenerescência nos papilomas. A imagem cistoscópica: tumores pediculados, sesseis e infiltrados.

Tratamento: ablação pela via natural.

Análise e crítica do método de Nitze e do método endoscópico de Koersmaeckers e Luys.

A alta freqüência na destruição dos neoplasmas da bexiga. Trabalhos de Edwin Beer de Nova York. Técnica de Heitz-Boyer e Cottenot. Electro coagulação por diatermia. Trabalhos de Legueu.

Resultados obtidos nesta clínica com a diatermia endovesical.

Intervenção sangrenta: talha hipogástrica; extirpação do tumor, resecção parcial da parede. Técnica e indicações do método.

Operação: Doente n.º 1151. P. C. H. Diagnóstico: hérnia inginal direita. Cura radical. (Proc. de Bassini-Barcker).

22 de Fevereiro (terça feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — O PROF. FALTOU A AULA

23 de Fevereiro (quarta feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

24 de Fevereiro (quinta feira):

CLÍNICA CIRÚRGICA — 33.ª LIÇÃO

Doente n.º 4052. P. C. M. Diagnóstico: hérnia umbilical e igroma prerotuliano.

Omfalocelos congénitos e adquiridos. Hérnia congénita do período embrionário, do período fetal. Hérnia umbilical da criança. Hérnia umbilical do adulto.

Tratamento paleativo, fundas. Terapêutica cirúrgica. Processo de Lucas Championiére. Cura radical com omfalectomia. Processos que visam a reconstituição da parede.

Doente n.º 4047. P. C. M. Diagnóstico: mal de Pott. Abcessos ossifluentes da coxa direita.

Doente n.º 4036. P. C. M. Diagnóstico: lipoma ulcerado da face externa da coxa direita.

Doente n.º 4029. P. C. M. Diagnóstico: mastite crónica.

Doente n.º 4035. P. C. M. Diagnóstico: fractura do colo do fémur direito.

Doente n.º 4027. P. C. M. Diagnóstico: fractura cominutiva da tíbia e peróneo direitos com cavalgamento.

Doente n.º 4011. P. C. M. Diagnóstico: goma sifilitica da boca.

Doente n.º 4040. P. C. M. Diagnóstico: abcesso da coxa direita.

Doente n.º 4000. P. C. M. Diagnóstico: gomas sifilíticas.

Operação: Doente n.º 4052. P. C. M. Diagnóstico: hérnia umbilical. Cura radical (proc. de Marion).

25 de Fevereiro (sexta feira):

CLÍNICA UROLÓGICA — 23.ª LIÇAO

Suspenderam-se os trabalhos escolares com a notícia do falecimento do Prof. Daniel de Matos.

26 de Fevereiro (sábado):

Luto Universitário. Não houve aulas.

27 de Fevereiro (domingo):

Visita às enfermarias.

28 de Fevereiro (segunda feira):

Visita às enfermarias. Consulta externa.

Operação: Doente n.º 1998. U. H. Diagnóstico: papiloma vesical implantado no bôrdo do orifício ureteral esquerdo.

Talha ipogástrica seguida da extirpação do tumor.

SUMÁRIO DAS LIÇÕES

TÉCNICA OPERATÓRIA E TERAPÊUTICA CIRÚRGICA

PROF. BISSAIA-BARRETO

ANO LECTIVO DE 920-921

20 de Outubro (quarta feira):

1.ª LIÇÃO

Métodos de asepsia.

Salas de esterilizações. Aparelhos de esterilização. Esterilização pela ebólition. Esterilização a 120° e acima. Esterilização a 120° na água ou no ar carregado de vapôr de água. Autoclaves; vapôr sob pressão. Autoclave primitivo de Chamberland. Autoclave horizontal de Sorel. Autoclave de Jayle e Desfosses. Adaptação dos autoclaves à instalação de vapôr d'este hospital; seu funcionamento. Polyautoclaves. Material esterilizável nos autoclaves. Esterilização de água e seu aquecimento nestes hospitais. Caixas para esterilização: seus tipos e dimensões. Esterilização a 120° no ar carregado de vapores de álcool; sua técnica. Esterilização pelo ar seco a 130° e acima; estufa de Poupinel e seu funcionamento; estufa eléctrica. Esterilização pelos vapores de formol; estufa termo-formogénea de Albarran; indicações para a esterilização pelo formol.

22 de Outubro (sexta feira): -

2.ª LIÇÃO

Salas de operações: regras a que deve obedecer a sua construção: dimensões; orientação; iluminação de dia e de noite; pavimentos; paredes; aquecimento; ventilação, etc. Instalação duma sala de operações fóra do hospital. Anexos das salas de operações. Seu mobiliário e aquecimento: aquecimento pelo vapôr sob baixa pressão e aquecimento pelo vapôr a

alta pressão. Mesas de operações de Mathieu, Doyen, de Jayle, Pasteau, etc., seu funcionamento e construção. Posição do doente conforme a séde da operação: posição de Mayo-Robson para as operações sobre o fígado; rôlo de Mayo-Robson nas operações sobre as vias biliares. «Écran» de Kocher para as operações do seio. Posição de Trendelenburg. Posição de Rose. Posição de Morestin. Decúbito lateral para as operações de rins. Posição de Proust para as operações sobre o períneo e ânus; posição na mesa genito-urinária de Pasteau. Posição ventral de Depage. Câmara de Sauerbruck. Câmara de Braüer ou de Mayer e Dinis.

25 de Outubro (segunda feira):

3.ª LIÇÃO

Asepsia do cirurgião.

Estado microbiano das mãos; trabalhos de Fürbringer, de Eberth e de Bizzorero. Investigações de Renlinger, etc. Pode-se com uma desinfecção apropriada tornar asepticas as mãos? Quais os melhores desinfectantes? Como servirmos-nos deles? Processo baseado sobre as experiências de Kümmel e de Fürbringer. Modificação de Delbet. Recomendação de Terillon e de Chaput. Técnica de Mikulicz. Prática de Lucas Championnière. Desinfecção das mãos à Kelly. Produtos necessários para a desinfecção das mãos. As luvas em cirurgia; luvas Chaput e luvas americanas; sua limpeza, esterilização e conservação.

Operação de curso. Safenectomia interna. Diagnóstico: Varizes no térço inferior da coxa e perna esquerda da doente n.º 13 P. T. C. H.

27 de Outubro (quarta feira):

4.ª LIÇÃO

Anestesia.

Fisiologia do dôr. Sono natural e sono anestésico. Anestesia geral, regional e local. Mecanismo da acção dos anestésicos. Preparação do doente. Necessidade da auscultação e da determinação da tensão máxima e mínima. Tratamento prévio dos hipertensos e dos hipotensos. Necessidade da análise de urinas e seus ensinamentos para a anestesia. Exame da boca, da base da língua, do nariz e dos dentes. Análise de sangue. Sala de anestesia. Posição do doente. Temperatura da sala. Cuidados com os doentes enfraquecidos. Instrumentos precisos para a anestesia. Qualidades do anestesista. Responsabilidade do anestesista.

29 de Outubro (sexta feira):

5.ª LIÇÃO

Anestesia pelo clorofórmio.

Caracteres do clorofórmio. Como reconhecer a sua pureza. Acção do clorofórmio sobre o organismo. Fenómenos clorofórmicos. Técnica e marcha da anestesia. Meios de reconhecer o grau da anestesia. Valôr da supressão dos reflexos palpebral, aductoral de Chassaignac, do cremáster. Flaxidês e

inércia dos membros; sua explicação. Aparelhos para a cloroformização: compressas, máscaras de Guyon e de Collin máscara de Reynaud. Aparelho de Ricard: sua descrição e funcionamento. Aparelho de Reynier. Inalador de Vernet-Harcourt. Aparelho de Roth-Draeger para a anestesia pelo clorofórmio e oxigénio. Processos de anestesia com máscaras abertas. Processo de Labbé. Processo de Nicaise ou de gôta a gôta. Anestesia nas crianças pela dose massiva inicial de Saint-Germain. Seqüências normais da cloroformização. Incidentes e acidentes da cloroformização: vômitos, náuseas, salivação. Acidentes respiratórios: asfixia, síncope respiratória, colapso e meios de tratamento. Processo de Laborde (tracções ritmicas da língua). Processo de Sylvester (respiração artificial) e sua aplicação. Processo de Poncet-Thiery. (Traqueotomia seguida de insuflação directa). Flagelação da face. Compressas frias sobre o tórax. Caracteres do colapso, sua patogenia e tratamento. Sícope cardíaca pura e sícope cardiopulmonar. Sua patogenia e sua profilaxia. Meios de tratamento. Massagem precordial de Maass. Seqüências anormais da cloroformização. Prática de Stewart e de Denucé para evitar os vômitos. Acidentes tardios do clorofórmio: degenerescência gordurosa do fígado, do coração e dos rins. Morte primitiva e morte secundária na cloroformização.

Operação do curso: Cura radical dum hidrocelo esquerdo pela inversão da vaginal. Anestesia pelo clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 15 P. T. C. H.

1 de Novembro (segunda feira):

7.ª LIÇÃO

Anestesia geral pelo éter.

I. Acção tóxica do éter.

a) Acidentes operatórios;

b) Lesões pulmonares; sua causa e sua profilaxia (Henley);

c) Acção tóxica sobre os rins: fenómenos que determina; sua freqüência; experiências de Saison:

d) Acção tóxica sobre o fígado; em que consiste, segundo os trabalhos experimentais de Saison; opiniões de Brûlé, Garban e Le Gale, La Salle; trabalhos de Chévrier. Tratamento preventivo da colemia post-anestésica. Éter e clorofórmio sob este ponto de vista.

II. Técnica da administração do éter.

a) Inalação simples: aparelhos geralmente utilizados: saco de Wanscher-Landau, de Poncet, máscara de Juliard, de Chalot, etc. Vantagem da reabsorção de vapores de éter já parcialmente expirados, «rebreathing» (anglosaxões); aparelhos que a realizam; aparelho de Ombredanne; sua constituição e funcionamento. Anestesia dum doente com él; aparelho de Defontaine. Utilidade dos vapores do éter aquecidos. Modos de administração do éter: métodos lento, brusco e rápido.

b) Anestesia por via faríngea; razões que a determinam, processos de a realizar: aparelhos de Arnd, anestesómetro de Fegg, peça bocal de Ombredanne, aparelho de Delbet.

c) Anestesia por via traqueal; vias de acesso utilizadas: 1) via natural; 2) via intercricothyroidea com a canula de Bütin-Poirier e a «ajutage» de

Sebileau-Lemaître. Aparelho de Melzer-Auer de insuflação intra-traqueal forçada permitindo a cirurgia torácica sem compressão pulmonar.

d) Anestesia por via venosa.

Técnica de Burkhardt: mistura de éter a 5 por 100 em sôro aquecido a 28°; dose inicial; seqüências. Razões do abandono dêste processo de anestesia.

Anestesia por injecções intramusculares (Método de Descarpentries). Séde nadegueira da injecção; dose; técnica; fenómenos que provoca. Complicações. Estatísticas; causas da morte.

Anestesia por via rectal:

e) Insuflação dos vapores de éter; técnica.

f) Injecção de éter líquido: Mistura de éter com óleo; técnica de Freudenthal; procedimento nas anestesias demasiadamente profundas e nas anestesias insuficientes; o despertar. Estatísticas de Sutton (914), da Rússia (919) etc. Acidentes e seu tratamento. Indicações. Modificações de Dufourmentel, de Heitz-Boyer, Ombredanne.

Anestesias associadas:

Composição das misturas de Geppert, de Reynier e de Schleich. Apresentação e descrição do aparelho para a sua aplicação. Opinião de Faure. Mistura hipnetileter de Pellot.

Operação do curso: Preparação da tibia esquerda. Diagnóstico: Osteomielite aguda da tibia esquerda. Septicemia. Anestesia pelo éter Schering's.

Doente n.º 302 T. O. M.

3 de Novembro (quarta feira):

8.ª LIÇÃO

Anestesia regional de Corning-Oberst.

Em que consiste: instrumentação; seringas; agulhas. Soltos anestésicos; sua concentração e preparação. Técnica da anestesia; necessidade de conhecer a inervação sensível da região. Preparação do campo operatório. Regras de Reclus para as injecções; injecção inicial na espessura da derme. Injecção rectilínea. Infiltração em superfície. Anestesia das mucosas. Injecções circunferenciais. Infiltração profunda. Infiltração por planos. Injecção perinervosa ou endonervosa por via subcutânea. Injecção directa endonervosa a céu aberto.

Anestesia circular. Método de Hackenbruch. Vantagens da associação da adrenalina à estovaina ou à cocaína.

Anestesia segmentar (método de Bier).

Anestesia local pela cocaína e seus derivados; inconvenientes; preparação dos solutos, sua conservação e processos de emprêgo. Técnica do método de Reclus. Duração da anestesia. Método de Schleich.

Anestesia local na redução das fracturas e das luxações (método de Quénou).

Anestesia local pelo cloreto de etilo.

Operação de curso: Desbridamentos. Extracção de corpos estranhos. Esquirolectomia. Drenagem. Penso à Carrel.

Diagnóstico: Ferida por arma de fogo no térço inferior do antebraço. Fractura cominutiva do térço inferior do rádio. Corpos estranhos (grãos de chumbo). Anestesia geral pelo éter Schering's.

Doente n.º 891 T. O. H.

5 de Novembro (sexta feira):

9.^a LIÇÃO*Raquianestesia.*

Fases por que tem passado desde os trabalhos de Corning até hoje; desde o emprêgo da cocaina ao da estovaina e da novocaina. Princípios desta anestesia e seus inconvenientes. Método de Tuffier, método de Le Filliatre ou sacrococainização. Método de Jonnesco; punção médio-cervical, punção dorsal superior ou cervico dorsal e punção dorso lombar. Instruções. Preparação do soluto; estovaina ou novocaina? Preparação do doente. Técnica da punção; séde de eleição, posição do doente durante e depois da injeção; doses do anestésico; quantidade de estricnina; densidade da mistura injectada. Fenómenos observados durante a anestesia; caracteres da anestesia; duração; incidentes da anestesia. Acidentes ou incidentes secundários e tardios. Crítica da anestesia raquidiana: vantagens e inconvenientes. Indicações desta anestesia.

8 de Novembro (segunda feira):

10.^a LIÇÃO*Hemóstase.*

I. Hemóstase preliminar.

1) Hemóstase preliminar total: a) constrição elástica: processo de Es-march e seus inconvenientes; processo de Lister e suas contra indicações; processo de Wyeth; processo de Lhomme.

2) Hemóstase preliminar parcial; compressão digital; condições anatômicas indispensáveis para a sua aplicação; regras gerais para comprimir com os dedos; lugares de eleição e sua execução. Laqueação temporária da artéria principal. Laqueação preliminar definitiva da artéria principal.

II. Hemóstase temporária.

Pela colocação de pinças; apresentação de pinças Péan, Kocher, Doyen, Spencer, Welles, Terrier.

Pela compressão.

III. Hemóstase definitiva.

1) Laqueação isolada e imediata. Laqueação imediata ou em massa. Nós de Bantock, de Lawson-Tait, de fio duplo cruzado, laqueação em cadeia, etc.

2) Laqueação metálica de Michel.

3) Torsão de Amussal.

4) Angiotripsia.

5) Pinças demoradas.

6) Compressão com tampão.

7) Sutura.

Electroemóstase.

Meios médicos para hemóstase definitiva.

Operação de curso: Circuncisão. Anestesia regional com soluto de atoxicocaina.

Diagnóstico: Parafimosis.

Doente n.º 80. T. O. H.

10 de Novembro (quarta feira):

11.^a LIÇÃO

Tratamento das papeiras.

Tratamento profilático. Tratamento médico; suas indicações e contraindicações. Tratamento cirúrgico; métodos antigos; métodos de uso actual.

Incisão de Poncet, incisão de Wölfler, incisão de Kocher. Incisão dos tecidos subcutâneos.

A) Operações curativas: 1) Tiroidectomia: a) isolamento e libertação da glândula; b) laqueação dos vasos; c) secção do istmo; meios de assegurar a hemóstase; 2) Resecções: processo de Mickulicz, processo de Hahn, processo de Ostermayer; 3) Enucleações: a) enucleação intraglandular e enucleação massiça.

B) Operações paliativas: 1) Laqueações atrofiantes das artérias, maneira de as descobrir, reconhecer e laquear; resultados dêste método operatório; 2) Exotiropexia de Jaboulay; suas indicações e sua técnica; como actua; 3) Operação de Wölfler; 4) Traqueotomia; 5) Isthmectomia; 6) Incisão dos quistos.

Pensos. Cuidados post-operatórios.

Operação de curso: Enucleação intra-glandular dos adenomas duma papeira. Incisão de Kocher. Anestesia regional com soluto de atoxicocaina adrenalínado.

12 de Novembro (sexta feira):

Operação: Cura duma fistula perianal pelo método da excisão com sutura profunda.

Doente n.º 890. T. O. H.

15 de Novembro (segunda feira):

12.^a LIÇÃO

Acidentes e complicações das operações da papeira.

A anestesia nas operações da papeira: anestesia regional e anestesia geral; indicações duma e doutra; éter, clorofórmio e mistura de Bilroth; Síncope mortal inicial, asfixia rápida, «encombrem» brônquico, perturbações cardiovasculares mais ou menos súbitas, complicações bronco-pulmonares motivadas na anestesia. A síンope cardíaca durante o isolamento da papeira pelo repuchamento do pneumogástrico e dos seus ramos ou do recurrente: síンopes tardias. Acidentes respiratórios; causas que os determinam, seu tratamento e profilaxia. Lesões vasculares; como evitar grandes

perdas de sangue venoso; hemorragias venosas primitivas e secundárias; hemorragias arteriais; operações em que mais se observam.

Lesões que podem sofrer os nervos, suas conseqüências e manifestações; a aferia na secção dos recurrentes; as paralisias e paresias operatórias sem secção do nervo. Cuidados para evitar a lesão dos recurrentes. Lesões operatórias do laríngeo superior. O pneumogástrico, o ipoglosso e o grande simpático nestas operações.

Lesões da traqueia, do esôfago e da pleura; a disfagia nos operados.

Complicações post-operatórias: hemorragias secundárias, asfixia por achatamento da traqueia, acidentes sépticos (supurações difusas do foco, necroses da cápsula tiroídea depois das enucleações, derrames purulentos no mediastino, pleuresia e pericardite supuradas), complicações pulmonares e sua profilaxia, febre tiroídea, perturbações nervosas e psíquicas nos operados, mixoedema. Mortalidade nas operações das papeiras conforme os métodos operatórios. Resultados funcionais e plásticos destas intervenções. Estudo comparativo dos diferentes métodos operatórios.

17 de Novembro (quarta-feira):

13.^a LIÇÃO

Diérese dos tecidos moles.

Bisturis.

Posição e atitude dos bisturis. Incisões simples, compostas e mixtas; regras gerais. Incisão por transficção.

Tesouras; o seu uso na secção dos tecidos; tipos de tesouras; regras gerais.

Termocautério. Sua descrição, funcionamento e conservação; rubro sombrio e rubro branco.

Suturas.

Condições necessárias para a reunião «per primam»; material de sutura; fios metálicos e sua natureza; crinas de Florença; fios de seda, fio de linho, catgut; qualidades, vantagens e indicações. Instrumentos: agulhas simples: agulhas de Hagedorn, agulhas de costureira, agulhas de Moy, de Segond, Reverdin, agulhas de pedal de Pozzi, Doyen, Terrier, de Championnière, etc., sua apresentação. Porta-agulhas de Doyen, de Boiffin, de Brunswic etc. Diversos modos de sutura: sutura percutânea: sutura simples e sutura contínua. Sutura de pontos separados superficial, semiprofunda e profunda. Sutura em alamares; sutura em U. Processos de sutura contínua: a) sutura em chuleio e suas variedades.

Sutura intradérmica de Pozzi. Sutura em bolsa. Suturas combinadas. Suturas por planos. Suturas perdidas.

«Serres-fines», agrafes e respectivas pinças.

19 de Novembro (sexta feira).

14.^a LIÇÃO

Anoplastias.

Definição. Classificação. Métodos. Cuidados preoperatórios. Sequências operatórias. Cuidados consecutivos. Indicações operatórias.

- Operações no cadáver :
Método francês.
- 1 (1). Processo de deslizamento marginal.
 2. Processo de reposteiro.
 3. Processo de Chopart.
 4. Processo por inclinação.
- Método indiano.
5. Processo antigo.
 6. Processo Lallemand-Lisfranc.
- Método por inversão.
7. Inversão simples dum retalho.
 8. Inversão dum retalho combinado com o deslizamento e sobreposição dum retalho.
 9. Método italiano modificado.

Preparação do doente; preparação do retalho: sua séde, forma e dimensões; atitude a dar ao membro depois da operação; imobilização em aparelho, sua construção. Cuidados consecutivos à operação.

10. Método em ponte.

Indicações e sua técnica.

Enxertias.

Classificação (auto e heteroplástica).

Enxertias autoplásticas :

11. E. epidérmicas (Reverdin).

Preparação do ferimento; instrumental cirúrgico; técnica; pensos.

12. Enxertias dermo-epidérmicas de Thiersch :

Preparação da solução de continuidade; preparação dos enxertos; sua técnica; transplantação dos enxertos; pensos.

13. Enxertias cutânea total (Le Fort).

Suas indicações; técnica adoptada na escolha e preparação do retalho.

14. Método de retalhos livres múltiplos de Ollier.

Heteroplástias.

Classificação e indicações.

Cirurgia das cicatrizes viciosas.

Variedades e regras gerais a adoptar para desfazer as consequências e as causas das cicatrizes viciosas.

22 de Novembro (2.^a feira) :

15.^a LIÇÃO

Cirurgia dos tendões, músculos e apênevroses.

Tenotomias e Miotomias.

Classificação e indicações de cada um dos processos. Tenotomia a céu

(1) Estes números indicam as demonstrações feitas no cadáver durante a aula.

aberto; regras gerais. Tenotomia subcutânea (processo de J. Guerin) sua técnica.

Operações no cadáver.

15. Tenotomia do masséter: secção do masséter (Bonnet), desinserção do masséter (Le Dentu). Cuidados imediatos.

16. Tenotomia do temporal.

17. Tenotomia do esterno-cleido-mastoídeo: sua aplicação na cura do torticolis por retracção muscular; secção subcutânea do feixe esternal e tenomia a céu aberto do mesmo feixe; secção do feixe clavicular. Tratamento post-operatório: período de imobilização; período de mobilização e de massagem.

Terapêutica de torticolis espasmódico: operação de Kocher (miotomias múltiplas).

24 de Novembro (quarta feira):

16.ª LIÇÃO

Cirurgia dos tendões (continuação).

18. Tenotomia do bíceps braquial.

19. Tenotomia do tríceps braquial.

20. Tenotomia do flexor comum dos dedos.

21. Tenotomia dos adutores da côxa.

22. Tenotomia a céu aberto do bíceps femural.

23. Tenotomias do reto interno, do semitendinoso do semimembranoso e do costureiro.

24. Tenotomia a céu aberto do tibial anterior.

25. Tenotomia a céu aberto do tibial posterior abaixo do maleolo e atrás do maleolo.

26. Tenotomia subcutânea do tendão de Achilles.

27. Tenectomias e Miectomias.

Definições e regras gerais.

Restauração dos tendões.

28. Tenorrafia; por contacto e a distâncias; sutura primitiva e sutura secundária.

29, 30 e 31. Descoberta das extremidades dos tendões: Método de Le Fort, de Félixet e de Nicoladoni.

I. Sutura simples: a) sutura de tendões cilíndricos; b) sutura de tendões chatos.

32. Processo de Le Fort e de Wölfler.

33. Processo de Trnka.

34. Processo de Suter.

35. Processo de Wilms e Sievers.

II. Sutura mixta.

36. Processo de Le Dentu.

37. Processo de Schwartz.

Anastomose tendinosa.

38. Processo de sutura latero-terminal.

39. Processo em botoeira.

40. Processo de Schwartz.

Tenoplastias.

Definição e indicações.

1) Sutura a distância: *a*) com interposição dum corpo estranho; *b*) vaginoplastia tendinosa (Moliere); *c*) sutura tenocutânea (Chassaignac).

2) Sutura directa depois do alongamento do tendão.

3) Sutura directa depois do deslocamento da inserção óssea do tendão.

Suas indicações na rutura ou secção do tendão rotuleano, nas fracturas do rótula e na secção do quadricípede femural. Mobilização do tendão de Achilles. Mobilização do tendão da tricípede femural.

Enxertia tendinosa.

A) E. autoctona.

41. *a*) Desdobramento do tendão seccionado (Czerny); *b*) Enxertia à custa dum fragmento dum tendão vizinho.

B) E. heteroplástica.

Tratamento consecutivo.

Alongamento de tendões:

42. Processo de Bayer.

43. Processo de Poncet.

44. Processo de Czerny (desdobramento do tendão e inversão).

Encurtamento de tendões:

Empregamento (Lange).

45. Tenectomia.

46. Processo de Gibney.

Processo Berger (desdobramento do tendão). Transplantações tendinosas.

Operação de curso. Tenorrafia e Miorrafia.

Diagnóstico: Ferida incisa no pulso interessando os flexores do indicador, médio e anelar.

Doente n.º 2173. U. H.

26 de Novembro (sexta feira):

17.ª LIÇÃO

Cirurgia das sinoviais.

Sinoviotomia simples.

47. Indicações. Sinoviotomia da bainha radiocárpica e da bainha cubito-cárpica no antebraço e na face palmar.

48. Sinoviotomia com ou sem ressecção consecutiva da bainha; cirurgia das sinovites de grãos riziformes. Pensos. Cuidados consecutivos.

Sinoviectomia: Sua técnica nas sinovites fungosas. Pensos e cuidados consecutivos.

Operações sobre os ossos.

Osteotomias: Classificação. Métodos operatórios. Instrumentos cirúrgicos. Regras gerais. Cuidados preliminares. Hemostase.

29 de Novembro (segunda feira):

18.ª LIÇÃO

Osteotomias (continuação).

Indicações nas lesões do maxilar inferior.

49. Osteotomia do colo do condilo: incisão angular de Farabeuf. Cuidados para poupar o ramo temporo-facial do nervo facial. Incisão de Delbet, incisão curva de Huguier; osteotomia ou ressecção. Interposição muscular. Osteotomia da apófise coronóide. Osteotomia do ramo ascendente do maxilar inferior.

50. Processo de Rochet.

51. Osteotomia do ângulo do maxilar inferior (Bennett).

52. Osteotomia premasseterina (operação de Esmarch-Rizzoli).

Maxilar superior:

Indicações. Ressecção temporária e ressecção definitiva. Hemostase preventiva. Posição a dar ao operado. Anestesia. Ressecção temporária da metade superior do maxilar.

53. Ressecção temporária da totalidade do maxilar (Rona). Cuidados post operatórios nas esteotomias do maxilar.

Clavículas:

54. Osteotomia nos calos viciosos, tumores e na amputação inter-scapulo-torácica.

Húmero:

55. Osteotomia sub-trocanteriana. Osteotomia na parte média. Osteotomia supra-condiliana.

Fémur:

Extremidade superior do fémur.

Operação de W. Adams. Osteotomia intertrochanteriana.

Osteotomia linear a céu aberto de Rhéa-Barton. Osteotomia cuneiforme. Osteotomia de Volkmann.

Osteotomias subtrochanterianas.

Operação de Gant.

56. Operação de Hennequin-Terrier. Osteotomia cuneiforme de Volkmann. Osteotomia de Vincent.

Indicações operatórias de cada um dêstes processos.

Parte média do fémur.

Extremidade inferior do fémur.

57. Osteotomia supracondiliana sub-cutânea (Mac Ewen). Osteotomia supracondiliana a céu aberto. Osteotomia cuneiforme na parte inferior da diafase. Osteotomia supracondiliana por genu-varum. Condilotomia interna por genu-valgum. Condilotomias lineares internas por genu-varum.

Osteoclasia.

Regras gerais. Suas indicações e vantagens. Processos: torsão, em arco e em ângulo.

Osteoclasia manual: Das diafises: — processos: bi-manual, com as mãos e o joelho, com as mãos e o bordo da mesa. Das fraturas diaepifisárias. Processos.

Osteoclasia instrumental. Suas indicações. Aparelhos para produzir fracturas diafisárias (oper. de Rizzoli, oper. de Manrique). Aparelhos para produzir fracturas diaepifisárias.

3 de Dezembro (sexta feira).

19.^a LIÇÃO

Ressecções.

Noções gerais. Classificação. Métodos operatórios. Hemóstase provisória. Tipos de incisão dos tecidos moles; técnica do descolamento do perioteo; extirpação dos ossos. Ressecção do osso malar.

Ressecções do maxilar superior:

Ressecções definitivas.

58. Ressecção total unilateral: incisão de Nelaton; método clássico; alterações e suas vantagens. Ressecção total bilateral. Ressecção suborbitária dum maxilar. Ressecção suborbitária dos 2 maxilares. Ressecção suprapalatina dum maxilar. Ressecção suprapalatina dos 2 maxilares. Ressecção alveolar dum maxilar. Ressecção alveolar dos 2 maxilares. Ressecção de toda a abóbada palatina. Ressecção palatina de Nelaton. Ressecção parieto maxilar anterior.

Ressecções temporárias do maxilar superior.

Ressecções do maxilar inferior:

Ressecções definitivas:

Ressecções parciais: Ressecções do côndilo. Ressecções da apófise coronoíde. Ressecções da parte média do corpo. Ressecções de todo o corpo. Ressecção duma metade do maxilar.

Ressecções total ou enucleação do maxilar.

Ressecções temporárias.

6 de Dezembro (segunda feira):

20.^a LIÇÃO

Ressecções (continuação).

Membro superior.

Ressecções parciais não articulares e enucleações. Ressecções parciais não articulares: Ressecções diafisária da clavícula. Ressecções parciais da omoplata: Ressecções da espinha e do acromion.

59. Ressecções sub-epino-glenoídea. Ressecções retro-coraco-glenoídea. Ressecções da diafise do húmero. Ressecções da diafise do cúbito. Ressecções da diafise do rádio. Ressecções da diafise dum metacarpo.

Ressecções totais ou enucleações.

Técnica das enucleações da clavícula, omoplata, húmero, rádio e cúbito.

60. Enucleação dum metacarpo e exame da forma das interlinhas articulares dos metacarpos.

61. Enucleação duma falange; duma falange e do metacarpo correspondente; duma falangeta.

Tronco.

Ressecções do esterno.

62. Ressecção duma costela. Ressecção das cartilagens costais. Ressecção do osso ilíaco (da crista ilíaca, da sínfise púbica, do ramo isquiopúbico, da tuberosidade isquiática, total do osso ilíaco). Ressecção da diafise do fémur. Ressecção da diafise da tibia. Ressecção da diafise do perónneo.

Ressecções totais dos mesmos ossos.

Operação do curso: Incisão dum flegmão profundo da coxa esquerda.
Penso à Carrel.

Doente n.^o 1118 de U. H.

10 de Dezembro (sexta feira):

22.^a LICÃO

Osteosintese.

Cuidados preliminares. Redução a céu aberto dos ossos fracturados; tipos gerais: *a) fractura com grande obliquidade; b) dois fragmentos principais e um volumoso e invertido de permeio; c) fragmentos múltiplos; d) fractura com perda de tecidos duros.*

Postos os fragmentos em contacto, como assegurá-lo?

Sutra:

Material cirúrgico; técnica; regras gerais.

Ligadura:

63. 64. 65. 66. Indicações; simples ou combinada com a sutura. Processo de Hennequin. Processo de Senn. Processo de Lejars. Processo de Wille.

Encavilhamento:

Tipos e natureza das cavilhas; variedades (transfragmentar e central). Suas indicações sobretudo nas fracturas articulares de fragmentos múltiplos. Encavilhamento a distâncias.

Uso de parafusos

Aplicacão de «agrafes».

“Agrafes” de Jacoel e de Dujarier. Técnica

«Agrafes» de Jacoel e de Dujarier.
Embandamento (método de Senn):

Embainhae Imaginação

Invaginação. Método de Lambotte:

67. Processo de Lane. Vantagens; razão de ser. Instrumental especial. Críticas e discussões.

Operação do curso: Estirpação dum quisto hidático do dorso.

Operação do curso. Estimpaç
Doente n.º 33 de P. T. C. M.

13 de Dezembro (segunda feira):

234 LUCAS

Cirurgia do aparelho auditivo { Cirurgia endo-auricular.
Cirurgia retro-auricular.

Cirurgia endo-auricular:

Otoscopia: iluminação artificial, posição do doente, atitude do cirurgião e dos ajudantes. Processos de anestesia.

Extracção de corpos estranhos do canal auditivo. Reconhecimento do corpo estranho; sua extracção pelas vias naturais; procedimento a usar

conforme a natureza do corpo. Sua extracção pela via retro-auricular (método Paul d'Egine); suas indicações.

Incisão dos furúnculos e dos abcessos do canal: casos em que a sua incisão é conveniente e urgente.

Paracéntese da membrana do tímpano e miringotomia. Suas indicações. Técnica e instrumentos para a miringotomia, séde e direcção da incisão.

Paracéntese com o galvano cautério.

Miringectomia total e parcial; seus fins.

Cirurgia da otite seca: Plicotomia; perfuração da membrana do tímpano e miringectomias; tenotomia da tensor do tímpano.

Extirpação dos pólipos do ouvido.

Curetagem da caixa.

Curetagem do canal auditivo.

Cirurgia petro-mastoídea:

Antrotomia. Celulotomia. Mastoidectomia.

Indicações: fistula da região retro-auricular, flutuação mastoídea com abaixamento da parede pôstero-superior do canal auditivo; paragem brusca da supuração pelo canal auditivo: mastoidite de Bezold; quando no curso duma otite purulenta aguda se vê persistir mais de 3 dias depois da paracentese um dos sintomas seguintes: edema mastoídeo ou temporo-mastoídeo, dôr mastoídea espontânea e contínua, cefalea temporo-mastoídea contínua, febre persistente e por vezes o tipo da febre de septico-pioemia, otorrhea abundante, mau estado geral, meningismo.

Contrações. Instrumentos cirúrgicos precisos. Tempos operatórios. Localização dos diversos focos de células mastoídeas.

Acidentes operatórios. Pensos e cuidados post-operatórios.

Aticotomia (oper. de Stacke).

Esvaziamento petro-mastoídeo (Schwartz).

Em que consiste. Indicações. Técnica operatória. Acidentes operatórios. Pensos. Seqüências operatórias.

Apresentação da doente F. da C. M., 14 anos, n.º 308, (T. O. M.).

Mastoidite aguda. Caractéres clínicos.

Anestesia pelo clorofórmio. Trepanação mastoídea.

15 de Dezembro (quarta feira):

24. LIÇÃO

Ferimento por arma de fogo no hipocondro esquerdo: epiploon e ansas intestinais herniadas.

Procedimento a adoptar perante uma ferida da parede abdominal.

Interrogatório: hora do ferimento, agente vulnerante, posição ocupada pelo doente, dores, vômitos, fezes, gases, micções.

Exame do doente: séde, forma e conteúdo dos orifícios, produtos por elos eliminados; dôr espontânea ou provocada, contractura de defesa generalizada ou localizada; sonoridade prehepática, matidês das fossas iliacas e flancos; «facies», aspecto das mucosas, nariz frio, extremidades frias, dis-

pneia, agitação, pulso, temperaturas; exploração do ferimento, cateterismo vesical, toque rectal, auscultação pulmonar.

A ferida é penetrante? Há vísceras interessadas? Schock? Hemorragia?

Como conhecer se é penetrante? Trajecto do projectil; síndrome abdominal e seu valor para o diagnóstico. Causas de erro: síndrome paraperitoneal.

Que órgãos foram atingidos? Há lesões no intestino delgado?

Indicações terapêuticas: 1) Dependentes do ferimento; casos em que se deve operar: ferimentos penetrantes abdominais com hérnia visceral; ferimento da região umbilical; ferimento do hipogastro e da parede interna das fossas ilíacas; ferimentos abdominais penetrantes das nádegas; ferimento dos flancos, vizinhos da região umbilical ou supostos de serem intraperitoneais; ferimentos lombares com reacção abdominal.

Casos em que se não deve operar: ferimentos não penetrantes; ferimentos toráco-abdominais sem lesões graves do abdómen; ferimentos do hipocondro direito sem hemorragia grave; ferimentos pequenos epigástricos sem sintomas reacionais, nem sinais de hemorragia grave; ferimentos tangenciais extra-peritoneais do cólon.

Casos duvidosos: ferimentos provavelmente não penetrantes, mas com síndrome peritoneal; ferimento penetrante do estômago; ferimento do hipocondro esquerdo.

Dans le doute, ne l'abstiens pas! si tu hésites, fais la laparotomie! (J. Abadie).

2) Dependentes do ferido:

Shock: sinais; factores que o determinam.

Anemia e hemorragia. Reacção do organismo perante as injecções massivas de sôro adrenalinado; aquecimento.

3) Da natureza do projéctil:

Cuidados preoperatórios. Anestesia (raquianestesia, éter e clorofórmio).

Exploração dos orifícios. Tratamento prévio das vísceras herniadas. Incisão da parede, descoberta das lesões e seu tratamento no intestino delgado, no intestino grosso, no fígado e no estômago.

Cuidados post-operatórios: imobilidade absoluta; posição de Fowler. Dieta absoluta. Seqüências operatórias. Pensos.

17 de Dezembro (sexta feira):

25.^a LIÇÃO

Fracturas da rótula:

Massagem. Sua aplicação e indicações.

Sutura da rótula:

68. 69. 70. I. Fracturas recentes. Sutura fibro-periostica de Perier.

Sutura óssea de Lenger. Cerclage de Berger. Hemicerclage de Quénu. Indicações de cada processo. Cuidados e tratamento post-operatórios.

II. Fracturas antigas:

Técnica adoptada. Vantagens em conseguir uma boa coaptação óssea;

meios a que se pode recorrer. Mobilização da inserção do tendão rotulina, e alongamento do tendão tricipital.

Fracturas do olecrâneo:

Regras gerais. Sutura fibro-periostica. Sutura óssea longitudinal. Sutura óssea transversal. Hemicerclage.

Operação do curso: Cerclage da rótula (Berger).

Diagnóstico: Fractura da rótula.

Doente n.º 1039 (T. O. H.).

20 de Dezembro (segunda feira):

26.^a LIÇÃO

Fractura exposta e recente do fémur direito:

Gravidade das fracturas do fémur; condições que mais tornam sombrio o seu prognóstico.

Indicações da amputação primitiva.

Tratamento conservador:

a) dos tecidos moles;

b) do osso;

c) reparação da solução de continuidade.

Osteosíntese primitiva; suas indicações.

Abstenção primitiva.

Conclusões de G. Cotte (Traitement des fractures diaphysaires de la cuisse):

Esquirolotomia larga primitiva; amputação secundária precoce em caso de insucesso daquela.

22 de Dezembro (quarta feira):

27.^a LIÇÃO

Pleuresia purulenta aguda. Pleurotomia com ressecção costal:

Sintomatologia; meios de exploração.

Tratamento da pleuresia purulenta aguda:

1) Punção simples;

2) Punção com injecção;

3) Met. de cânulas ou tubos «à demeure» com injecção e lavagem;

4) Met. de incisão larga do espaço intercostal com ou sem lavagem da pleura.

Técnica da toracentese; lugar de eleição nas crianças e nos adultos.

Classificação das pleurotomias. Material operatório; pleurotomia costal. Só drenagem ou drenagem e lavagem?

Acidentes e complicações da pleurotomia: incisão branca, ferimento do diafragma, da artéria intercostal, convulsões eclampticas, paralisias de origem embólica, fenómenos sincopais, morte.

Evolução.

Mecanismo da cura e causas que se lhe opõem. Lesões da parede torá-

cica; relações da cavidade purulenta; fistulas. Deformações torácicas produzidas pela retracção cicatricial das paredes do abcesso pleural.

Operação do curso: Incisão num flegmão da fossa ilíaca. Penso à Carrel. Irrigação descontínua.

Doente n.º 815 (T. O. H.).

22 de Dezembro:

Diagnóstico: Ferimento por arma de fogo na região palmar da mão esquerda; bala alojada no térço inferior do bordo cubital do antebraço.

Operação do curso: «Toilette» do ferimento, extração do corpo estranho. Penso à Carrel.

Doente n.º 28 de P. T. C. H.

Diagnóstico: quisto sinovial recidivado do pulso esquerdo.

Operação: Ablação.

24 de Dezembro:

Diagnóstico: Papeira.

Operação do curso: Enucleação intra-glandular.

Doente n.º 27.º de P. T. C. M.

27 de Dezembro:

Diagnóstico: Fibrosarcoma do grande lábio direito.

Operação: Ablação.

Doente n.º 4028 (P. C. M.).

Diagnóstico: Osteite condensante do térço inferior do fémur esquerdo.

Sequestro.

Operação: Sequestrotomia.

Doente n.º 905 (T. O. M.).

28 de Dezembro:

Diagnóstico: Angioma do dorso.

Operação: Extirpação.

Doente n.º 4039 (P. C. H.).

1 de Janeiro:

Diagnóstico: Carcinoma do seio.

Operação de Halsted.

Doente n.º 900 (T. O. M.).

2 de Janeiro:

Diagnóstico: Ferida por esmagamento do térço superior da perna e joelho. Anemia aguda.

Operação: Amputação da coxa no térço inferior pelo método circular oblíquo.

Diagnóstico: Sinusite do seio frontal.

Operação: Trepanação e drenagem nasal.

3 de Janeiro:

Diagnóstico: Ferida toraco-abdominal por arma de fogo. Hemorragia interna.

Operação: Laparotomia. «Toilette» do peritóneo, sutura do meso.
Drenagem.

6 de Janeiro:

Diagnóstico: Flegmão profundo da coxa esquerda.

Operação: Incisões múltiplas. Desbridamentos.

Doente n.º 314 de T. O. M.

7 de Janeiro:

Diagnóstico: Quisto supurado do dorso da língua.

Operação: Extirpação.

Doente n.º 803 (T. O. H.).

Diagnóstico: Osteite do terço inferior do fémur direito. Sequestro.

Operação: Sequestrotomia.

Doente n.º 985 (P. C. H.).

7 de Janeiro (sexta feira):

28.ª LIÇÃO

Empiema crónico. Operação de Max-Scheede.

Oportunidade de intervenção nas fistulas consecutivas à pleurotomia. Meios de semiologia, que permitem conhecer as dimensões da cavidade purulenta. Contraindicações ao acto operatório; locais e provenientes do estado geral.

Toracoplastias.

Definição.

Operação de Estlander-Latlevant: Sua técnica e resultados.

Processo de Quénu: Tempos operatórios. Inconvenientes.

Processo de Jabouïay' (desternalização costal).

Processo de Boiffin. Descrição da operação.

Processo de Delagenière. Em que consiste.

Método de Max-Scheede Suas bases e razão de ser. Resultados.

Operação de Tillmans-Cecci.

Processo de Delorme. Descortição pulmonar.

Mobilização pulmonar de Soulignoux.

Valor e indicações dos diferentes métodos.

Seqüências operatórias.

Resultados operatórios.

Operação do curso: Operação de Max-Scheede.

Diagnóstico: Trajectos fistulosos torácicos múltiplos. Pleuresia crónica.

Doente n.º 716 (T. O. H.).

10 de Janeiro (segunda feira):

29.ª LIÇÃO

Cirurgia das articulações.

71. 1) Puncção.

Lugar de eleição. Instrumental operatório; trocates. Técnica da puncção do joelho e suas indicações.

2) Artrotomia, sinoviotomia ou talha articular.

Artrotomia simples (exploradora ou evacuadora); artrotomia complexa (preliminar). Indicações.

Técnica da artrotomia : a) modos de incisão; b) grandeza e número de incisões; c) esvaziamento do conteúdo e lavagens; d) sutura e drenagem; e) cuidados consecutivos.

72. 73. Artrotomia da espádua :

Via externa, seus inconvenientes: via anterior, suas desvantagens; via posterior, razões da sua preferência.

Artrotomia do cotovelo :

Incisões posteriores: incisão mediana e incisões lateroposteriores. Incisões laterais.

74. Artrotomia do punho: Incisão dorsal externa de Bockel. Incisão interna, latero-cubital.

75. 76. Artrotomia da anca :

Incisões anteriores (para dentro do psoas, para fóra do psoas, para fóra do costureiro): suas indicações e sua execução.

Incisões postero-externas (Langenbeck) suas vantagens.

77. Artrotomia do joelho :

Incisões antero-laterais, incisões postero-laterais e incisão transversal. Indicações respectivas.

Artrectomia.

Definição. Sinoviectomia (Ollier); antroxésis (Lectiévant). Regras gerais: hemostase preventiva, incisão dos tecidos moles, curetagem dos focos articulares e peri-articulares, desinfecção da articulação, drenagem; sutura; penso e cuidados post-operatórios.

Artrectomia do joelho. Processo de Richelot. Processo de Albertin. Processo de Lauenstein. Indicações.

Artrodesse.

Definição e regras gerais: artrotomia, exfoliação da cartilagem, reunião dos ossos, sutura dos tecidos moles, drenagem e contencção.

Capsulorrafia.

Definição.

Da espádua :

Processo de Ricard.

Processo de Mickulicz.

Processo de Gerster.

Da rótula.

Processo de L. Dentu.

Processo de Menard e Rolland.

Operações de curso: Turbinectomia.

Diagnóstico: Hipertrofia dos cornetos.

Operação de curso : Osteosíntese do húmero pelo método de Lane.
Diagnóstico : Fractura antiga não consolidada do húmero esquerdo.

12 de Janeiro (quarta feira) :

30.ª LIÇÃO

Operações sobre os vasos.

Laqueações.

Definição. Regras gerais. Material cirúrgico necessário. Cuidados pre-operatórios. Técnica das laqueações. Caracteres diferenciais das artérias e das veias; das artérias e dos nervos; dos vasos e dos tendões.

1. Laqueação das artérias do membro superior :

Laqueação da arcada palmar superficial.

78. Laqueação da arcada propriamente dita; pontos de reparo; trajectória da arcada; linha de incisão e processo de laqueação.

79. Laqueação do ramo interno ou cubital da arcada. Incisão e técnica de laqueação.

Laqueação da artéria radial.

Lugares da eleição para a laqueação e suas indicações.

80. L. na tabaqueira anatómica; posição do operador e dos ajudantes; atitude do membro; traçado da artéria; processo de laqueação no antebraço; relações anatómicas da artéria; determinação do meio da flexura do cotovelo.

81. L. no térço inferior : linha da operação e descoberta do vaso.

82. L. no térço médio.

L. no térço superior.

Laqueação da artéria cubital.

Origem da artéria; sua trajectória; relações anatómicas com os músculos e nervos do antebraço. Lugares de acesso da artéria.

83. Acima do punho.

84. Acima do meio do antebraço.

Laqueação da artéria humeral:

Relações anatómicas d'este vaso; anomalias mais freqüentes da artéria.

Posição do operador; atitude do doente. Trajectória do vaso.

85. L. na prega do cotovelo; incisão da pele; isolamento da expansão aponevrótica do biceps e sua secção, descoberta da artéria, seu isolamento e laqueação.

86. No meio do braço.

87. Na origem da artéria.

Laqueação da artéria axilar :

88. Na axila,

Abaixo da clavícula; relações anatómicas; atitude do operado; pontos de reparo de partida; incisão dos tecidos; destrinça da artéria das veias e nervos da região; relações mútuas.

Laqueação da artéria subclávia :

89. Para fora dos escaletos : suas relações; técnica da laqueação.

90. Para dentro dos escaletos : forma, orientação e dimensões da incisão da pele; pontos de referência; cuidados no isolamento do vaso. Indicações.

91. Laqueação da carótida primitiva:

Pontos de referência, relações da carótida no sulco laringo-traqueal; sua relação com a veia jugular interna e nervo pneumogástrico. Incisão dos tegumentos; anatomia topográfica da região. Tempos operatórios.

Operação de curso: Operação de Halsted.

Diagnóstico: arcinoma do seio esquerdo.

Doente n.º 36. P. T. C. M.

14 de Janeiro (sexta feira):

31.ª LIÇÃO

Laqueações das artérias carótidas externa e interna.

Sinais diferenciais das duas carótidas; meios de reconhecimento de cada uma delas.

Incisão da pele; descrição dos planos até à descoberta da grande ponta do osso hioide.

92. Laqueação da carótida externa entre a artéria lingual e a tiroídea superior.

93. Laqueação da artéria lingual.

Lugares de eleição; origem do vaso; relações com o grande nervo hipoglosso e com as veias facial, lingual e faringeas; relações da artéria carótida externa e lingual.

94. Laqueação no triângulo milo-hipoglosso-hioideo, acima do tendão do digástrico.

Laqueação acima da grande ponta do osso hioide; indicações operatórias.

95. Laqueação da artéria facial.

96. Laqueação da artéria occipital.

Laqueação da aorta abdominal; processos; indicações e resultados.

Laqueação da artéria ilíaca primitiva.

100. Incisões. Métodos (transperitoneal e extraperitoneal). Técnica da laqueação.

Laqueação da artéria espermática.

Operações de curso: Cura do cistocel.

Diagnóstico: Cistocel à direita.

Doente n.º 313. T. O. M.

17 de Janeiro (segunda feira):

32.ª LIÇÃO

Laqueações. Membro inferior.

Laqueação da artéria femural:

Origem e percurso, relações; exploração da goteria formada pelos adutores e pelo cilindro femuro-tricipital. Canal de Hunter. Linha indicadora do vaso.

101. Laqueação no canal de Hunter.

Posição do membro do doente. Incisão da pele; descoberta do músculo

costureiro, manobra para descobrir o bordo interno do músculo grande adutor; descoberta da parede ant. do canal de Hunter.

Descoberta da artéria, isolamento e laqueação.

102. Laqueação no terço médio da artéria.

Laqueação na base do triângulo de Scarpa.

103. Laqueação da artéria poplitea:

Na metade superior.

Na metade inferior.

104. Laqueação da artéria peronial.

Linha indicadora; processo.

Laqueação da artéria tibial anterior:

Acima do ligamento anular.

Na parte superior da perna.

105. Laqueação da artéria pediosa:

Ao nível da artéria tíbio társica.

Laqueação da artéria tibial posterior:

106. Origem, relações anatómicas; trajecto; pontos de reparo. Lugares de eleição para a laqueação. Técnica operatória.

Operações sobre os vasos.

Arteriorrafia.

107. 108. Indicações; condições necessárias para se obter a «restitutio ad integrum». Como proceder em casos de feridas vasculares? Material operatório. Métodos. Sutura lateral; sutura circular de Carrel. Sutura por invaginação de Murphy.

Enxertia vascular: artério-arterial, peritoneal e artério-venosa.

Tratamento da anemia aguda.

Injecções de sôro fisiológico e transfusão do sangue.

Sôro fisiológico de Hayem e sôro de Locke.

Via hipodérmica. Via venosa. Técnica da injecção.

Transfusão de sangue. Em que consiste; métodos.

Transfusão directa com cânula de Elsberg. Processo de Guillot e De-helly.

Transfusão indirecta com tubos parafinados (método de Carrel modificado por Berard).

Anastomose artério-venosa.

Anastomose lateral.

Anastomose topo a topo.

Operação de curso: Amputação do dedo.

Diagnóstico: Fractura antiga, infectada da 2.^a falange.

Doente n.º 907. T. O. H.

19 de Janeiro (quarta feira):

33. LIÇÃO

Tratamento dos aneurismas.

Métodos indirectos:

a) Injecções coagulantes (Monteggia), método de Lancereaux. Estatística de Grenet e Piquand; casos de Delbet, casos de Monod e Vanverts.

- b) Corpos estranhos : método de Moore, método de Bacelli.
 - c) Electricidade : método de Corradi, método de Cinselli.
 - d) Malaxação.
 - e) Refrigerantes.
 - f) Compressão directa.
 - g) Flexão. Suas indicações e seus inconvenientes.
 - h) Compressão indirecta. Vantagens ; estatísticas de Barwell, de Monod e Vanverts. Inconvenientes. Técnica ; condições a que deve satisfazer a compressão. Processo de Delmas (compressão total, contínua ou alternativa).
 - i) Compressão total e compressão elástica : método de Théden, método de Reid. Modificações de Gersuny. Valores deste método.
 - j) Laqueação : método de Anel ; método de Hunter. Método de Brasdor, método de Wardrop. Suas vantagens, indicações e complicações.
- Métodos directos :
- a) Incisão do saco. Perigos deste método. Condições em que pode ser útil. Estatísticas de Monod.
 - b) Extirpação ; seus efeitos : Mortalidade. Gangrena e cura. Causas da gangrena. Estatísticas comparativas dos dois métodos. Laqueação e extirpação. Conclusões. Dificuldades deste método.
- Método de Matas (endo-aneurismorrafia). Bases anatómicas deste método. Processos: α) obliterante; β) restaurador; γ) reconstrutor. Suas técnicas. Indicações destes métodos e seus valores. Dificuldades e insucessos destes processos.
- Sutura lateral. Indicações.
- Ressecção e sutura circular.
- c) Enxertiais arteriais e venosas.
- Operação de curso : Operação de Halsted.
- Diagnóstico : Carcinoma do seio direito.
- Doente n.º 37. P. T. C. M.

21 de Janeiro (sexta feira):

34.ª LIÇÃO

Ampulações dos membros.

Ampulações e desarticulações. Ampulações primitivas, secundárias e tardias. Factores que determinam a escolha do método que regula a operação mutilante.

Qualidades dum bom coto ; tecidos moles e esqueleto dum bom coto. Cotos maus. Conicidade dos cotos, suas qualidades e suas causas.

Constituição física dos cotos : elasticidade da pele, retractilidade dos músculos, volume dos ossos. Retração primitiva e retração secundária dos músculos. Como lutar contra as qualidades destes tecidos para se obter um bom coto. Como garantir uma boa nutrição dos tegumentos, dos músculos, dos tecidos fibrosos e dos ossos.

Mecanismo da cicatrização dos diversos tecidos dos cotos. Inflamação dos cotos. Reunião mediata e reunião imediata. Pensos dos amputados. Sua técnica.

151. Acidentes post-operatórios: hemorragias, fistulas, gangrena, cicatriz aderente, côto cônico, nevralgias dos amputados.

152. Tratamento de cada uma destas complicações.

153. Classificação dos métodos de amputação.

154. Localização da cicatriz. Forma e número dos retalhos. Métodos circular, elítico, ovalar, de dois retalhos e dum só retalho.

155. Instrumentos cirúrgicos: para a hemostase preventiva, para a medição dos tecidos do côto; para a diérese das partes moles; para a sua retracção; para a diérese dos ossos; para a hemostase definitiva durante e depois da operação; para a sutura dos tecidos.

156. Método circular:

157. 109. Amputação circular infundibiforme.

158. Processo ordinário: posição do operador; divisão da pele e do tecido celular sub-cutâneo; dissecção dos tegumentos; regras gerais para a diérese dos músculos; recorte dos músculos.

159. 110. Processo sub-perióstico de Marc-Seeé.

160. 111. Processo circular em canhão. Suas características, indicações e técnica.

161. Processo ordinário.

162. Processo sub-perióstico de Chalot.

163. Processo em fenda.

164. 112. 113. Amputações pelos métodos de retalhos; regras gerais para talhar os retalhos:

a) Transfixão;

b) Entalhe;

c) Incisão prévia do contorno dos retalhos.

165. Retalhos arredondados e retalhos de Revaton e Teale.

166. Retalhos cutâneos.

167. Método elítico (obliquo elítico, mixto, circular obliquo, método de Soupart);

168. Processo de retalho cutâneo.

169. Processo de retalho cutâneo-muscular.

170. Método ovalar:

171. Processo com incisão em «raquette».

172. Operação: ablação dum trajecto fistuloso cervical em ligação com um quisto branqueal.

173. Doente n.º 41. P. T. C. H.

174. 26 de Janeiro (quarta feira):

35.ª LIÇÃO

Amputações.

Membro superior.

175. Mão: Amputações parciais dos dedos.

Indicações. Usos dos côtos. Escolha do processo a empregar. Regras para talhar os tecidos moles. Posição das interlinhas articulares.

176. Desarticulação da 2.ª ou 3.ª falange dum dedo: pelo método dum só retalho palmar.

116. Amputação dum dedo ao nível duma falange pelo processo circular com fenda dorsal e pelo processo de dois retalhos desiguais.

Amputação total ou desarticulação dum dedo: usos do coto e escolha do processo; interlinha articular; medição e corte dos tecidos moles.

117. Desarticulação dum dedo do meio: incisão circular com fenda dorsal; desarticulação pelo método de dois retalhos laterais.

118. Desarticulação do index: processo de retalho externo e palmar.

119. Desarticulação do dedo mínimo: processo de retalho interno e palmar.

120. Amputação do polegar: amputações parciais e amputação total.

Processo de retalho externo e palmar.

Processo de retalho palmar.

Diagnóstico: Ferida perfurante do abdómen por arma de fogo, interessando a face anterior do figado, a vesícula biliar transversalmente e alojando-se a bala no parenquima hepático junto do bordo inferior. Hemorragia interna muito grande.

Operação: Colecistectomia. Toillete de peritóneo.

Doente n.º 911. T. O. H.

28 de Janeiro (sexta feira):

36.ª LIÇÃO

Amputação do polegar com extirpação total ou parcial do metacarpo respetivo.

Anatomia da região; descoberta da articulação. Indicações operatórias. Processos de eleição.

121. Processo em raqueta de Farabeuf; incisão dos tegumentos e sua mobilização; diérese dos músculos e desnudação do metacarpo, desarticulação.

122. Processo circular de fenda dorsal.

Processo de retalho carnudo externo.

Amputação do dedo mínimo e do seu metacarpo: escolha do processo. Incisão dos tegumentos. Isolamento do metacarpo.

123. Amputação dum dos dedos médios com extirpação total ou parcial do seu metacarpo. Indicações. Dificuldades e perigos da extirpação total do metacarpo. Relações com a arcada palmar profunda. Conhecimento da interlinha dorsal. Estudo dos ligamentos inter-ósseos; sede da melhor cicatriz.

Processo em raqueta.

Processo circular de fenda dorsal.

Amputação do index com extirpação do seu metacarpo.

Desarticulação de dois ou três metacarpos com os dedos correspondentes.

124. Processo circular da fenda dorsal em T.

Operação de curso: Extirpação dum angioma do grande lábio.

Doente n.º 27. P. T. C.

2 de Fevereiro (quarta feira):

37.^a LIÇÃO

Desarticulação carpo-metacárpica.

125. Processo de retalhos desiguais.

Indicações nos traumatismos e neoplasmas. Vantagem da desarticulação sobre a amputação do antebraço.

Considerações sobre a anatomia da região.

Pontos de reparo da interlinha articular; sua determinação mesmo nas mãos deformadas.

Usos do côto; melhor posição da cicatriz.

Processo circular em canhão.

Processo elíptico de retalho palmar.

Processo de retalho carnudo externo.

Desarticulação osteoplástica do punho.

Desarticulação do punho, retalho único dorsal.

Amputações parciais do antebraço.

Anatomia.

Utilidade do côto.

Processos de eleição.

126. Amputação no térço inferior: Processo circular em canhão; Diérese no espaço inter-ósseo, com a manobra em 8 ou incisão em T no espaço inter-ósseo. Compressa de três pontas e retractores.

Processo de dois retalhos cutâneos.

Processo de Teale (largo retalho posterior quadrado). Suas vantagens.

Amputação nos dois térços superiores: Inconvenientes do método circular infundibiforme; Processo de dois retalhos iguais anterior e posterior; Processo dum retalho anterior.

127. Desarticulação do cotovelo: indicações. Anatomia. Descoberta da interlinha. Escolha dos melhores processos.

Processo circular em canhão: secção circular oblíqua, mobilização e retracção dos tecidos, diérese ascendente dos músculos anteriores, desarticulação.

Processo de incisão elíptica.

Processo de retalho anterior.

Processo de retalho externo.

Processo de dois retalhos laterais.

Amputações parciais do braço.

Anatomia. Escolha do melhor processo. Aplicações do bom côto. Hemostase provisória. Posição do operador e dos ajudantes.

Amputação nos dois térços inferiores.

128. Processo circular infundibiforme.

Processo dum retalho ântero-externo.

Processo de dois retalhos iguais ântero-externo e póstero-interno.

Amputação intra-deltóidea:

129. Processo (Chalot) circular de fenda externa.
Processo dum retalho carnudo externo.

4 de Fevereiro (sexta feira):

38.º LIÇÃO

Desarticulação da espádua.

Indicações. Anatomia cirúrgica. Exploração da articulação. Qualidades do côto e melhor processo para a sua formação.

Processo circular de fenda externa.

130. Processo em raqueta de Larrey.

Processo de Ruthrie.

Processo de retalho externo.

Amputação interscapulo-torácica.

Em que consiste; tempos operatórios; exploração da região; pontos de reparo; pontos de referência; posição do operado e do operador.

Indicações operatórias.

131. Processo de Berger-Farabeuf: 1) secção e ressecção da parte média da clavícula; laqueação e secção dos vasos; 2) incisão e dissecção dum retalho ântero-inferior ou pectoro-axilar; incisão e dissecção dum retalho póstero-superior ou cérvico-escapular; secção das inserções musculares marginais.

Operação: Sequestrotomia.

Diagnóstico: Osteomielite crónica, recidivante do terço superior da tibia esquerda.

Doente n.º 39. P. T. C. H.

11 de Fevereiro (sexta feira):

39.º LIÇÃO

Amputações e desarticulações do membro inferior.

Amputações dos dedos.

Indicações operatórias. Anatomia cirúrgica. Caracteres dos côtos e suas aplicações. Amputações totais e parciais.

Método circular na amputação parcial duma falange e método ovalar na desarticulação dum dedo intermédio.

Desarticulação do dedo mínimo pelo método de retalho dorsal externo (Farabeuf).

Amputação do dedo grande.

Amputação do polegar (parcial) pelo método de retalhos desiguais, sendo o plantar muito longo.

131. Desarticulação do dedo grande:

↓ Como é formada a articulação? ↓ Como encontrá-la? ↓ Para que serve o côto? ↓ Qual o processo que dá melhor côto?

Retalho interno e plantar.

Processo em raquete assimétrica.

132. Desarticulação tarso-metatarsica. (Desarticulação de Lisfranc).

Indicações. Côto; processos diversos; suas vantagens e desvantagens.

Configuração das enterlinhas articulares; ligamento de Lisfranc.

Processo de dois retalhos desiguais: grande retalho plantar e pequeno dorsal.

Posição do operador e do operado. Marcação da enterlinha articular; incisão dorsal; incisão plantar; secção de músculos e tendões até ao osso; mobilização dos tegumentos dorsais; desarticulação do primeiro metatarso; abertura da articulação dos três últimos; desarticulação do segundo, incisão do ligamento de Lisfranc.

Operação: Cerclage da rótula.

Diagnóstico: Fractura antiga da rótula.

Doente n.º 916. T. O. H.

14 de Fevereiro (segunda feira):

40.ª LIÇÃO

Amputações mistas tarso-metatarsicas. Amputação de Cloquet.

Tarso — Tarso anterior:

Amputação trans-cúneo-cuboidea; fim desta intervenção; processos; vantagens.

Amputação de Bonna (amputação ante-escafoido-cuboidea).

Desarticulação de Jobert (desarticulação ante-escafoido-cuboidea).

Desarticulação de Laborie (desarticulação ante-escafoido-calcaneana).

133. Desarticulação de Chopart (desarticulação mediotársica); Em que consiste? Configuração do côto. Anatomia da região. Indicações operatórias «Renversement» do côto; suas causas e sua profilaxia. Cuidados post operatórios.

Processo circular inclinado.

Processo de dois retalhos desiguais.

Processo de retalho interno e plantar.

Tarso posterior:

134. Desarticulação de Malgaigne (desarticulação sub-astragaliana); características desta intervenção; pontos de referência e sua exploração.

Processos diversos.

Processo ovalar com raqueta de M. Perrin.

Desarticulação total do pé.

Exploração da articulação. Indicações operatórias.

Processo de Syme e sua técnica.

Processo de retalho postero interno de Roux.

Processo em «raquette» de Chauvel.

Processo em retalho dorsal de Baudens.

135. Amputação tibio-calcaneana osteoplástica de Pirogoff; história desta intervenção; suas características e indicações.

Processo de Le Fort.

Processo de Tauber.

Amputação tibio-astragaliana osteoplástica de Faure.

Amputação tíbio-társica osteoplástica de Vladimiroff; em que consiste.
Indicações operatórias.

Processo de Mickulicz.

Operação: Ressecção da vaginal.

Diagnóstico: Hidrócelo com paquivaginalite à direita.

Doente n.º 46. P. T. C. H.

Operação: Safenectomy interna.

Diagnóstico: Varizes no terço inferior da coxa esquerda e região poplítea.

Doente n.º 43. P. T. C. H.

16 de Fevereiro (quarta feira):

41.ª LIÇÃO

Cirurgia das fossas nasais.

Asepsia e antisepsia.

Anestesia: geral e local.

Hemostase: esquemia local pre-operatória; hemostase pre-operatória.

Hemostase post-operatória: 1.º caso, a hemorragia persiste: a) aplicação dum camada de «penghawar»; b) «tamponnement»; c) tampão com camadas de algodão; tampão com dreno de ebonite rodeado de gase ou de algodão; 2.º caso, a ferida operatória está exsangue. Que conduta a tomar em tais casos?

Tratamento da epistaxis: Cauterização (Galvandcautério, nitrato prata, ácido crómico, etc.); tampão nasal.

Tratamento do hematoma do septo, do abcesso quente e das fracturas do nariz.

Corpos estranhos: recente; antigo. Rinolito. Má conformações; imperfuração das nariñas e dos coanes; atresia congénita das fossas nasais. Esporão cartilagíneo; crista óssea no vomer. Desvio do septo sem espessamento. Desvio complicado com espessamento, esporão ou crista. Cirurgia dos cornetos: galvano cáustica (cauterização em superfície e cauterização linear, cauterização punctiforme, electrotomia); fragmentação da pituitaria. Ressecção dos cornetos ou conchectomia; ressecção total e parcial do corno inferior; técnica; indicações; ressecção do corno médio, suas indicações. Curetagem das fossas nasais. Ablação de pólipos (polipotomos) ressecção e arrancamento; regras. Cura radical dos pólipos. Tratamento dos tumores malignos; Rinotomia sublabial de Rouge modificada por Laurens e Rinotomia transfacial de Moure.

Cirurgia da região鼻-faringea.

Adenoidectomia nas crianças de menos de dois anos; dos dois anos aos quinze anos e no adulto; anestesia; posição do doente; atitude do operador; instrumental cirúrgico.

Ablação dos fibromas naso faríngeos: 1) pelas vias naturais; 2) pelas vias artificiais (sublabial e transmaxilo-nasal). Indicação dos diversos processos. Extirpação dos tumores benignos (pólipos fibromucosos e pólipos pseudomixomatosos de origem sinusal). Tratamento dos tumores malignos.

Cirurgia endo-laringea.

Anestesia.

Tubagem na criança. Indicações (croup diftérico ou pseudodiftérico, falso croup, laringite sub-mucosa, supraglótica, glótica ou hipoglótica com tiragem contínua, edema glótico, certos casos de espasmo, flegmão peritráqueo-brônquico, artrites crico-aritenoideas). Contra indicações. Instrumental cirúrgico; escolha do tubo. Posição da criança e dos ajudantes. Técnica da tubagem. Acidentes da tubagem. Seqüências da tubagem. Conseqüências da permanência do tubo. Extubação: Enucleação (processo de Bayeux, processo de Marfan). Extracção com pinça. Extracção com electro-iman. Seqüências depois da extracção do tubo.

Tubagem no adulto.

Tubagem pre-operatória.

Tubagem auxiliando a respiração artificial.

Tubagem associada ao «tamponnement» da faringe.

Cirurgia laringo-faríngea: via exo-faríngea:

136. Faringotomia vertical trans-hioidea.

Faringotomia sub-hioidea.

Diagnóstico: Epitelioma do sulco nasogeniano direito.

Operação de curso: Sua extirpação; autoplastia pelo processo Celse.

Operação: Ressecção do esporão do septo nasal.

Diagnóstico: Esporão do septo nasal à direita.

Doente n.º 40. P. T. C. M.

18 de Fevereiro (sexta feira):

42.^a LIÇÃO*Cirurgia dos seios da face.*

Tratamento das piosinusites maxilares:

137. 1) Lavagem evacuadora e injecções modificadoras praticadas no ostium maxilar.

138. 2) Puncção alveolar.

3) Puncção e lavagem através do meato médio ou inferior.

4) Trepanação endonasal larga sem curetagem.

139. 5) Trepanação endonasal seguida de curetagem.

140. 6) Trepanação e curetagem pela fossa canina, seguida de sutura do ferimento bucal e drenagem nasal.

Tratamento das piosinusites frontais:

1) Lavagem do seio pelo infundibulum.

141. 2) Trepanação do seio frontal: trepanação simples (operação de Ogston-Luc) e suas indicações; trepanação fronto-orbitária (operação de Kilian) e suas indicações; trepanação por via orbitária (operação de Jacques) e indicações.

142. 3) Sinusectomia e indicações.

Tratamento das supurações etmoidais:

1) Curetagem por via endonasal.

2) Esvaziamento por via frontal (Kilian).

3) Esvaziamento por via orbitária (Laurens).

4) Esvaziamento por via nasal (Moure).

Tratamento das piosumites esfenoidais:

1) Lavagens e injecções pelo orificio natural.

2) Trepanação por via endonasal.

3) Trepanação por via artificial (orbitária, frontal ou maxilar).

Operação de curso: Desarticulação tardia do polegar da mão esquerda pelo método de retalho externo.

Diagnóstico: Fractura exposta cominutiva da primeira falange do polegar da mão esquerda.

Doente n.º 908. T. O. H.

21 de Fevereiro (segunda feira):

43.ª LIÇÃO

Cirurgia da oro-faringe.

Estafilorráfia e uranoplastia.

143. Uvulectomia. Estafilotomia. Estafilectomia. Escarificações da faringe.

Cirurgia das anginas flegmonosas.

Abcesso intra-amigdaliano. Abcesso peri-amigdaliano: cateterismo da fosseta supra-amigdaliana e do recessus palatino (método Ruault); dilatação do recessus palatino com uma pinça de pressão (método de Kilian, de Worms); incisão do véu (método de Lemaitre); incisão do véu com faca de galvanocautério (método Moure). Abcesso do pilar posterior. Abcesso perióstico justa-amigdaliano; adenoflegmão retrofaríngeo. Adenoflegmão lato-faríngeo. Angina de Ludwig.

144. Cirurgia das amigdalas.

Discisão. Plicotomia. Amigdalotomia: ablação das amigdalas com bisturís e tesouras; ablação com o amigdalotomo de Fahnestock; ablação com o amigdalotomo-esmagador, ablação com ansa fria; electrotomia; fragmentação (método de Ruault), amigdalotropsia; ignipunctura; exerese das amigdalas encastoadas (pinça de Vacher e pinça de Mahu, esmagador de Robert Leroux). Indicações de cada um dêstes processos. Cuidados pre-operatórios e cuidados post-operatórios.

Hemorragia e sua profilaxia; seu tratamento.

Corpos estranhos da orofaringe.

Faringotomia.

Faringectomia.

Cirurgia exolaríngea.

145. Traqueotomia.

Indicações. Instrumental operatório. Preparação do doente. Meios de anestesia. Bases para a classificação dos processos de anestesia. Traqueotomia ultrarápida, traqueotomia rápida e traqueotomia lenta ou em três tempos.

Crico-traqueotomia de Sain-Germain.

Laringotomia intercricotiroidea.

Traqueotomia superior (Archambault-Bourdillat).

Traqueotomia inferior (Troussseau).

Quais as indicações de cada um dêstes processos?

Técnica de cada um dêles.

Dificuldades e acidentes da traqueotomia: incisão incorrecta, incisão muito curta, incisão muito grande, perfuração da parede traqueo-esofágica, introdução da cânula num falso caminho, oclusão da cânula, hemorragias, emfisema subcutâneo, síncope.

Cuidados post-operatórios.

Complicações post-operatórias.

Tirotomia.

Indicações: corpos estranhos na laringe, traumatismos, tumores benignos, papiloma difuso na criança, angiofibromas hemorrágicos, neoplasmas malignos no comêço, apêrito fibroso, tuberculose da laringe, escleroma laríngeo. Instrumental. Posição do doente. Anestesia. Acidentes operatórios. Cuidados consecutivos. Complicações post-operatórias.

Laringectomia.

Indicações e resultados.

Operação: Amigdalotomia por fragmentação com a pinça de Ruault.

Diagnóstico: Hipertrofia das amígdalas.

Doente n.º 43. P. T. C. M.

Operação: Desbridamento dum trajecto fistuloso em comunicação com o ramo horizontal direito do maxilar inferior; sequestrotomia.

Doente n.º 915. T. O. H.

23 de Fevereiro (quarta feira):

44.ª LIÇÃO

Cirurgia do aparelho visual.

Preparação do doente; asepsia e antisepsia pre-operatórias do olho e dos seus anexos, quer saúdos, quer inflamados; instrumentos e solutos empregados. Técnica da anestesia local; a cocaína e outras substâncias de propriedades anestésicas análogas.

Extracção de corpos estranhos no olho.

146. 1) Da conjuntiva: anestesia, instrumentos apropriados ou improvisados, sua aplicação; penso e cuidados consecutivos.

147. 2) Da córnea: anestesia local ou geral, imobilização do globo, amplificação do campo, agulhas, curetas, espátulas, etc., e sua utilização; electro-íman de Hirschberg. Extracção dum corpo estranho fixado na córnea e proeminente na câmara anterior. Penso.

3) Da íris e da câmara anterior; facas de Graefe; e seu uso na incisão do bôrdo da córnea junto do corpo estranho; pinças, ganchos de Bourgeois, cureta de Daviel, etc.

Operações sobre a córnea:

148. Punção da córnea: posição do doente e do operador; preparação do campo; agulha de paracéntese ou faca de catarata, sua introdução na câmara anterior, através do limite inferior da córnea e mudança de direcção de molde a seguir paralelamente ao plano anterior da íris. Penso. Indicações operatórias. O que é a operação de Saemisch?

28 de Fevereiro (segunda feira):

45.^a LIÇÃO

Esclerotomia.

149. Em que consiste; a que visa; para que se faz. A) Esclerotomia anterior: a) incisão dupla com ponte esclero-conjuntival de Wecker; b) Processo por punção.

Iridectomia: antiflogística, antiglaucomatosa e óptica; condições a que deve obedecer cada um destes tipos. Tempos operatórios: 1) incisão da córnea; 2) excisão da íris herniada; 3) esvaziamento do sangue que se pode acumular na câmara anterior. Penso.

Glôbo ocular.

150. Exenteração. Evisceração do glôbo ocular: indicações operatórias; anestesia; dissecção da conjuntiva, secção da esclerótica, curetagem do glôbo, irrigações antisépticas muito quentes, sutura da conjuntiva, regularização da solução de continuidade da esclerótica.

Enucleação: causas que a determinam; princípios a que obedece; anatomia clínica da região. Anestesia. Processo de Tillaux.

2 de Março (quarta feira):

46.^a LIÇÃO

Operações sobre o fígado.

151. Punção.

Cuidados a adoptar; local da punção; instrumentação; cuidados consecutivos.

Punção e injecção.

Líquidos mais usados. Métodos empregados no tratamento dos quistos hidáticos:

- a) Punção sem evacuação e injecção de líquido em dose não tóxica (Bacelli);
- b) Punção com evacuação do quisto e injecção em dose tóxica, mas imediatamente extraída (Debove e Mesnard);
- c) Punção, evacuação e injecção em dose não tóxica (Hannot).

Vias de acesso.

152. Via abdominal; instrumental cirúrgico:

- a) Laparotomia mediana supra-umbilical;
- b) Laparotomia lateral;
- c) Laparotomia mediana ou lateral combinada com desbridamento horizontal do m. grande recto.
- d) Laparotomia transversal.

153. Via abdominal combinada com a via torácica anterior: tempos operatórios.

154. Via torácica posterior transpleural ou transpleuro-frénica (Israel e Segond).

Via lombar.

Hemostase; provisória e definitiva.

Provisória (compressão digital ou instrumental do fígado, a distância ou no pedículo vascular). Injecções de solutos adrenalinaidos.

Definitiva: «tamponnement», termocauterização, laqueação, sutura.

Laqueação directa e em massa. Material para a laqueação. Variedades: laqueação sobre suportes, laqueação com cavilhas, laqueação discontínua, laqueação contínua e em ansa (Auvray).

155. Hepatorrafia.

Indicações; material de sutura; condições a que deve satisfazer uma boa sutura.

Incisão de abcessos.

Indicações; meios de defesa do peritónio.

Tratamento dos quistos hidáticos.

I. Quistos não supurados.

1. Hepatotomia ideal (incisão do quisto e redução depois da sutura).

Cuidados preoperatórios.

Incisão da parede abdominal.

Punção do quisto.

Incisão do quisto.

Evacuação do conteúdo quístico.

Encerramento da cavidade do quisto (sutura simples ou sutura e «capitonnage»).

Sutura da parede abdominal.

Obstáculos à execução deste método.

2. Hepatostomia (incisão do quisto e fixação da bolsa à parede).

A. Fixação da parede do quisto à parede do ventre.

Incisão do quisto e evacuação do seu conteúdo.

Sutura da parede abdominal.

Pensos e cuidados consecutivos.

B. Incisão primeiro e fixação em seguida.

3. Hepatectomia: indicações. Hemóstase. Ressecção. Drenagem. Sutura da solução de continuidade.

II. Quistos hidáticos supurados.

Marsupialização.

Punção e injecção de formol.

Incisão.

Evacuação do quisto.

Fixação dos bordos da solução de continuidade hepática aos lábios da solução de continuidade parietal.

4 de Março (sexta feira):

47.^a LIÇÃO

Tratamento dos tumores do fígado.

Tempos da operação: 1.^º incisão abdominal; 2.^º hemóstase preventiva; 3.^º ablação do tumor, meios de dierese; 3.^º tratamento da solução de continuidade e do coto hepático (método intraperitoneal, método intraperitoneal com drenagem, método extraperitoneal).

156. *Hepatopexia.*

Indicações. Cuidados preliminares: laparotomia; descoberta do fígado e sua redução. Fixação do fígado: material de sutura e aperto dos fios. Processos de fixação: os fios só atravessam a cápsula (Richelot); os fios atravessam o fígado numa pequena espessura, fios tangentes à face convexa do fígado (Faure); fios marginais (Marchand); os fios atravessam o fígado em toda a sua espessura: processo de Bobroff Legueu; processo de Jeannel.

Manobras complementares: avivamento ou irritação do fígado, interposição de corpos estranhos; «tamponnement» sub-hepático.

Sutura da parede.

Hepatopexia indirecta.

7 de Março (segunda feira):

48.^a LIÇÃO*Vias biliares.*

Tratamento preoperatório: vias de acesso aos canais biliares (via abdominal e via lombar):

a) Incisão da parede abdominal.

Incisões transversais: vantagens e desvantagens. Incisões verticais: mediana (paracoledoca), lateral (paracolecística); incisão em baioneta de Kehr, incisão ondulada de Bevan;

b) Exploração externa das vias biliares; libertação das aderências.

a) A vesícula e as vias biliares não estão aderentes:

1) Exploração da vesícula.

157. 2) Exploração do canal hepático, canal cístico e porção supraduodenal do coledoco (exploração indirecta e directa) e porção retropancreática do coledoco.

β) A vesícula e as vias biliares estão aderentes; exploração interna das vias biliares.

158. *Colecistostomia.*

Fístula biliar artificial (Terrier). Colecistoproctia (Pantalonei). Indicações. Instrumentos cirúrgicos:

a) Incisão da parede;

b) Protecção do campo operatório e abertura da vesícula;

c) Exploração da vesícula e evacuação do seu conteúdo;

d) Fixação da vesícula à parede;

e) Drenagem e sutura da parede abdominal.

Cuidados consecutivos.

159. *Colecistectomia.*

Indicações. Material operatório. Posição do operado.

Laparotomia.

Exame da vesícula.

Isolamento da vesícula.

Isolamento, laqueação e secção do canal cístico.

Drenagem.

Sutura da parede abdominal.

Cuidados consecutivos.

Variedades: colecistectomia sub-serosa de Doyen; Colecistectomia limitada à mucosa de Mayo; Colecistectomia nos casos de fistula biliar.

9 de Março (quarta feira):

49.º LIÇÃO

Colecisto-enterostomia.

Indicações. Colecisto-duodenostomia. Colecisto-jejunostomia. Colecisto-gastrostomia. Colecisto-colostomia. Anastomose a uma vesícula sã ou a vesícula aderente.

I. Colecisto-enterostomia com uma vesícula sã:

- a) Incisão da parede;
- b) Exploração da vesícula, das vias biliares e pâncreas;
- c) Descoberta da ansa intestinal;
- d) Abertura da vesícula;
- e) Sutura sero-serosa posterior; abertura do intestino; suturas mucos-mucosa posterior e anterior. Sutura sero-serosa anterior;
- f) Drenagem e sutura da parede.

II. Colecisto-enterostomia com uma vesícula aderente:

- a) Incisão da parede;
- b) Isolamento da vesícula «respeitando cuidadosamente as aderências que a vesícula tiver ao tubo digestivo»;
- c) Anastomose;
- d) Drenagem e sutura da parede.

Cuidados consecutivos.

160. Coledocotomia.

Indicações: calculose do coledoco, icterícia grave, drenagem dos canais hepáticos.

Instrumentos cirúrgicos.

Vias de acesso para descobrir os quatro segmentos do coledoco: supra-duodenal, retro-duodenal, sub-duodenal ou retropancreático e parieto-duodenal. Técnica:

- a) Incisão de Kehr;
- b) Exploração das vias biliares: α) vesícula facilmente visível; β) vesícula envolta por aderências; γ) exploração dos segmentos retro-duodenal, pancreático e intraduodenal do coledoco;
- c) Incisão do coledoco: 1) sente-se um cálculo em qualquer porção do coledoco; 2) não se encontrou cálculo algum no seu interior;
- d) Extracção do cálculo;
- e) Cateterismo do coledoco;
- f) Drenagem;
- g) Tratamento das lesões vesiculares;
- h) Sutura da parede abdominal.

Cuidados post-operatórios.

Coledoco-enterostomia.

Em que consiste? Quais as suas indicações? Tempos operatórios?

Complicações post-operatórias das diferentes operações contra a litíase biliar: eritema cutâneo; atresia fistular; morosidade na sua cura; dores; hemorragias secundárias; hérnias consecutivas; recidivas; mortalidade.

Diagnóstico: Hérnia inguinal bilateral.

Operação: Cura radical; Bassini-Barker.

Anestesia: Clorofórmio Welcommé.

Doente n.º 928. T. O. H.

11 de Março (sexta feira):

50.ª LIÇÃO

Operações sobre o baço.

161. Esplenectomia.

Suas indicações: ruturas do baço, hérnias do baço, abcessos, quistos, esplenomegalia palustre, esplenomegalias essenciais.

Tratamento preoperatório.

Instrumentos cirúrgicos.

Tempos operatórios: laparotomias; isolamento e exteriorização do baço; laqueação e secção do pedículo; revisão da cavidade esplénica, drenagem e sutura da parede abdominal.

Seqüências operatórias.

Mortalidade.

Complicações post-operatórias: febre; hemorragias gastro-intestinais; edema e esfacelo do intestino grosso.

Diagnóstico: Varizes na côxa e perna esquerda; úlcera varicosa juxta-maleolar.

Operação: Safenectomia.

14 de Março (segunda feira):

51.ª LIÇÃO

Cirurgia da boca.

Tratamento pre-operatório da boca: processos de desinfecção; anti-sépticos mais usados.

Lábio lepúrino e sua classificação; idade para a operação; posição do operado e sua preparação. Liberação do lábio, talhe do retalho e avivamento do bôrdo oposto pelo verdadeiro e pelo falso processo de Mirault no lábio lepúrino simples e unilateral; sutura. Processo de Méleux, processo de Jalaguier, processo de Clémot-Malgaigne. Técnica do penso; cuidados post-operatórios.

Lábio lepúrino alveolar: ressecção ou secção do esporão ósseo. Redução do promontório ósseo (Duplay) na fenda unilateral do bôrdo alveolar.

Lábio lepúrino completo; urano-estaflorrafia; preparação do operado, sua posição; avivamento dos bordos da fenda, sua dificuldade e processo de a vencer. Incisões liberadoras, dimensões e orientação; maneira de obter a hemostase. Mobilização e descolamento dos retalhos. Maneira mais simples de fazer a sutura; material empregado. Penso. Cuidados post-operatórios.

Uranoplastia.

Estafilorraria. Indicações; técnica operatória.

Diagnóstico: Fractura juxta-maleolar dos dois ossos da perna esquerda com calo vicioso e com desvio angular em abdução.

Operação: Osteoclasia sangrenta com osteotomia cuneiforme do topo superior da tibia; redução; imobilização em aparelho engessado.

Doente n.º 54. P. T. C. M.

16 de Março (quarta feira):

52.ª LIÇÃO

Queiloplastias.

162. Restauração do lábio inferior. Indicações. Processos de reunião directa. Processo de Richerand. Processo de Celse.

163. Processo de Doyen.

Queiloplastia de retalhos por deslimento (método francês). Processo de Serre e sua técnica. Modificação de Desgranges. Processo de Malgaigne. Processo de Chopart. Processo de Morgand pela translação para o alto dum retalho mentoniano. Processo de Roux (de Saint-Maximin). Processo de Syme-Buchanan, sua descrição. Processo de Berg, em que consiste. Processo de Dieffenbach e variantes de Jaesche-Heurtaux.

Queiloplastia de retalhos por translação com pedículo flectido ou torcido (método indiano). Região dos retalhos.

Processo de Langenbeck-Volkmann. Processo de Lallemand. Processo de Benjamin Anger. Técnica de Delpech. Processo de Sedillot. Processo de Estlander. Processo de Larger. Modificações de Guinard. Queiloplastia de Bruns.

Queiloplastias de retalho braquial (método italiano). Razões do seu insucesso; suas indicações. Operações de Berger.

II. Reparação do lábio superior.

Queiloplastia de retalho por deslimento. Operação de Lisfranc. Variantes de Camille Bernard e Burow. Técnica de Dieffenbach e Lexer. Ideas de Hermann Schloffer. Queiloplastia de retalhos pediculados: Processo de Denonvilliers. Processo de Blasius. Processos de Nélaton e Ombrédanne. Retalhos genianos de Szymanowsky; técnica de Lexer, etc.

Esvasamento ganglionar do pescoço; sua técnica. Suas indicações.

Diagnóstico: Epitelioma recidivante do sulco nasogeniano direito.

Operação: Ablação do tumor. Autoplastia da face pelo processo de Celse.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 310. T. O. M.

18 de Março (domingo):

53.ª LIÇÃO

Cirurgia da língua.

Preparação do doente. Processos de anestesia: método de Kocher, método de Doyen, método de Crile, método de Pirogoff-Cunningham, etc.; posição do doente; hemostase preventiva. Vias de acesso. Amputações totais e parciais.

164. Excisões cuneiforme e indicações.
 165. Hemiseção e sua técnica.
 166. Ablação da língua por via bucal (processo de Whithead); tempos operatórios.

Extirpação total ou parcial da língua por via buco-geniana.

Via supra-hioidea: Processo de Kocher para o esvaziamento ganglionar do pescoço e ablação da língua. Grupos dos gânglios do pescoço. Processo de Poirier; tempos operatórios e sua execução. Processo de Kocher ou de Poirier? Vantagens e desvantagens de cada um; suas indicações.

Processo transmaxilar de Sébillot.

Processo transmaxilar de Bilroth.

Processo de Langenbeck (ressecção temporária). Processo de Vallas. Crítica da via óssea e transmaxilar.

Cuidados post-operatórios. Mortalidade operatória e suas causas. Acidentes post-operatórios: fenómenos de asfixia, hemorragias secundárias, acidentes infecciosos, acidentes bronco-pulmonares.

Tratamento dos flegmões do pescoço: Incisão nos flegmões sub-maxilares, nos flegmões sub-ângulo-maxilares; terapêutica do flegmão infeccioso supra-hioideo; as intervenções nos abcessos da bainha do esterno-mastoideo e no flegmão de Dupuytren.

24 de Março:

Diagnóstico: Enterocelo inguino-escrotal direito.

Operação: Cura radical; Bassini-Barker.

Anestesia: Clorofórmio.

Doente n.º 936. T. O. H.

31 de Março:

Diagnóstico: Osteomielite crônica recidivante do terço inferior do fêmur esquerdo.

Operação: Esvaziamento e sequestrotomia.

Doente n.º 897. T. O. H.

6 de Abril:

Diagnóstico: Mioma subseroso muito volumoso da parede posterior do útero.

Operação: Histerectomia subtotal, processo americano.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 323. T. O. M.

7 de Abril:

Diagnóstico: Empiema à esquerda.

Operação: Pleurotomia com ressecção costal.

Doente n.º 942. T. O. H.

8 de Abril:

Diagnóstico: Plexo varicoso volumoso na região poplítea direita e no terço inferior da coxa.

Operações: Operação de Trendlenburg-Perthes e ablação do massiço varicoso.

Anestesia: Clorofórmio.

Doente n.º 941. T. O. H.

11 de Abril:

Diagnóstico: Hérnia inguinal esquerda recidivada.

Operação: Cura radical.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 332. T. O. M.

12 de Abril:

Diagnóstico: Volumoso quisto seroso multilocular da região dorso-áxilo-lombar.

Operação: Ablação.

Anestesia: Clorofórmio.

Doente n.º 941. T. O. H.

18 de Abril:

Diagnóstico: Unha encravada no polegar do pé direito.

Operação: Arrancamento; processo de Princeteau.

Anestesia: Anestesia geral com cloreto de etilo.

Doente n.º 945. T. O. H.

19 de Abril:

Diagnóstico: Fractura esquirolosa do crâneo na região fronto-parietal esquerda com grande «enfonceamento».

Operação: Trepanação com trépano de Martel; esquirolectomia.

Anestesia: Anestesia regional com soluto de atoxicocaina adrenalina.

Doente n.º 946. T. O. H.

18 de Abril (segunda feira):

54.ª LIÇÃO

Cirurgia do esôfago.

Noções de anatomia cirúrgica. Relações do esôfago no pescoço e na sua porção toraco-abdominal.

Corpos estranhos.

I. Extracção pelas vias naturais.

Tratamento prévio. Vantagens da esofagoscopia. Pinças, cesto de Graefe, gancho de Kirmisson, gancho Collin, gancho improvisado com uma sonda uretral.

Extracção pelas vias artificiais:

Faringotomia lateral inferior, esofagotomia externa e gastrotomia.

Apertos cicatriciais do esôfago.

Esofagotomia interna.

Perigos e acidentes do esofagotomo de Trélat e de Maisonneuve-Dentu (hemorragia e flegmão periesofágico). Técnica. Tratamento post-operatório.

Dilatação.

Dilatação progressiva temporária; velas de dilatação de Bouchard; técnica de Lesbini.

- Dilatação brusca de Flechter.
- Dilatação imediata progressiva de Le Fort.
- Dilatação permanente.
- Electrólise (Boeckel).
- Cateterismo retrógrado.
- Esofago-stomia.
- Esofagectomia.
- Esofagoplastia cervical.
- Esófago-gastrostomia transdiafragmática.
- Operação de Wullstein.
- Operação de Glück.
- Esófago-jejuno-gastrostomia de Roux; inconvenientes da operação de Roux.

Modificações da operação de Roux por Herzen (vii congresso russo de cirurgia).

- Vias de acesso do esófago torácico e abdominal.
- A) Via mediastinal.
- B) Via transpleural.
- C) Via abdominal.
- Via mediastinal: a) tempo extratorácico; b) tempo intratorácico: pela esquerda (Quénu, Hartmann e Forgue), pela direita (Potarca).

167 (1). Esofagotomia externa por via cervical:
Instrumental operatório; posição do doente; incisão cutânea; necessidade freqüente da diérese do omo-hioideo e da laqueação da artéria tiroidea inferior; reconhecimento do esófago e sua incisão. Cuidados consecutivos; sutura ou não sutura.

- Esofagotomia externa por via mediastinal.
- Noções de anatomia regional: indicação da operação.
- A gastrotomia.
- Operação de curso: Ablação dum volumoso lipoma do dorso.
- Diagnóstico: Lipoma do dorso.
- Anestesia: Sokuto atoxicocaina adrenalina.
- Doente n.º 334. T. O. M.
- Diagnóstico: Sarcoma pediculado do coiro cabeludo.
- Operação: Ablação do tumor.
- Anestesia: Clorofórnia Welcomm.
- Doente n.º 939. T. O. H.

20 de Abril (quarta feira):

55.ª LIÇÃO

- Laparotomia.*
- Instrumentos cirúrgicos e material.
- Cuidados pre-operatórios: regímen alimentar, desinfecção da parede,

(1) Foi esta a última operação feita no cadáver; os estudantes deixaram de comparecer nas aulas.

resguardo contra o frio, injecções leucotáxicas. Classificação das laparotomias. Tempos operatórios: Incisão da parede.

A) Laparotomia mediana: a) Laparotomia mediana supra-umbilical (incisão da pele, incisão da apenevrose, incisão do peritóneo) cuidados especiais nestas intervenções; b) Laparotomia mediana sub-umbilical e suas indicações, regras gerais para a incisão da pele, para a incisão da aponevrose, cuidados e dificuldades na incisão do peritóneo.

B) Laparotomias laterais: 1) Laparotomia sobre a bainha do músculo grande recto: a) Laparotomia através do próprio músculo; b) Laparotomia ao longo do bordo interno do músculo (Longuet); c) Laparotomia ao longo do bordo externo do músculo recto (Jalaguier); 2) Laparotomia para fora do músculo grande recto: a) Laparotomia sub-costal e sua utilidade; b) Laparotomia ilíaca e seu préstimo; c) Laparotomia inguinal sub-peritoneal e suas indicações. Laparotomia horizontal.

C) Laparotomias combinadas: Laparotomia crucial (Küstner e Segond).

II. Manobras intra-abdominais; delimitação do campo, protecção dos intestinos, «toilette» peritoneal, peritonização das superfícies sangrentas; drenagem abdominal; meios e material para a conseguir; drenos de gaze e drenos de cautchouc; indicações duns e doutros; experiências de Murphy sobre o valor desta drenagem; lugares de eleição para a drenagem nas infecções difusas do peritóneo. Tamponagem à Mickulicz.

Cuidados post-operatórios.

Acidentes post-operatórios: 1) Acidentes imediatos: shock; hemorragia; septicemia peritoneal; meteorismo; oclusão intestinal, sua patogénia e tratamento; dilatação aguda do estômago e do duodeno, sintomas, etiologia e teorias patogénicas, meios de diagnóstico, processos de tratamento; 2) Acidentes secundários: evisceração, supuração da parede, corpos estranhos, trombo-flebites dos membros inferiores, sua explicação e profilaxia; fistulas intestinais, parotodites supuradas e suas causas; aderências, meios de lutar, contra a sua formação. Eventração post-operatória.

Diagnóstico: Angioma volumoso de toda a mama direita.

Operação: Amputação do seio.

Anestesia: Clorofórnia Welcomme.

Doente n.º 333. T. O. M.

22 de Abril:

Diagnóstico: Estenose pilórica cicatricial.

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

Anestesia: Clorofórnia Welcomme.

Doente n.º 62. P. T. C. H.

25 de Abril:

Diagnóstico: Hemorroidas internas com freqüentes hemorragias e freqüentes crises congestivas.

Operação: Operação de Whithead.

Anestesia: Clorofórnia Welcomme.

Doente n.º 55. P. T. C. H.

27 de Abril:

Diagnóstico: Mioma volumoso pediculado do colo do útero.

- Operação: Miomectomia.
 Anestesia: Anestesia geral com cloreto de etilo.
 Doente n.º 335. T. O. M.
 Diagnóstico: Quisto do ovário supurado.
 Operação: Marsupialização. Drenagem.
 Anestesia: Clorofórmio.
 Doente n.º 336. T. O. M.

29 de Abril (sexta feira):

56. LIÇÃO

Tratamento das peritonites agudas generalizadas.

I. Laparotomia: séde; cuidados necessários; vantagens; drenagem; lugares de eleição; tipos de drenos.

II. Tratamento do peritóneo:

- a) Lavagens: inconvenientes; líquidos usados, técnica da lavagem;
- b) Injecções intraperitoneais de óleo canforado (Glimm); quantidade empregado; seu modo de acção;
- c) Injecções do oxigénio (Weiss e Sencert) seus efeitos e sua aplicação;
- d) Lavagens com éter (Souligoux): sua técnica e vantagens. Crítica de alguns cirurgiões.

III. Tratamento da intoxicação geral:

- a) Injecções endovenosas e subcutâneas de sôro. Técnica. Sôro de Hayem e sôro de Schiassi;
- b) Injecções de sôro por via rectal (método de Murphy). Sua aplicação; maneira de improvisar um aparelho. Explicação dos seus efeitos. Instilação contínua por via apendicular. Modificação na composição do sôro de Schiassi;
- c) Injecções de colargol;
- d) Aplicação de ar quente (Strempele);
- e) Injecções diversas.

IV. Tratamento da paralisia intestinal:

- a) Puncção do intestino;
- b) Enterostomia preventiva;
- c) Sonda rectal;
- d) Grandes irrigações quentes;
- e) Clister eléctrico;
- f) Injecções de estricnina;
- g) Injecções de eserina (Moskowicz);
- h) Injecções de hormoneal;
- i) Enterostomia secundária.

V. Tratamento da paralisia gástrica.

Lavagem do estômago.

Drenagem permanente do estômago (Westermann).

VI. Tratamento da astenia cardíaca.

VII. Tratamento dietético.

Diagnóstico: Ferida penetrante do hipocôndrio esquerdo por instrumento côrto-perfurante; epiplon herniado; peritonite generalizada.

Operação de curso: Ressecção do epiplon; drenagem abdominal; injecção massiva de óleo canforado; clister de Murphy e posição de Fowler.

4 de Maio (quarta feira):

57.º LIÇÃO

F. penetrantes do crâneo. Seu tratamento.

Instrumentos cirúrgicos: trépano de Doyen e trépano de Martel; peças que os compõem e seu funcionamento. Pinças-goivas; descola-mater, curretas de Volkmann; descola-periósteo; pinças de Martel para o coiro cabeludo e pinças em T; pinças da extracção de corpos estranhos; pinças de Kocher e de Péan; tesoura recta e curva, agulhas de Reverdin e de suturas intestinais curvas, catgut n.º 0 e n.º 2; crinas de Florença. Sôro quente a 40°, mistura d'Horsley, álcool a 90°.

Cuidados pre-operatórios: preparação do campo operatório: desinfecção sistemática do ferimento com irrigação quente do soluto iodo-iodetado; desbridamento e exploração; sôro antitetânico.

Anestesia: ¿local, geral? ¿Clorofórmio, éter? Injecção prévia de tocanalginha e suas vantagens.

Topografia das lesões: localização da artéria meníngea e da zona rôllandica; localização na região occipital e occípito-mastoidea da confluência dos seios laterais, das fossas cerebelosas, etc. Radioscopia e radiografia.

Técnica: a) Incisão da pele; regularização do ferimento e excisão dos seus bordos. Incisão longitudinal, curvilínea, etc.; delimitação dum retalho semilunar, quadrado em γ, etc.

Incisão em retalho ou incisão longitudinal? Opiniões de Launay, Delore e Arnaud, Rouvellois, Sencert. Retalho semilunar e incisão crucial. Vantagens daquele.

Exploração e tratamento das lesões ósseas. Depressão do ôsso ao nível das lesões; procedimento perante uma fenda do ôsso, uma mancha hemorrágica ou uma pontuação escura. Que fazer se a tábua externa está deprimida ou há esquirolas. Nos ferimentos penetrantes do crâneo as lesões da tábua interna são mais extensas que as da tábua externa.

Descolar a dura-mater na pesquisa de esquirolas projectadas a distância. Exploração e tratamento das lesões da dura-mater e do encéfalo:

- 1) Está intacta;
 - 2) Está rasgada ou perfurada;
 - 3) Não está aberta, mas tensa, azulada, enegrecida, o cérebro não pulsa.
- Como proceder em cada caso.

Sutura da dura-mater. Sua técnica.

Hemóstase.

Hemóstase do coiro cabeludo: compressão; pinças em T, pinças de Martel; pinças de Navaro.

Hemóstase provisória: método de Heidenhain, método de Kredel e uso da facha d'Esmarch. Inconvenientes desta facha.

Hemóstase do ôsso: mistura d'Horsley; aplicação dum retalho muscular. Escopro de Passon. Ganchos de Krause.

Hemóstase dos vasos meníngeos.

Hemóstase dos seios: tampão compressivo, sutura (Morestin), aplicação dum retalho muscular; preenchimento com catgut.

Hemóstase do cérebro.

Sutura da pele.

Drenagem: 1) quando o f. crâneo-cerebral sangra em superfície; 2) quando se receia hemorragia secundária.

Penso.

Diagnóstico: Fractura esquirolosa na região frontal com encravamento de esquírolas.

Operação: Corôa de trépano com o aparelho de Martel e esquirolectomia. Anestesia regional com soluto atoxicocaina adrenalina.

Doente n.º 952. T. O. H.

6 de Maio (sexta feira):

58.º LIÇÃO

Gastro enterostomia.

Instrumental cirúrgico. Cuidados pre-operatórios. Sua importância. *¿* Haverá vantagem na limpeza prévia do aparelho digestivo pelos purgantes? *¿* São úteis as lavagens do estômago? Líquidos diversos: água fervida (Bilroth) soluto de ácido bórico (Jaboulay); soluto de ácido salicílico a 1 por 1000 (Rydygdier); soluto bicarbonato sódio (Novaro). Injecções hipodérmicas de sôro fisiológico (Rouse e Codivilla). Alimentação.

Anestesia.

1) Anestesia geral: clorofórmio (Lauenstein, Monprofit, Terrier e Hartmann, Cuneo); éter (Mayo, Novaro, Roux, Tuffier); clorofórmio no princípio e terminar por éter (Kocher); protóxido de azote (Pauchet). Proceder à anestesia geral com injecção de morfina adicionada de $\frac{1}{20}$ de atropina (cirurgiões alemães); mistura de álcool, éter e clorofórmio (Lichthein, Bilroth). *¿* Quando se deve empregar a anestesia geral? Complicações possíveis post-operatórias da responsabilidade do anestésico. Sono hipnótico (Hulst); sem anestesia (Creti).

2) Raquianestesia (Riche). Sua técnica com soluto de sincaina a 8 por 100. Seus inconvenientes e suas vantagens.

3) Anestesia local da parede abdominal combinada com a narcose (Braun, Finsterer e Läweu). Injecção de 0,0005 gr. escopolamina e 0,01 gr. de morfina, anestesia da pele, narcose pelo éter ou pela mistura de cloreto de etilo e álcool a 94° na proporção de 10 por 100 só nos tempos dolorosos.

4) Anestesia local da parede abdominal ant. associada à injecção de sincaina no epíplon gastro-hepático (região coeliaca). Soluto a 1 por 100 na vizinhança imediata do plexo solar (Roussiel, Pauchet). Técnica de Wending (1917).

5) Anestesia paravertebral. Nervos sensitivos do estômago e da parede abdominal que o protege; relações das raízes do 6.º, 7.º, 8.º e 9.º nervos intercostais com os nervos esplânicos por intermédio dos rami-comunicantes. Técnica da anestesia paravertebral. Técnica de Kappis; últimas modificações e sua justificação.

6) Anestesia dos nervos esplânquicos combinada com a anestesia local da parede (Roussel). Sua técnica e indicações.

Posição do doente: posição de Hartmann. Incisão da parede; mediana supra-umbilical. Exploração do estômago e intestino. Manobra para encontrar a ansa fixa (Adam e Wilhelm) e sua verificação. Processos de gastro-enterostomia: 1) g. e. antecólica anterior (Wölfler); 2) g. e. retrocólica posterior (von Hacker); 3) g. e. retrocólica anterior (Bilroth-Brenner); 4) g. e. antecólica posterior; 5) g. e. intermédia.

Técnica da gastro-enterostomia transmesocólica posterior: descoberta a ansa fixa, feito o seu «renversement» (manobra de Lücke-Rochwitz), lace-rado o meso, exteriorizada e fixada a parede posterior do estômago, feita a oclusão temporária do estômago e de intestino, colocado o «billot», feita a sutura sero-muscular posterior, incisa-se o estômago e o intestino numa extensão média de 3 cent. Suturam-se os lábios da bôca anastomótica e procede-se à sutura sero-muscular anterior. Redução dos órgãos para dentro do abdómen e sutura da parede. Penso. Cuidados post-operatórios. Vómitos. Alimentação. Limpeza dos dentes e da bôca. Desinfecção do nariz. Lavagens intestinais. Injecções de sôro. Posição do doente. Ginástica respiratória.

Operação de curso: Gastroenterostomia transmesocólica posterior.

Diagnóstico: Estenose pilórica cicatricial.

Anestesia: Clorofórmio Welcomm.

Doente n.º 70. P. T. C. H.

9 de Maio (segunda feira):

59.º LIÇÃO

Métodos de sutura da parede abdominal.

A) Sutura em massa: técnica; cuidados especiais na execução dêste método; seus inconvenientes.

B) Sutura em planos com fios perdidos: material de sutura apropriado:

1) sutura em três planos; descrição e execução; 2) sutura em dois planos.

C) Sutura em planos com fios a eliminar: a) sutura em U (Jonnesco), descrição; b) sutura contínua (Doyen), mobilização do fio ao 12.º dia e sua extracção ao 20.º; c) sutura em 8; tempos operatórios, precauções para perfeita justaposição dos planos correspondentes.

D) Sutura por imbricação (overlapping methode de Juvara); em que consiste, quando se pode executar, como se executa.

Laparectomia: indicações, técnica.

Laparoplastia:

I. Cura das eventrações espontâneas: A) Método intraperitoneal: a) Processo de Maas-Mayld; b) Processo de Depage, suas indicações; ressecção da pele, ressecção da linha branca e do peritônio, restauração da parede em seis planos; c) Processo de Sapiejko e suas características. B) Método extraperitoneal; a) Processo Quénou: descoberta dos músculos rectos e suas dificuldades; abertura das baínhas paralelamente à linha branca; sutura dos bordos internos depois de rebatidos para dentro; descolados os músc-

culos rectos, postos ao contacto são assim suturados; sutura dos lábios externos da incisão da baînha dos músculos rectos.

II. Cura das eventrações post-operatórias: Incisão da pele e ressecção do tecido cicatricial, tratamento das aderências; supressão do saco, restauração da parede. Penso. Cuidados post-operatórios.

Diagnóstico : Eventração espontânea.

Operação de curso : Cura pelo método de Biondi.

Doente n.º 90. P. T. C. M.

9 de Maio (quarta feira) :

60.^a LIÇÃO

Cura radical da hérnia inguinal.

Em que consiste; condições que a realizam. Constituição duma hérnia: saco, orifício e conteúdo. Tempos operatórios aplicáveis a todas as hérnias; supressão da serosa herniária, restauração da parede e supressão das partes herniadas (epiplon). Técnica de cada um deles.

Método de Lucas Championnière. Instrumental cirúrgico; material de sutura; noções de anatomia da região inguinal; campo operatório: incisão da parede e abertura do canal inguinal; descoberta, dissecção e tratamento do saco; dificuldade da sua dissecção porque as pinças prenderam ao mesmo tempo o saco e a parede abdominal, dificuldades provenientes da natureza das paredes do próprio saco e ainda derivadas da fusão do saco com o canal deferente. Restauração e refôrço da parede abdominal; meios de o realizar; disposição e relações dos diferentes planos da parede; irregularidades e dificuldades durante êste tempo operatório. Incidentes operatórios, infiltração de gordura; dificuldades para penetrar no canal inguinal; aderências do cordão, do epiplon e do intestino.

Processo de Bassini.

Bases em que assenta; característica dêste processo: separação dos orifícios externo e interno por um certo espaço e reconstituição sólida da parede posterior do novo canal inguinal. Meios de o conseguir. Técnica do processo de Bassini.

Processo de Berger.

Suas indicações; técnica dêste processo; vantagens.

Outros processos: como pôdem ser executados. Como é tratado o saco por Mac Ewen e Fergusson, por Duplay e Cazin, por Faure?

Onde colocam o cordão Bassini e Berger, Postemski, Magnaï, Jannesco e Halsted; que posição ocupa nos processos de Frank, Nelaton e Ombredanne? O que lhe fez Fergusson? Que inconvenientes pôdem provir das manobras violentas sobre o cordão. Classificação dos processos conforme o que se passa com a restauração da parede:

- 1) Processos que só respeitam a parede anterior; Czerny e Kocher; indicações operatórias. Técnica de Pouchet e técnica de Estor;
- 2) Processos que restauram só a parede anterior;
- 3) Processos que restauram a anterior e a posterior;
- 4) Processos autoplásticos (Kraske e Schwartz);
- 5) Processos heteroplásticos (Trendelenburg).

Penso e cuidados post-operatórios.

Complicações post-operatórias:

- 1) Acidentes parietais (hematomas, abcessos e fistulas, flebites do cordão espermático; inflamações crónicas; flegmões lenhosos, recidivas e factores que as determinam). Suas causas e sua terapêutica;
- 2) Acidentes testiculares (epididimo-orquite e atrofia);
- 3) Acidentes intra-abdominais (hemorragias epiploicas, epiploïtes, sua simptomatologia, hemorragias intestinais, oclusão intestinal). Como fazer a sua profilaxia e o seu tratamento;
- 4) Acidentes gerais (flebites do membro inferior esquerdo, embolias pulmonares e parotidites).

Cuidados gerais muito depois da operação; régimen, exercícios ginásticos especiais.

Apresentação do doente, n.º 72. P. T. C. M.

Diagnóstico: Hérnia inguino-escrotal esquerda.

Anestesia: Anestesia regional com soluto de atoxicocaina adrenalina.

Tratamento: Bassini-Barker.

Diagnóstico: Osteomielite crónica fistulizada da tibia esquerda.

Operação: Sequestrotomia. Esvaziamento.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 955 T. O. H.

13 de Maio (sexta feira):

61.^a LIÇÃO

Gastroenterostomia (continuação).

Métodos operatórios conforme as vias seguidas para fazer a anastomose:

- 1) g. e. antecólica anterior (Wölfler); 2) g. e. retrocólica posterior (Von Hacker); 3) g. e. retrocólica anterior (Bilroth-Brenner); 4) g. e. antecólica posterior.

Séde gástrica do orifício anastomótico; séde e direcção da incisão no intestino. Razões que determinaram o aparecimento doutros processos:

- 1) Complicações provenientes do colon transverso e que só se observam na g. e. antecólica anterior: *a)* compressão do colon pela ansa intestinal, donde a simptomatologia do ileus. Como preveni-la; *b)* compressão da ansa pelo colon e grande epíplon e daí o «circulus vitiosus».

- 2) Complicações provenientes da anastomose: *a)* reducção do orifício anastomótico, maneira de o evitar; *b)* «circulus vitiosus» (Mikulicz) em que consiste, quais os seus sinais clínicos, como reconhecê-lo e como tratá-lo. De que pode provir: *α)* anastomose errada da ansa no sentido do peristaltismo; *β)* formação dum esporão gastro intestinal situado à direita; *γ)* uma anormal flacidés do estômago e intestino.

Quando se forma principalmente o «circulus vitiosus».

Processos para o evitar: enteroanastomose dos dois ramos da ansa (Braun e Jaboulay); fixação da ansa aferente de alto para baixo no estômago (Kader); rotação além disso de 180° em torno do ponto de fixação (Chlumsky); fixação horizontal numa certa extensão sobre o estômago, bem como do ramo eferente; formação duma válvula na anastomose, de modo

a impedir o refluxo do conteúdo para a ansa aferente (Chaput, Doyen, Kocher), anastomose terminal da extremidade anal no estômago e do tópo duodenal na ansa eferente (g. e. posterior em γ de Roux e g. e. anterior das γ de Wölfler-Roux); dupla anastomose lateral (processos de Matoli, processo de Fouler, processo de Gallet).

Ressecção do estômago:

a) Excisão; b) ressecção; c) extirpação.

Ressecção: em que consiste; métodos diversos; meios de síntese: primeiro método de Bilroth; segundo método de Bilroth e respectivas modificações de Kocher, Krönlein e Mikulicz. Técnica de cada método operatório em casos de cancro do estômago; incisão ombilicoxifoidea aumentada por vezes por incisão transversal; exploração interna do abdómen, descolamento colo-epiploico, «toilette» ganglionar sub e retro retropilórica; laqueação da artéria pilórica, síntese do duodeno, laqueação da coronaria estomáquica, «toilette» ganglionar da pequena curvatura; introdução dum meio botão, secção e síntese do estômago, gastroenterostomia (só com botão ou g. e. por sutura término-terminal); implantação término-lateral por sutura e jejunostomia latero-lateral com botão, revisão do ventre e penso.

Operação de curso: Ostomielite crónica da tíbia direita.

Diagnóstico: Esvaziamento e sequestrotomia.

Doente: n.º 944. T. O. H.

18 de Maio (quarta feira):

62.ª LIÇÃO

Operações sobre a vaginal.

1) Punção. Investigação da transparência. Material necessário. Posição do doente. Técnica. Indicações.

2) Punção e injecção modificadora: anestesia da vaginal, processo de injecção, cuidados e complicações post-operatórias. Líquidos empregados: tintura de iodo, nitrato de prata, ácido fénico, éter iodoformado, adrenalínado, sublimado.

3) Incisão da vaginal: Incisão simples. Incisão com excisão. Incisão com inversão. Suas indicações:

A) Inversão com descorticação subserosa; tempos operatórios, meios de anestesia;

B) Inversão sem descorticação subserosa (Longuet). Técnica. Suas indicações. Estudo comparativo dos dois processos.

Excisão da vaginal: sua aplicação na cura radical do hidrócelo: Pensos e cuidados post-operatórios. Sua aplicação na cura dos hematócelos. Descorticação.

Operações sobre o testículo e epidídimos.

Orquí-epidimectomia.

Em que consiste: quando se faz e por que se faz:

A) Castração simples: 1) Incisão do escroto e isolamento do testículo; incisão recto-escrotal e látero-escrotal; 2) Laqueação e secção do cordão; laqueação em massa e laqueação isolada dos elementos de cordão; 3) Sutura e drenagem: Prótese testicular. Pensos e cuidados post-operatórios;

B) Castração com extirpação dos gânglios lombares. Sua técnica. Indicações.

Operação de curso: Orqui-epididimectomia.

Diagnóstico: Orqui-epididimite tuberculosa.

Doente: n.º 957. T. O. H.

20 de Maio (sexta feira):

63.ª LIÇÃO

Orquidopexia: 1) ectopia inguinal, seu tratamento; 2) ectopia abdominal; 3) ectopia perineal.

Orquidotomia.

¿O que é; quando se faz, para que serve?

Epididimotomia; sua técnica e seus fins.

Epididimectomia.

Típica e atípica: A) Tempos operatórios e indicações da ressecção atípica; B) Incisão do escroto, abertura da vaginal e ressecção do epidídimo na ressecção típica.

Operações sobre o canal deferente:

a) Sutura do canal deferente; fins com que se faz, processo de a executar;

b) Extirpação do canal deferente; total e parcial. Extirpação total do canal deferente e da vesícula seminal: 1) incisão; 2) abertura do canal inguinal «effondrement» da sua parede posterior; 3) descolamento do peritónio; 4) abertura e dissecção do canal deferente; 5) abertura da cavidade vesicular e extirpação da vesícula seminal; 6) sutura da solução de continuidade. Acidentes e complicações;

d) Anastomose deferente testicular e deferente epididimiar.

Operação de curso: Orqui-epididimectomia.

Diagnóstico: Orqui-epididimite tuberculosa.

Doente: n.º 74. P. T. C. H.

23 de Maio (segunda feira):

64.ª LIÇÃO

Enterostomia.

Definição. Indicações: alimentação artificial e eliminação de feses. Sede conforme as indicações.

Jejunostomia. Princípios que a regulam: necessidade de considerar a duração da fistula; fistula permanente e fistula temporária. A ansa aferente deve levar à aferente bilis, secreção pancreática, etc. Desigualdade de condições do gastrotomizado por carcinoma do esôfago e do enterostomizado por cancro do estômago. Diferenças no trabalho de digestão e diferenças por consequência na alimentação. Processo directo de Surmay. Processo valvular de Kader. Aplicação do princípio de Witzel da gastrostomia à jejunostomia (processo de trajecto intraparietal). Processo em γ de Mayde, sua técnica. Processo por anastomose lateral de Albert.

Ileostomia (ileoproctia ou operação de Nélaton). Quando se faz e para

que se faz. Fístula estercural e «anus praeternalis» ou anus contra natura. Onde se deve fazer a ileostomia. Tempos operatórios.

Diagnóstico: Hérnia crural estrangulada há 8 dias com necrose do intestino.

Operação: Enterostomia (ileostomia).

Doente n.º 963. T. O. H. 86 anos.

25 de Maio (quarta feira):

65.ª LIÇÃO

Caecostomia (caecoprocia, op. de Piloro).

Técnica: incisão cutânea, incisão ou dissociação (Hartmann) muscular, reconhecimento do cancro e sua exteriorização sob a forma de cone, sutura da parede abdominal e incisão do intestino.

Colostomia (coloprocia ilíaca ou op. de Littre; anus ilíaco esquerdo, sigmoidostomia).

Anus ilíaco temporário e definitivo; procedimento diverso num e outro caso. Necessidade de interromper definitivamente o curso das fezes no anus definitivo. Processos: 1) em um só tempo: suas subdivisões conforme se pretende só a derivação das fezes ou se pretende também a sua continência.

1.º caso: Processo de Schinzinger-Madelung (exclusão de intestino), Processo de Lawenstein, Processo de Desguin-Reverdin.

2.º caso: Processo de Witzel (esfincter à custa do músculo recto). Processo de Gersuny (torsão da extremidade superior da ansa). Processo de Franck. Processo de Braun;

2) Processos em dois tempos: Processos de Maydl-Reclus-Hartmann e sua técnica e seus defeitos. Processo d'Andry-Jeannel, sua técnica e vantagens. Processo de Roux, em que consiste, quando se pode aplicar e em que está a sua supremacia.

Colostomia lombar (coloprocia lombar; operação de Callisen-Anussat) colostomia prelombar ou operação de Fine.

A defecação nestes operados. Tipos e funcionamentos dos aparelhos.

Operação de curso: Safenectomia bilateral.

Diagnóstico: Varizes da safena interna à direita e à esquerda. Úlcera na perna direita.

Doente n.º 76. P. T. C. H.

Diagnóstico: Sinusite frontal e etmoidite.

Operação: Trepanação do seio frontal. Operação de Kilian.

Anestesia: Clorofórmio Welcomm.

Doente n.º 317. T. O. M.

27 de Maio (sexta feira):

66.ª LIÇÃO

Anastomoses.

Definição. Tipos de anastomoses: enteroanastomose de Maisonneuve, exclusão uni ou bilateral do intestino, anastomose como último tempo dum

resecção segmentar do intestino, gastro-enterostomia, etc. Classificação: latero-laterais, término-terminais e término-laterais.

Técnica geral das anastomoses:

- 1) Evitar a contaminação do peritóneo durante e depois da operação;
- 2) Conseguir um bom funcionamento do orifício de comunicação.

A) Meios de evitar a contaminação do peritóneo durante a operação:
 a) operar tanto quanto possível fóra do ventre; b) evitar a saída do conteúdo do tubo digestivo através da solução de continuidade. Meios de conseguir: compressores de Arbuthnot-Lane, de Moynihan, compressores elásticos de Doyen, etc.;

B) Meios de evitar a contaminação do peritóneo depois da operação:
 α) suturas: material cirúrgico. Técnica de H. Hartmann: sutura profunda, total, oclusiva, hemostática e uma segunda sutura sero-muscular, superficial, isoladora. Sutura de Halsted. Sutura de Terrier. Sutura de Schmieden. Meios auxiliares que facilitam as suturas: suportes, bobines, pinça de O'Hara, pinça de Laplace, etc.; β) Botões: resultados da sua aplicação: descrição dos botões de Murphy e de Villard; seu funcionamento e modo de aplicação. Casos em que se pode fazer a aplicação dos botões. Suas vantagens e seus inconvenientes. Botonistas e suturistas;

2) Conseguir-se uma circulação regular do conteúdo digestivo depois da anastomose: α) respeitando o isoperistaltismo das contracturas dos dois segmentos; maneira de o conseguir; técnica de Nothnagel, sua insuficiência; pontos de reparo e maneira de deles fazer uso; β) não suprimindo uma grande extensão do intestino.

Operação de curso: Laparoplastia Maas-Mayld.

Diagnóstico: Eventração post-operatória.

Doente n.º 89. P. T. C. M.

30 de Maio (segunda feira):

67.^a LIÇÃO

Técnica das anastomoses.

Anastomoses término-terminais.

Técnica; dificuldades; maneira de a executar. Enterorrafia circular nas ressecções intestinais. Condições a que deve obedecer; não criar apêrito e obter uma boa reunião imediata. Como realizar a primeira. Enterorrafia longitudinal com fenda de Chaput. Técnica de Jeannel ou secções oblíquas cruzadas dos dois segmentos do intestino. Como obter uma boa reunião: Fechar bem as cavidades; cuidados a ter com a região correspondente à inserção mesentérica; necessidade dos dois planos de sutura; necessidade de trabalhar sobre intestino bem irrigado. Ressecção do mesentério nas ressecções do intestino. Ressecção em losango de Madelung.

Anastomoses término-laterais:

Tipos destas anastomoses: ileocolostomia e implantação duodeno-gástrica. «Modus faciendi».

Anastomoses laterais:

Suturas e botões. Vantagens d'este tipo de anastomoses. Indicações dos botões de Murphy; seu emprêgo na anastomose colo ou ileo-rectal; técnica de Lardenois. Precauções a adoptar nas anastomoses laterais; por que

razão expõem a um menor número de acidentes operatórios imediatos. A possibilidade dum mau funcionamento secundário nas anastomoses laterais. Círculo vicioso. Processo de o evitar. Processo de Kocher. Processo de Sonnenburg. Entero-anastomose. Gastro-enterostomia em γ .

Indicações gerais das anastomoses gastro-intestinais e intestinais. Restabelecimento da circulação do conteúdo intestinal quando interrompido por uma ressecção segmentar prévia ou por um aperto do canal.

Casos em que se pratique uma anastomose sem atingir directamente a região doente:

Indicações nas doenças agudas: quando se faz a anastomose, quando se deve fazer só a enterotomia. Anastomose precedida alguns dias de extra-peritonealização das ansas suspeitas.

Indicações nas doenças crónicas: anastomose quando se não pode recorrer a excisão. A anastomose como tempo preliminar de operações mais radicais. A anastomose definitiva nos cancros inoperáveis acompanhados de obstrução pilórica ou intestinal.

Operação de curso: Laparotomia exploradora.

Diagnóstico: Cancro do estômago.

Doente n.º 78. P. T. C. M.

Diagnóstico: Carcinoma do seio.

Operação de curso: Operação de Halsted.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 90. P. T. C. M.

1 de Junho (quarta feira):

68.ª LIÇÃO

Método de Beck.

Como apareceu como método terapêutico. Trabalhos de Beck. Composição primitiva da pasta de Beck; modificações e suas indicações. Preparação da pasta e sua conservação. Material necessário para a sua aplicação; preparação do doente. Acção da pasta quer no estado geral, quer localmente. Renovação do penso. Como actua a vaselina bismutada? Pesquisas de Kocher, trabalhos de Beck, investigações de Vanhaeck, etc. Indicações e contra-indicações. Complicações: fenómenos de intoxicação e de retenção. Síntomatologia e patogenia da intoxicação. Lesões anatomo-patológicas do fígado e dos rins dos intoxicados. Meios de profilaxia e reconhecimento dos pequenos sinais de intoxicação. Seu tratamento. Sinais de retenção purulenta e sua terapêutica. Resultados do método de Beck. Conclusões.

Aplicação do método de Beck a doentes da consulta externa.

Operação de curso: Operação de Halsted.

Doente n.º 90. P. T. C. M.

3 de Junho (sexta feira):

69.ª LIÇÃO

«Plombage» iodoformada dos ossos. (Método de von Mosetig Moorhof). Processos de obliteração das cavidades ósseas; enxertia óssea. Obtur-

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; exsicação 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 cotovelo, 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-circuating 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 epiploco 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 Regimen. 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) morfinização. Técnica d'este 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: Clorofórnia 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 evoluído 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: êrrros 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 termômetro, a hiperleucocitose, o pulso e o estado geral marcam o procedimento do cirurgião. Indicações de urgência: immobilização 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.

Ensínamento 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: Clorofórnia 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-ilíaca; 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 extinguir 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. Sclerose 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.º 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 dêle; *c)* cecum e apêndice ligados quer por uma fascia, quer por aderências à parede peritoneal ilíaca ou ileo-lombar. Técnica operatória; hemostase 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 crônica.

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: injecções sub-cutâneas de sôro fisiológico, de sôro adrenalínado (Haidenhain) nucleato 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 peritóneo. Lavagens do peritóneo; corrente contínua de oxigénio; injecção no peritóneo de óleo canforado; injecção de éter. Drenagem; lugares de eleição; fins da drenagem. Prática de Rehn combinada com a de Fouvler 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 tópos.

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. Esvasamento.

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 coxa.

Operação: Safenectomy 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 : Clorofórmito Welcomme.

Doente n.º 984. T. O. H.

11 de Julho :

Diagnóstico : Fractura transversal da clavícula esquerda.

Operação : Osteosíntese, processo de Lane.

Anestesia : Clorofórmito Welcomme.

Doente n.º 986.

13 de Julho :

Diagnóstico : Mastoidite direita.

Operação : Antrotomia.

Anestesia : Clorofórmito 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 : Clorofórmito Welcomme.

22 de Julho :

Diagnóstico : Dois carcinomas no seio esquerdo.

Operação : Operação de Halsted.

Anestesia : Clorofórmito Welcomme.

Doente n.º 346. T. O. M.

25 de Julho :

Diagnóstico : Epiploite tuberculosa.

Operação : Laparotomia final, mediana, infra umbilical.

Anestesia : Clorofórmito Welcomme.

Doente n.º 344. T. O. M.

27 de Julho :

Diagnóstico : Metastases axilares numa doente operada do cancro do seio.

Operação : Esvasiamiento ganglionar axilar.

Anestesia : Clorofórmito Welcomme.

Doente n.º 347. T. O. M.

30 de Julho :

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

Operação: Sequestrotomia do ramo horizontal do maxilar inferior e das tibias 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, ovariotomia.

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. G. M.

SUMÁRIO DAS LIÇÕES

DE

PATOLOGIA E TERAPÊUTICA CIRÚRGICA ESPECIAL

PROF. BISSAIA-BARRETO

ANO LECTIVO DE 1920-1921

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; hematocelos; derrames primitivos de serosidade e seu mecanismo; teorias de Morel-Lavallée, Gynfeld 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 hémática. 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; reunião primitiva e reunião 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 antisepsia; antisépticos mais freqüentemente empregados (ácido fénico, sublimado e outros compostos mercuriais, iodol, aristol, iodoformio, 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 torno.

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 anatomapatológica; caracteres de cada variedade.

Sintomas e sua evolução clínica.

Tratamento: desinfecção, hemostase e reunião; 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 (terça feira): a obnegação desfazendo os habituais abusos de álcool e a irritação óptica; somente

4. 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, cítolítico. Modo de ação dos venenos e seus efeitos sobre 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 «habitues» 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: Clorofórnia Welcomme.

Doente n.º 890. T. O. H.

28 de Outubro (quinta feira):

5. LIÇÃO

Feridas por armas de fogo.

Definição.

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

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

¿Qual o modo de ação dos projéctis? Teoria do aquecimento da projéctil 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 discontínua. 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, oxigénio, etc. Soluções hipertónicas. Cloreto de magnésio (P. Delbet). Sôro hipertónico de Wright. Desbridamentos dêstes 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 tíbia. Artrite aguda.

Operação: Artrotomia do joelho. Desbridamento; drenagem; irrigação discontínua com soluto de Dakin; extração do projéctil.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 6. P. T. C. H.

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, sanguínea, 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 Welcomm.
Doente n.º 889. T. O. H.
2 de Novembro (terça feira):

7.ª LIÇÃO *Electricidade.*

O raio.

Lesões exteriores e causas que as provocam; perturbações nervosas imediatas e afastadas; efeitos sobre a respiração e circulação; a contracção muscular que o raio provoca e os seus efeitos sobre os órgãos da digestão e das secreções; sintomatologia dos órgãos dos sentidos. Mortalidade; mecanismo da morte. Como exerce a electricidade uma acção inibitória sobre 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 sobre o organismo. Indicações terapêuticas de urgência.

Acção dos raios X sobre os tecidos normais.

Acção sobre a pele normal: Radiodermite: radiodermites operatórias e radiodermites profissionais; seus caracteres e variedades; eritema precoce ou pré reacção de Beclère e suas características; alopecia e suas formas; radiodermites ligeiras: 1) forma eritematosa e seus sinais; pigmentação difusa e condições que determinam o seu aparecimento; 2) forma flictenóide e sua descrição; radiodermites 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 radiodermites, quer provenham da aplicação prolongada e antiga de irradiações, quer das úlceras produzidas pelos raios de Roëntgen.

Evolução das radiodermites: fragilidade das suas cicatrizes, possibilidade de se ulcerarem muito tarde; poderá observar-se uma transformação neoplásica nas antigas radiodermites dos operados? Radiodermites profissionais: seu comêço, séde, sintomas, evolução. Será o epiteloma o terminus fatal destas radiodermites? Indicações sobre a histologia patológica das radiodermites. Seu tratamento.

Acção das radiações de Roëntgen sobre 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 massiva e das irradiações ligeiras. Maneira de provocar a esterilização?

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

Glandula mamária: durante e fóra dos períodos de aleitamento.

Corpo tiroide: 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 consequências do abaixamento de temperatura; factores que a enfraquecem.

Efeitos da acção prolongada do frio; descrição 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, sindroma sensitivo do tipo seringomielico, 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 dores.

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; turgesciente 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.

i. Dôr.

Classificação de Verneuil; seus caracteres e patogenia.

2. Hemorragia. Divisão e variedades. Causas das hemorragias imediatas; hemofilia. Hemorragias precoces; suas determinantes; efeitos e consequências 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. Hemostase e sua técnica; meios diversos: atitude do membro, compressão, emprêgo de substâncias químicas; vantagens dumas e perigos doutras. Tratamento geral: injecções massivas de sôro fisiológico. Vias de injecção e sua técnica. Modos de acção das injecções massivas 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 predispõem 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: Clorofórnia Welcomme.

Doente n.º 10. P. T. C. H.

9 de Novembro (terça 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 prodromico; descrição 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 anestesias 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 leves 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, surdões, hemorragia, histéria traumática sem acidente local inicial).

Neurastenia traumática: estigmas cerebrais (cefalea, insónia, vertigens, estado mental); estigmas espinhais (raquialgia e astenia neuro-muscular); estigmas viscerais (astenia gastro-intestinal e perturbações das funções genitais). Histero-neurastenia 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.

Diagnóstico: Epitelioma do terço médio da perna esquerda.

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

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 18. P. T. C. H.

13 de Novembro (sábado):

II. 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 começo das varizes superficiais e profundas. Começo lento e começo 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 consequências. 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 sanguínea, 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 (terça 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.

Defesa 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.

Aglutinação de Grüber.

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

interpretação; 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 (terça 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 erro; cuidados que devem presidir a este trabalho. Exame directo dos agentes microbianos. Cultura massiva 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 sobre que assenta o seu conhecimento.

Tratamento: Destruuição «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 imunisantes: vacinação; em que consiste; descoberta de Jenner e trabalhos de Pasteur sobre 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 micrípio 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 dêstes 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. LIÇÃO

Flegmões (continuação).

B) Flegmão difuso gasoso.

Caracteres do vibrião séptico. Desaparecimento da teoria unicista das gangrenas gasosas. Outros microorganismos 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, côr 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 extração de corpos estranhos; hemostase. Desinfecção artificial por processos físicos e químicos: ar quente (Quénio), 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 % (Kenneth Taylor); a mistura formolada 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 (terça feira):

19.ª LIÇÃO

Septicémia.

Etiologia.

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

Porque se dá a invasão septicémica?

Natureza do micrório: freqüência das septicemias conforme os germens; não há micrório, mesmo os anaeróbios, que não possam viver no sangue. Qualidade do micrório. 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 septicemias e pioemias.

Septicemias: 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 crónicos 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 ampulhetas. Gewebslucke de Koenig. Sinais locais, a distância e gerais dos abcessos quentes. Sinais próprios dos abcessos frios.

Evolução dos abcessos quentes; abertura expontânea; auto-esterilização; reabsorpção. Fistulização e reabsorpção dos abcessos frios.

Diagnóstico dos abcessos; casos em que él 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 secos e pensos húmidos. Técnica duns e doutros. Asepsia ou antisepsia? Supressão dos drenos e consequências da sua permanência exagerada. «Ubi pus ibi evacua»; exceções. Tratamento dos abcessos crónicos.

7 de Dezembro (terça 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 produção pelo cancro. Sua fréquencia; estatística de Mazzolleni. Diagnóstico diferencial entre uma lesão cancerosa e uma lesão ulcerosa. A sifilis 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 duma estenose pilórica ou duodenal coexistindo com a estenose mediogástrica. A prova da beladona e da atropina na destrinça duma 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.º LIÇÃO

Indicações operatórias dos apertos não neoplásicos do piloro.

Como se diagnosticam; passado gástrico, perturbações dispépticas, síndrome pilórica 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 hipercloridria, só impõem operação quando associadas ao síndrome pilórica medicamente incurável. Que operação? a) dilatação e piloroplastia; b) drenagem do conteúdo gástrico para o intestino; c) pilorectomia. Divulsação digital de Loretta não se usa e porque motivo. Insucesso da dilatação de Hahn. Porque não dá resultados práticos a piroplastia 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 Bilroth); 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 transverso 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 Mauclaire. 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 jejun (Braum). 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) Aperto da boca anastomótica. Causas e condições em que se dá; sua explicação; êrros de técnica; maneira de os evitar; tratamento do aperto;

E) Síndrome 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 régimen descloretado para um régimen 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 (terça 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 hiper-sensibilidade 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 Moulouquet;

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

Diagnóstico do tétano parcial dos membros: Tetânia e tétano local. Tétano local e contracturas ou pseudo-contracturas consecutivas a lesões dos ossos, das articulações, dos músculos e dos tendões. Tétanos e histéria; 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 dumha dose mínima de toxina e da existência dumha imunidade relativa, natural ou adquirida. Como explicar a acção da injecção 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; antisepsia local. Acção da tintura iodo, água oxigenada, etc., sobre os bacilos e sobre os outros micróbios. Acção do pó obtido pela exsicação 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 injecção: 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 injecções: 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 soroterapia preventiva: ¿A quem se deve injectar o sôro? ¿Quando deverá ser feita a injecção? ¿Quanto se deve injectar? Sôro francês e sôro americano.

Tratamento da ferida tetanígena: destruição das anfractuosidades, eliminação de corpos estranhos, drenagem e antisepsia 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 injecções intra-raquidianas de sulfato de magnésio (Blacke 1906). Influência da magnésia sobre a temperatura do corpo. Acção da magnésia sobre 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 adicionamento de glicerina; doses e número de injecções. 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 injecções massivas de sôro antitetânico ao doente n.º 2183. U. H. Outros antitóxicos: cloridrato de betaína, colesterina, 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 injecções. 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.

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

Tratamento sintomático:

Traqueotomia. Frenicotomia bilateral.

Estatísticas.

Conclusões.

Diagnóstico: Osteomielite prolongada do fêmur direito.

Operação: Sequestrotomia.

Anestesia: Clorofórnia 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 bacterídia, 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; do 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 edematosas. Cada uma destas zonas ao microscópio. Localização das bacterídias nas diversas zonas. Edema maligno e sua descrição: acção das vias linfáticas; influência da circulação sanguínea; septicémia carbunculosa.

Sintomatologia da pústula maligna: fenómenos clínicos observados nas primeiras horas e sua transformação sucessiva; aparecimento da escara central, da coroa de vesículas e da aréola inflamatória de Chaussier; sintomas gerais da bacteriémia carbunculosa. Evolução para a cura desta infecção e sua descrição. Septicémia carbunculosa: começo, 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 anticarbunculoso 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 poplítea esquerda.

Operação: Ablação.

Anestesia local com soluto de atoxicocaina.

Doente n.º 24. P. T. C. M.

Diagnóstico: Lipoma volumoso acima da espinha ilíaca 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.º 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 acessos: para o torax, abertura no intestino, peritoneal, umbilical, lombar e no bassinete. Fistulização.

Sintomas clínicos: fenómenos a distância dos acessos 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 figado, «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: Clorofórnia Welcomm.

Doente n.º 26. P. T. C. M.

8 de Janeiro (sábado):

29.º LIÇÃO

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

Tumores do pescoço.

Quistas congénitos: sua classificação; quistas serosos; quistas branquiais; quistas amigdaloides e quistas branquiogéneos 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 trajecto. 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 aderentes?

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 terço inferior do fémur direito.

Operação: Sequestrotomia.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 985. P. C. H.

11 de Janeiro (terça feira):

30.º LIÇÃO

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

Hidrócelos congénitos.

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

1) Hidrócelo peritíneo-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, renitênciam; 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-quistas saculares e hidrócelo comunicante. Abcesso 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 pseudoquisto sacular, etc.

Tratamento: incisão dos hidrócelos vagino-abdominais; dissecção e extirpação da porção escrotal e funicular da bolsa. ¿E da porção abdominal? ¿Dissecção e ablação do quisto, vazio 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: Clorofórnia 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 predispõem 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 crianças, 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 injecções 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 Chaissaignac; 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 injecções 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 predispõem ao aparecimento das hérnias. Causas determinantes: traumatismo e esforço. Mecanismo das hérnias: hérnias de fraqueza e hérnias de força; teorias que explicam a sua formação.

Sintomas físicos; hérnias reduutíveis e hérnias irredutíveis, 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 injecções 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: Clorofórnia Welcomme.

Doente n.º 35. P. T. C. H.

18 de Janeiro (terça 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: I) 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 anéis fibrosos; sua freqüência nas hérnias crurais e sua explicação;

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

4) Outros agentes de estrangulamento: estrangulamento nas hérnias properitonais, por um anel muscular, por divertículos do saco, por bridas, pelo epíplion, 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: epíplon e mesentério;

V) Lesões a distância: intestino, peritónio 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, gravidez, 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 inspeção, 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 peritoneo-intestinal de origem herniária.

Diagnóstico diferencial da orquite dum testículo em ectopia com o estrangulamento dumha 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 contorno da hérnia, largamente, docemente, progressivamente; pressão lateral e nunca no fundo da hérnia.

Acidentes da taxis:

- 1) Erros de diagnóstico;
- 2) Falsas reduções: *a)* redução em massa. Suas causas e consequências; 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 sobre as paredes do intestino; persistência dos acidentes 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 saco; desbridamento; redução do intestino e sua lavagem prévia; obliteração do saco 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. Consequências 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 Haucker).

Anestesia: Clorofórmio Welcomm.

Doente n.º 10. P. T. C. H.

22 de Janeiro (sábado):

35.ª LIÇÃO

Apresentação de doentes.

Tuberculose cirúrgica.

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

bacilos não ácido-resistentes; bacilos tuberculosos homogéneos. Toxinas e suas espécies; isolamento e propriedades das toxinas solúveis; ação 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 homogéneo 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 exceções 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 contraindicado 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; abcesso 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: ação do sistema linfático; 2.^a «época»: venosa e pulmonar; 3.^a «época»: 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 exceções. Abcessos 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 freqüência 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 êrro; métodos histológicos e suas dificuldades; exploração das serosas e citodiagnóstico; a linfocitose não tem valor absoluto; o exame directo do sangue; o sôro-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: sôro de Maragliano, sôro de Marmorek e sôro 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 d'estes factores.

Tratamento medicamentoso nas tuberculoses cirúrgicas.

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

Diagnóstico: Esporão cartilagíneo 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. LIÇÃO

Coxalgia.

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

da cavidade cotiloidea; perfuração do acetabulum; ulceração compressiva de Lannelongue. Colecções purulentas e sua migração. Abcessos pélvicos. Perturbações no crescimento do esqueleto do membro respectivo; alongamento trófico de Ollier; ráquitismo inflamatório de Ollier e Vincent. Luxações patológicas e seu mecanismo, conforme as fases do processo de coxo-tuberculose; 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 movimentos 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 marcha. Processos de medir a flexão, abdução e rotação para fora; instrumentação especial de Martin e Collineau.

Dôres e suas modalidades; gritos nocturnos 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, ilíaca ou isquiática e luxações para diante, ovalar ou supra-pública. Abcessos artrifluentes ou articulares: *a)* anteriores e externos; *b)* internos ou dos adutores; *c)* posteriores ou nadegueiros; *d)* pélvicos.

Abcessos extra-articulares.

Qual a evolução destes abcessos? Qual a sua importância para o prognóstico?

1 de Fevereiro (terça feira):

38.º 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 abcessos e das fistulas, sua localização e número. Perigos das infecções secundárias; sua repercussão sobre 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 abcessos inguino-pélvicos; como separá-la das osteítés bacilares do isquion ou das osteítés bacilares do pubis; dificuldades no diagnóstico diferencial com a sacro-coxalgia; semelhanças com a osteíte bacilar do grande trocanter; coxo-tuberculose e luxuação

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: correção da atitude viciosa e imobilização: método de Bonnet e sua execução. Perigos das manobras violentas no endireitamento do membro.

Terceiro período: tratamento dos abcessos: 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 apenevróticas, secção do grande trochanter, abertura da baínha periosteocapsular, desnudação do colo, luxação da cabeça; secção da cabeça ou da diafise femural; ressecção ou esvasiamento da cavidade cotiloidea técnica duma boa drenagem e tratamento post-operatório. Tratamento geral do coxálgico.

Diagnóstico: Varizes muito volumosas no terço 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 actinomices: 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 temporo-máxilar, maxilar, gingivo-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 Mosetig); 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; freqüência; 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, tríplices, cominutivas, apofisárias, tuberculosas, etc.); deslocamento de fragmentos (angular, de rotação e segundo a espessura e comprimento do ósso).

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 torno do foco da fractura; exploração da sensibilidade.

Exame do estado geral.

Evolução das fracturas fechadas.

Períodos de Gosselin (inflamação, reabsorpção, reparação e convalescência).

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 reabsorpção. Período de reabsorpção e seus caracteres.

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

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; paquipleurite.

Operação: Ressecção costal; descorticação pleuro-pulmonar.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 861. T. O. H.

15 de Fevereiro (terça 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 consequências. Escolha do processo de redução.

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

Diagnóstico: Carcinoma do seio direito.

Operação de Halsted.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 27. P. T. C. H.

17 de Fevereiro (quinta-feira):

44.º LIÇÃO

Fracturas (continuação).

Método Lucas-Championnière no tratamento das fracturas.

Bases sobre 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 sobre 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 aplicados acima do foco da fractura; aparelho de Reclus.

Método Delbet: marcha normal do membro fracturado.

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

Tratamento operatório nas fracturas diafisárias fechadas.

Como nasceu este meio terapêutico; onde e quando; vantagens da redução sangrenta. Quais os resultados funcionais dos processos clássicos? Estatísticas globais de Hoenel e de Smith. Estatísticas de Scudder, de Steward, de Lane e de Saïssi 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: Fratura transversal dos dois ossos do antebraço esquerdo.

Operação: Osteosíntese; processo de Lane.

Anestesia: Clorofórmio Welcommé.

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: hipotonía, atrofia e paresia 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 corpos ântero-laterais: sinais clínicos. Atrofia óssea calcária de Sudeck.

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 Hoenel dos períodos de impossibilidade temporária.

Tratamento secundário das fracturas:

Profilático; curativo: massoterapia, balneoterapia quente, aerotermoterapia, 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: Enucleação.

Anestesia regional com soluto de atoxicocaina adrenalina.

Doente n.º 921. T. O. H.

22 de Fevereiro (terça feira):

46.^a LIÇÃO

Oclusão intestinal.

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

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

Notas clínicas sobre o ileus por estrangulamento; dados sobre 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 sobre a oclusão mecânica de obstrução; aparecimento do síndrome e sua evolução. A anamnese no diagnóstico anatômico; 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 térço 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 esvasiamento 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. Oinalgia 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 clorofórnia Welcomme.

1 de Março (terça feira):

48. LIÇÃO

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

Tumores (continuação).

Angiomas.

Sinonimia. 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 sanguínea 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 ciroides.

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. Roentgenoterapia.

Operação: Extirpação dum lipoma volumoso, pediculado da face supero-interna da coxa 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 sobre que assenta; sarcoma e carcinoma. Sarcoma e tumores benignos. Alterações de sangue.

Etiologia :

Causas gerais; idade, estatística de Cross e Schwartz. Sexo. Hereditariade 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. submaxilar direita).

Operação: Enucleação.

Diagnóstico: Hérnia inguinal mixta à direita. Quisto sebáceo supurado na coxa 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; esvasiamento 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 sudoríperas 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 concroide dos lábios.

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

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 (terça 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 gingivas.

1) Lesões traumáticas:

Feridas operatórias, contusões e ferimentos propriamente ditos.

2) Lesões inflamatórias:

Gingivite aguda; gingivite flegmonosa; gingivite gangrenosa.

Gingivite crônica: forma fungosa e forma hipertrófica.

Tuberculose das gingivas;

Sífilis das gingivas;

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 parodontários (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.º LIÇAO

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. Contracção em massa e agitação peristáltica do estômago, sua observação, seus caracteres, seu valor semeiológico. Tumores visíveis.

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

- Estômago vazio e ingestão duma quantidade determinada de água;
- «Clapotage» depois duma refeição;
- «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; estesiômetro 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: Clorofórnia Welcomme.

Doente n.º 55. P. T. C. M.

15 de Março (terça 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 polimorfas;
- 4) Cancros de células cilíndricas;
- 5) Adenoma maligno;
- 6) Forma mixta.

Sob o ponto de vista cirúrgico:

- 1) Cancro nítidamente 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 $1\frac{1}{2}$ 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 sanguínea (veias do estômago, veia porta, fígado, etc.);
- 3) Difusão por propagação directa (pâncreas, fígado, colon);
- 4) Via peritoneal. Caracteres das metastases peritoneas. 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 consequente polulação de bactérias (b. lá-

ctico); fermentação láctica e outras fermentações orgânicas (butírica e acética) valor semeiológico do ácido láctico. Em que consiste a exceção que sob este 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; sede 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.º LIÇÃO

Tratamento do cancro do estômago.

Tratamento cirúrgico: radical e paliativo. Só excepcionalmente se pode escolher a terapêutica a seguir sem ter aberto o abdómen. 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 transverso, 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 tórno.

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 térço superior da perna direita.

Operação: Amputação da côxa no térço 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.º 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 tórno, 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 peritónio? Erupção à maneira da urticária. Modificações após a morte do equinococcus. Meios laboratoriais de diagnóstico dosquistos hidáticos e seu valor clínico.

Diagnóstico. Como se reconhece a ligação do tumor com o fígado; quando pode faltar a flutuação. Frémito hidático: em que consiste, como se produz e onde se encontra. Ausência de especificidade deste 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 abcesso hidático, quisto hidático e carcinoma do fígado, degenerescência gordurosa e amiloide do fígado. Dificuldade no diagnóstico diferencial entre abcesso sub-frénico, derrame pleural e quisto hidático sub-frénico. 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 dosquistos 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 transpleurofrénica.

22 de Março:

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

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

Anestesia: Clorofórmio Welcomm.

Doente n.º 56. P. T. C. H.

24 de Março:

Diagnóstico: Trajecto fistuloso antigo da região supraioidea.

Operação: Excisão do trajecto.

Anestesia: Clorofórmio Welcomm.

Doente n.º 41. P. T. C. H.

25 de Março:

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

Operação: Osteosíntese com parafusos; imobilização em aparelho engessado.

Anestesia: Clorofórmio Welcomm.

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 terço inferior da tibia esquerda com cavalgamento.

Operação: Osteosíntese com placa de Lane.

Anestesia: Clorofórmio Welcomm.

Doente n.º 2250. P. C. H.

29 de Março:

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

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

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 gesado.

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 sêda 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 cloreto de etilo.

Doente n.º 61. P. T. C. M.

15 de Abril:

Diagnóstico: Epitelioma do véu palatino e da úvula.

Operação : Estafilectomia 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 (terça feira):

56. LIÇÃO

Tratamento cirúrgico moderno dos quistos hidáticos :

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

a) Enucleação. Definição. Este processo assenta sobre um erro anatômico. É um processo irracional, impraticável, perigoso e inútil e que deve ser abandonado (Deve). 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 crónicas 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 intraquísticas contraindicam 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 é o método de escolha. Suas indicações conforme :

a) Estado do quisto: α) a infecção em geral não permite a aplicação deste 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 pôstero-inferiores; γ) quistos ântero-superiores e suas vias de acesso; δ) quistos pôstero-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 enxertiais hidáticas. Processos antigos, seu abandono 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 parasitícidias; 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 hérvia 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. Sede 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 aperto do canal raquídeo. Como compreender a freqüência da paraplegia no mal de Pott dorsal. Outros factores na patogenia dos acidentes nervosos (Désjérine): 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.º 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 dumha tuberculose primitiva ou secundária? Localizações mais freqüentes. Causas predisponentes; idades em que aparece de preferência. Origem do contágio.

Sintomatologia. Sintomas do comêço: tríade 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 exponíveis, 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; espondilolitesis e seus sinais. Sua importância sob o ponto de vista obstétrico;

b) Abcessos: sua freqüência em conjunto (24 por 100) e conforme a séde do mal de Pott; confusões fáceis destes abcessos 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 exagero de reflexos pode ser um sinal precoce de mal de Pott. Clonus do pé e sinal de Babinski. Perturbações das esfincteres. Modificações objectivas da sensibilidade. A topografia destas perturbações é radicular. Perturbações tróficas, musculares e articulares.

Diagnóstico: Sinais em que assenta (dores locais, gibosidade, abcessos, 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 dores, com o lumbago, nevralgias intercostais íleo-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 raquíticos e mal de Pott.

Espondilite tuberculosa e espondilite traumática de Kümmel. Mal de Pott e sífilis vertebral; abcessos póticos e abcessos costais posteriores; abcessos perinefríticos e abcessos ossifluentes ligados ao osso ilíaco. Contractura coxalgica do psoas e contractura do psoas por abcesso. Importância da radiografia.

Evolução e prognóstico: duração da doença; modo de cura; pseudocuras. Evolução dos abcessos; da reabsorpção à fistulização com septicémia 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 régimen 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 terço 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.

26 de Abril (terça feira):

59.^a LIÇÃO

Tratamento local do mal de Pott (continuação).

O decúbito horizontal, dorsal ou ventral, só pode ser aconselhado nas formas ligeiras de mal de Pott, sobretudo nas formas lombares ou em quaisquer outras de comêço.

Dever-se há juntar a extensão contínua ou a reclinação da coluna vertebral? Quando se faz e como se faz a extensão contínua. O leito dos póticos. Como fazer a reclinação da coluna vertebral: leito engessado de Lorenz e colete engessado de Sayre. Construção do leito de Lorenz: técnica do colete de Sayre. Variedades conforme a localização do mal de Pott: colete com «gola de oficial», colete com minerva, etc. Abertura de janelas; duração dum colete.

«É preciso manter o doente dois anos em repouso e deitado». Como acompanhar a evolução da doença. Coletes amovíveis e suas indicações. Coletes de celuloide.

Tratamento da gibosidade: técnica de Calot, endireitamento brusco da gibosidade; sua ineficácia e seus perigos. Técnica de J. Wolf, endireitamento por «étapes». Tentativas sangrentas de Hadra (sutura das apófises espinhosas com fios de prata) de Lange, de Whitman, etc.

Tratamento dos abcessos ossifluentes: é preciso não os abrir, nem os deixar abrir. Perigos da fistulização. Técnica das punções evacuadoras. Misturas modificadoras diversas. Ensinamentos deduzidos dos caracteres do conteúdo do abcesso. Tratamento do mal de Pott fistulizado. Efeitos das injecções modificadoras. Pasta bismutada de Beck. A helioterapia.

Tratamento da paraplegia:

Só o ortopédico. Intervenções cirúrgicas: laminectomia (de Israel e de Ma-Ewen) e costo-transversectomia (Menard). Insucessos.

Aplicação dum colete de Syre à doente n.º 83. P. T. C. M.

30 de Abril (sábado):

60.^a LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 58. P. T. C. H. Diagnóstico: Epididimite tuberculosa fistulizada à direita e hérnia inguino-intersticial à esquerda.

Tuberculose do testículo e do epididíimo.

Anatomia patológica. Formação dos nódulos tuberculosos no epitélio e nas paredes dos canais. Sua confluência e formação de abcessos. Caseificação. Invasão do deferente; sua formação em rosário. Contaminação do testículo quer pelos canalículos seminais, quer por via linfática, evolução para a cavernização. Raridades da tuberculose primitiva do testículo. Limitação do processo, propagação aos tecidos em torno: hidrócelo sintomático, fistulização.

Etiologia. Meios de aquisição da doença: herança, metastases doutros

focos (pulmões, ossos, etc.), transporte do bacilo pelo canal deferente, por contacto adulto.

Tuberculização por via ascendente; só excepcionalmente e por via descendente. Experiências e trabalhos demonstrativos a favor da via descendente. Influência dos traumatismos e das uretrites blenorragicas antigas e das congestões funcionais.

Diagnóstico: Necessidade de localizar com precisão o início da doença, valor das nodosidades do deferente e dos trajectos fistulosos; investigação de outras sédes de tuberculose. Dificuldades no diagnóstico da tuberculose inicial do testículo, da sifilis e da orquite aguda. Necessidade duma boa anamnese.

Prognóstico: reconhecimento doutros focos de tuberculização.

Tratamento: Possibilidade de cura espontânea.

Castração; extensão desta operação. Terapêutica conservadora. Quando se deve castrar? Outras operações menos mutilantes. Utilidade em se fazer a orquidotomia seguida de orquidorrrafia. A castração precoce como profilaxia da tuberculização bilateral. Terapêutica nestes casos. Fisioterapia na tuberculose testículo-epididímar e seus resultados.

Operação: Castração à direita e cura radical da hérnia inguinal esquerda.

5 de Maio (quinta feira):

61.ª LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 73. P. T. C. H.: Diagnóstico: «Retentio testis inguinalis» bilateral e hérnia inguinal congénita direita.

«*Retentio testis*».

Em que consiste. «*Retentio testis inguinalis*» e «*retentio abdominalis*». Monorquismo. Criotorquismo. Anorquídia. Anomalias no desenvolvimento das glândulas sexuais; perturbações no desenvolvimento da vaginal.

Sintomas dominantes da «*retentio testis*». Hidrócelo e hérnia inguinal congénita.

Consequências da «*retentio testis*»:

a) Atrofia do testículo: suas causas. Estudos histológicos de Finotti nos casos de criotorquismo;

b) Mobilidade anormal do testículo; de que depende; confusão possível com uma hérnia inguinal; sinais diferenciais;

c) «*Inversio testis*» segundo o eixo horizontal ou vertical. Sintomas clínicos da torsão; sua agudeza e sua gravidade. Suas causas: contusões violentas; movimentos forçados e imprevistos do tronco, excessiva pressão abdominal. Dificuldades no diagnóstico com uma hérnia estrangulada; sinais a que se deve recorrer;

d) Ectopia testis. «*Ectopia cruralis*» e ectopia perineal (ectopia escroto femoralis e ectopia perinealis). «*Retentio testis inguinalis*» e não ectopia inguinalis. Causas conhecidas e presumíveis da ectopia;

e) Neoformações do testículo.

Tratamento da «*retentio testis*».

Que fazer nos casos de criptorquídia?

Como proceder na «retentio testis» ao nível do canal inguinal? Se existe simultaneamente uma hérnia por que se deve operar? Como actua uma funda? Obstáculos que se opõem à correcção desta posição viciosa provenientes do desenvolvimento insuficiente da vaginal, dos vasos espermáticos, do deferente e do escroto? Como remediá-los. Haverá inconveniente na secção dos vasos do cordão (processo de Bevan)? Como fazer a orquidopexia? Resultados estatísticos desta intervenção.

Quando se deve fazer a castração?

Tratamento da ectopia testis.

Operação de curso: Cura radical da hérnia inguinal congénita direita pelo método Bassini-Barker e Orquidopexia.

7 de Maio (quinta feira):

62.ª LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 50. P. T. C. M., com gangrena séca do polegar do pé.

Gangrena.

Definição. Esfacelo, escara, necrose, sequestro.

Etiologia e patogénia:

Condições normais da vida celular; princípios em que se baseia a classificação das gangrenas:

I) Gangrenas por perturbações de circulação:

A) Impedimento da circulação do sangue nas artérias (compressão exterior, diminuição da luz do vaso por corpos estranhos, lesão vascular);

B) Impedimento da circulação do sangue nas veias:

À obliteração venosa poderá produzir gangrena? Opiniões de Cruveilhier e Barreau;

C) Impedimento da circulação do sangue nos capilares;

D) Gangrenas por doenças do coração;

E) Gangrenas por alterações do sangue: gangrenas sépticas, glicemia, albuminuria, ergotismo:

II) Gangrenas de origem nervosa. Como intervêm o sistema nervoso na géneses das gangrenas? Há nervos tróficos?

III) Gangrenas causadas por lesões directas dos tecidos. Conclusões.

Anatomia e fisiologia patológica.

Variedades:

1) Gangrena séca: caracteres clínicos e caracteres histológicos;

2) Gangrena húmida. Sinais objectivos, caracteres microscópicos; putrefacção;

3) Gangrena por cadaverização;

4) Gangrena branca.

Evolução geral:

Mortificação, sulcos de eliminação e sua formação: reparação e seu processo. Infarctus.

Operação: Operação d'Halsted com autoplastia pelo método de Celse.
Cancro do seio recidivado. Adenopatia axilar ulcerada.
Doente n.º 58. P. T. C. M.

10 de Maio (terça feira):

63.ª LIÇÃO

Gangrenas (continuação).
Doente n.º 50. P. T. C. M.: Diagnóstico: Gangrena seca do dedo polgar do pé.

Operação de curso: Sua desarticulação pelo método dum só retalho.

Formas clínicas:

I. Gangrenas produzidas por alterações do aparelho circulatório:
 a) Gangrenas por arterite. Sinonímia. Etiologia e patogénia. Sintomatologia. Sinais precursores: fenómenos sensitivos, fenómenos motores, «meioprágia» de Potain, perturbações circulatórias. Sinais iniciais da gangrena. Evolução e complicações;

b) Gangrenas por embolia. Causas. Sinais prodromicos. Seqüências;
 c) Gangrenas por traumatismos das artérias.

Contusões e lacerações subcutâneas das artérias;

d) Gangrenas nas infecções agudas do sangue;

II. Gangrenas por perturbações do sistema nervoso:

a) Lesões dos nervos. Ferimentos dos nervos. Nevrites. Panarício analgésico ou doença de Morvan;

b) Lesões centrais;

c) Gangrena simétrica das extremidades (síncope local, asfixia local, gangrena). Suas características e sua patogénia. A doença de Reynaud é um sindroma;

III. Gangrenas por alterações do sangue:

a) Gangrena diabética. Patogénia: teoria da arterite, teoria da vitalidade precária dos tecidos, teoria nervosa;

b) Gangrena por ergotismo;

c) Gangrena nos albuminúricos;

d) Gangrena palúdica;

e) Gangrena nas cachexias.

Diagnóstico.

Tratamento de gangrena seca e tratamento de gangrena húmida.

Doente n.º 58. P. T. C. M.

Diagnóstico: Sarcoma da parótida esquerda.

Operação de curso: Extirpação sob anestesia regional com soluto atoxicocaina-adrenalina.

12 de Maio (quinta feira):

64.ª LIÇÃO

Úlceras.

Definição. Ulceração. Etiologia e patogénia. Classificação clássica de Benjamin Bell e sua crítica. Úlceras directas e úlceras indirectas. Alterações arteriais e venosas; sua influência na génesis das úlceras; perturbações

nervosas e alterações do sangue. Lesões dos tegumentos, do tecido celular, dos músculos, das artérias e das veias. Freqüência das úlceras conforme o sexo, a idade e a profissão. Factores locais predisponentes para o aparecimento das úlceras.

Lesões anátomo-patológicas ao nível das úlceras, em torno das úlceras abaixo e a distância das úlceras.

Sintomas no período inicial e no período de estado das úlceras (forma, fundo e bordos); perturbações locais de temperatura e de sensibilidade. Complicações das úlceras (inflamação, gangrena e fagedenismo). Formas clínicas das úlceras e seus caracteres. Diagnóstico e úlcera sintomática, úlcera sifilítica, úlcera tuberculosa, úlcera neoplásica, do escorbuto, úlcera fagadénica.

Prognóstico.

Tratamentos conforme a variedade.

14 de Maio (sábado):

65.º LIÇÃO

Osteomielite aguda.

Classificação das doenças dos ossos. Lesões infeciosas; sua classificação.

Osteomielites de crescimento agudas e crónicas: osteomielites de estafilococcus e suas variedades; osteomielites de estreptococcus; osteomielites de pneumococcus; osteomielites de germens associados. Portas de entrada da infecção. Condições gerais do organismo favorecendo a polulação microbiana; factores exteriores; localização preferida.

Fases da infecção sob o ponto de vista anátomo-patológico — 1.^a fase: lesões medulares: medulite central ao nível do bolbo ósseo de Lannelongue. Lesões ósseas; alterações do periósteo;

2.^a fase: medulite supurada e colecção sub-perióstica supurada. Modificações mais acentuadas da medula. Lesões de osteite rarefaciente e hiperostose por osteite condensante. Lesões do periósteo. Abcesso sub-perióstico e sua evolução; suas consequências. Alterações secundárias das cartilagens e das superfícies articulares; mecanismo da formação das piartrites;

3.^a fase: fase de necrose; tipos de necrose e suas causas; formação de sequestros e sua divisão segundo Ollier. Como distinguir os sequestros primários dos secundários; como distinguir um sequestro por estafilococcus dum sequestro por bacilo de Koch. Trabalho de reparação óssea paralelo ao de necrose. Deformações dos membros consecutivos à destruição da cartilagem diafisária; como se faz a separação da diafise. Fracturas espontâneas e seu mecanismo.

Sintomatologia:

Primeiro período: dôr, tumefação ao nível da união da diafise com a epífise, edema cutâneo e veias dilatadas, sinais dados pela palpação, sintomas gerais.

Período de estado: agravamento de sintomatologia descrita, formação de abcesso sub-perióstico, superfície óssea desperiostada, complicações articulares precoces ou tardias. Variedades das osteomielites. Sintomas gerais.

Período terminal:

- a) Resolução;
- b) Cura depois da evacuação do abcesso;
- c) Necrose e passagem ao estado crónico;
- d) Morte:

A) Complicações imediatas:

I) Locais: separação diaepifisária, descolamento epifisário propriamente dito, fractura espontânea diafisária, luxação espontânea, adenite;

II) Complicações gerais;

B) Complicações consecutivas precoces: hiperostose hipercrescimento, hipocrescimento, exagero das curvaturas da diafise.

17 de Maio (terça feira):

66. LIÇÃO

Osteomielite (continuação).

Marcha, duração, terminação.

Diagnóstico: Necessidade do exame dos ossos nos adolescentes febris. Confusões no comêço com a meningite e febre tifoide.

Reumatismo articular agudo e osteomielite. Caracteres da febre de crescimento. Como distinguir da osteomielite aguda tuberculosa e da pseudoparalisia sifilítica ou doença de Parrot. Não confundir com uma contusão com derrame sanguíneo, com uma fractura sub-perióstica, com a linfangite ou com o flegmão profundo.

¿ Há possibilidade de reconhecer pelos dados clínicos a natureza microbiana do processo?

Prognóstico.

¿ O que se entende por osteomielite prolongada? Qual a sua sintomatologia e evolução. ¿ Como diagnosticá-la? ¿ Como estabelecer o seu prognóstico?

Tratamento das osteomielites:

A trepanação urgente no comêço destas lesões; o seu valor e os seus efeitos; instrumental cirúrgico e técnica adoptada.

A curetagem da cavidade medular (Lannelongue) longe de ser a cura radical da osteomielite é prejudicial. Em casos de piarrite a artrotomia em vez da amputação de Chassaignac. A ressecção precoce ou tardia nas osteomielites. Há o direito de a fazer e quando. Consequências possíveis; como remedieiá-las ou tratá-las.

¿ Qual o tratamento da osteomielite crónica?

Abertura de abcessos e sua localização pela radiografia; o esvasiamento medular.

A sequestrotomia; instrumentos precisos, regras gerais; técnica do penso. Necessidade do esvasiamento da medula óssea fungosa.

Métodos de preenchimento das grandes cavidades ósseas: enxertiais autoplásticas, homoplásticas e heteroplásticas. Enxertiais de ossos mortos. Osteoplastias: necrotomia osteoplástica de Bier; osteoplastia de Jaboulay; osteoplastia de Schulzen. A «plombage» de Mosetig, parafinagem iodoformada, etc.

Diagnóstico: Osteomielite crónica recidivada.

Operação: Sequestrotomia e esvasiamento do fémur direito.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 2. P. T. C. H.

19 de Maio (quinta feira):

67.ª LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 931. T. O. H.: Fractura do frontal.

Ferimentos do crâneo e do cérebro.

Freqüência na guerra das trincheiras: 12 a 15% (Delorme); 20% (Marquis). Classificação conforme a natureza do projectil (ferimento por bala; ferimento por estilhaço de obús; ferimento por estilhaço de bomba e de granada). Inconveniência de tal classificação. Classificação segundo os sintomas gerais apresentados pelo ferido. Classificação anatómica e sua justificação. Sintomas imediatos e precoces:

- 1) Locais;
- 2) Gerais;
- 3) Nervosos;
- 4) Oculares.

I. Sintomas locais: não há relação entre estes e os sinais funcionais; não há relação entre o aspecto do ferimento e a natureza, extensão e séde das lesões profundas. Cuidados na exploração de qualquer ferimento do couro cabeludo:

A) Hemorragia externa;
 B) Escoamento do líquido céfalo-raquídeo;
 C) Lesões cutâneas e ósseas nos ferimentos com um só orifício, nos ferimentos em sulco, nos ferimentos bipolares, nos ferimentos crâneo-faciais;

II. Sintomas gerais:

A) Perda de conhecimento brusco e completo no momento do ferimento:

- 1) Coma calmo;
- 2) Coma agitado;
- 3) Semi-coma;
- B) Vômitos;
- C) Vertigens;
- D) Cefálea;
- E) Modificações do pulso;
- F) Alteração da temperatura;
- G) Perturbações da respiração;

III. Sintomas nervosos:

- 1) Crises convulsivas com ou sem contracturas permanentes;
- 2) Perturbações esfincterianas. Além destes sintomas nervosos difusos:

Sintomas de localização: 1) Perturbações motoras: 2) Fenómenos parálíticos (hemiplegias, monoplegias); 3) Fenómenos convulsivos (forma hemiplégica e forma parcial verdadeira);

2) Perturbações sensitivas (hipoestesia cutânea, agnosia tátil, alterações sensitivas dolorosas, etc.);

- 3) Modificação nos reflexos (reflexos tendinosos e reflexos cutâneos);
 4) Perturbações cerebelosas;
 5) Alterações na linguagem;
 6) Perturbações psíquicas;

IV. Sintomas oculares:

- A) Perturbações oculares com integridade dos globos:
 1) Perturbações motoras;
 2) Perturbações pupilares;
 3) Perturbações sensitivas;
 4) Perturbações sensoriais;

B) Lesões dos globos oculares acompanhando os ferimentos do crânio;

V. Ensinamentos dados pela punção lombar (hipertensão e exame citológico).

Indicações operatórias: opiniões de muitos cirurgiões; conservadores e intervencionistas sistemáticos:

- 1) Ferimento penetrante de certeza. Trepanar pela:
 a) Necessidade de desinfetar e regularizar o ferimento;
 b) Necessidade da esquirolotomia;
 c) Necessidade duma trepanação larga;
 2) Ferimento certamente não penetrante. Exploração minuciosa e cuidadosa; se há a mais insignificante alteração óssea, intervir; perante fenómenos gerais intervir.

Conclusões (E. Velter):

- 1) Trépaner systématiquement toutes les plaies du crâne, aussi bien celles où la pénétration est douteuse que celles où elle est certaine;
 2) Trépaner d'urgence, donc dans les formations de l'avant;
 3) Opérer largement pour ne rien laisser d'inexploré;
 4) Pour les plaies du crâne plus peut-être que pour toutes les autres blessures, la précocité de l'intervention est le facteur essentiel du succès.

Operação de curso: Trepanação do frontal. Esquirolotomia. Drenagem.

Diagnóstico: Fractura esquirolosa do frontal com «enfoncement» extenso e laceração da dura mater.

21 de Maio (sábado):

68. LIÇÃO

Apresentação dum doente com dupla fractura vertical do pubis e fractura transversal do colo do húmero esquerdo.

Fractura da bacia.

Classificação de Malgaigne: fracturas isoladas; fracturas múltiplas.

Fracturas do sacrum.

Sua freqüência: factores que as determinam, tipos de fractura; deslocamento dos fragmentos. Sintomas e perturbações funcionais. Diagnóstico. Técnica para a redução da fractura e meios de imobilização.

Fractura do cocxix.

Fracturas do ilíaco.

Sua freqüência; tipos anatómicos das fracturas; fractura da crista e

fractura da àxa do ósso ilíaco; direcção e disposições destas fracturas. Suas causas. Sinais funcionais e sinais físicos. Diagnóstico e causas de êrro. Prognóstico e tratamento.

Fracturas do isquion.

Condições em que se formam. Variedades anatómicas: destacamento da tuberosidade ciática e separação do isquion. Sinais que permitem o seu reconhecimento; vantagens do toque rectal e vaginal. Benignidade de prognóstico. Atitude de repouso a dar ao doente.

Fracturas da bacia propriamente ditas. Definição (Tillaux).

I. Fracturas do pubis; porque razão são as mais freqüentes. Configuração dos traços de fractura. Porque motivo se dá a seguir à fractura do pubis a disjunção sacro-ilíaco? Exploração de Voillemier. Tipos de fracturas indirectas da bacia.

II. Duplas fracturas verticais (Malgaigne). Fracturas verticais do sacrum (Duplay). Relações entre os traços de fractura e as pressões que as determinam:

A) Choque posterior ou pressão de traz para diante e lesões que provoca;

B) Pressão lateral; lesões que origina e sua explicação;

C) Por queda sobre os isquions ou fractura vertical do sacrum (Voillemier). Como se produzem e porque se produzem. Uma queda sobre os pés ou sobre os joelhos poderá provocar uma fractura vertical da bacia?

Anatomia patológica. Porque há quase sempre duas fendas verticais? Modalidades das diversas fracturas. Irradiações mais frequentes dos traços da fractura. Dimensões e sentido do deslocamento dos fragmentos. Complicações do aparelho urinário que podem motivar: ruturas da uretra; mecanismo da laceração da parede vesical.

Lesões do nervo obturador e dos vasos obturadores, dos vasos ilíacos, da artéria e nervo isquisático, etc.

Sintomas: choque; dor e seus caracteres: impotência funcional e sua razão; desvio dos fragmentos, mobilidade anormal e crepitação. Pontos dolorosos. Toque rectal; toque vaginal. Exploração minuciosa da bacia. Efeito da pressão bilateral sobre as ásas do ilíaco. Exploração da bexiga e da uretra.

Diagnóstico: Fractura da bacia e fractura ou luxação do fémur. Fractura vertical do sacrum e luxação sacro-ilíaca; sua distinção. Dificuldade de diagnóstico. Prognóstico: factores que justificam a sua extrema gravidade. Deformações várias que delas podem provir.

Tratamento: princípios em que assenta: combater o choque, reduzir e evitar complicações dos órgãos pélvicos. Processos e cuidados na redução dos fragmentos. Extensão contínua nas fracturas verticais. Tratamento das complicações do sistema urinário.

Tratamento.

24 de Maio (terça feira) :

69.^a LIÇÃO

Traumatismos sobre o ráquis.

I. Entorse e diastasis.

Etiologia. Anatomia patológica. Sintomatologia. Diagnóstico.

II. Fracturas das vértebras.

Etiologia : no adulto. Produzidas por violências exteriores são de causa directa ou de causa indirecta. Mecanismo da sua formação.

Anatomia patológica : fracturas isoladas e fracturas totais :

1) Fracturas isoladas das apófises espinhosas : localização mais freqüente e seu modo de formação ; causas ;

2) Fracturas isoladas das apófises transversas. Séde habitual (2.^a, 3.^a e 4.^a v. lombares). Caracteres da dôr. Confusão fácil com lumbago, contusão e rutura muscular. Condições da cura ;

3) Fracturas isoladas das lâminas vertebrais ; fracturas unilaterais e fractura do arco vertebral ;

4) Fracturas isoladas das apófises articulares ;

5) Fracturas isoladas dos corpos vertebrais e suas modalidades ;

6) Fracturas transversais totais.

Mecanismo : as fracturas vertebrais são quase sempre fracturas indirectas (Malgaigne).

26 de Maio (quinta feira) :

70.^a LIÇÃO

Apresentação do doente n.^o 79. P. T. C. M. Luxação escápulo-humeral direita.

Luxações.

Definição e classificação. Luxação completa e incompleta. Luxação traumática, espontânea ou patológica, paralítica, distrófica. Luxação congénita e luxação recidivante.

Luxações da espádua :

Luxações recentes, antigas e recidivantes.

Luxações recentes : freqüência. Classificação.

Luxações para diante e para dentro (extra-coracoidea sub-coracoidea, intra-coracoidea, sub-clavicular).

Luxações para baixo (sub-glenoidea e infratricipital).

Luxações para trás (sub-acromial e sub-espinhosa).

Luxações para o alto e para diante (supraglanoideas). Sua etiologia, séde e orientação dos traumatismos. Contracções musculares que as determinam.

Mecanismo. Ação dos ligamentos córaco-humeral profundo e supra-gleno-suprahumeral e das faixas fibrósas supra-gleno-prehumeral e pre-gleno-subhumeral. Como se dá a luxação nos traumas directos sobre a re-

gião póstero-externa do punho da espádua? Mecanismo da luxação por causas indirectas.

Anatomia patológica. Lesões da cápsula, dos tendões e musculares; modificações nas relações dos elementos da articulação conforme o tipo da luxação.

Sintomatologia: sintomas gerais e racionais:

- 1) Dôr, tumefação, equimose e crepitação;
- 2) Atitude do doente e do membro ferido;
- 3) Deformação da espádua;
- 4) Alterações no comprimento do membro;
- 5) Dificuldade de movimentos. Suas características nas luxações extra-coracoidea, sub-coracoidea, intra-coracoidea, sub-clavicular e nas luxações para baixo.

Doente n.º 339. T. O. M.

Diagnóstico: Eventração. Miomas volumosos e sub-serosos.

Operação de curso: Histerectomia sub-total; método americano. Laparoplastia pelo processo Maas-Mayld.

28 de Maio (sábado):

71.º LIÇÃO

Apresentação da doente n.º 79. P. T. C. M.: Luxação escápulo-humeral.

Luxações da espádua (continuação).

Complicações imediatas:

- 1) Fracturas;
- 2) Laceração dos tegumentos;
- 3) Lesões dos vasos (ruptura das artérias axilar, circunflexas e torácica inferior);
- 4) Lesões nervosas: paralissias e seu mecanismo.

Diagnóstico. Importância da radiografia. Observação imediata do doente. ¿ Há luxação? Sua variedade. ¿ Há complicações? ¿ De que natureza?

Necessidade dum cuidadoso interrogatório sobre as condições do traumatismo. Exame do hábito externo. Observação da região. Manobras precisas para a determinação da variedade de luxação. Uso da anestesia geral. Reconhecimento das fracturas da clavícula e das fracturas do colo da omoplata. Luxações da espádua e fracturas da extremidade superior do húmero. Diagnóstico diferencial entre as luxações para dentro e as fracturas do colo cirúrgico.

Diagnóstico das complicações: das fracturas da grande tuberosidade; da fractura do colo cirúrgico complicando a luxação. Sinais de luxação com fractura do colo anatómico. Verificação das lesões arteriais. Importância da descoberta imediata das complicações nervosas.

Prognóstico: caracteres em que o prognóstico deve assentar.

31 de Maio (terça feira):

72.ª LIÇÃO

Tratamento das luxações da espádua.

Quando se deve empregar a anestesia geral? Processos de redução nas luxações sub-coracoideas: processo de Kocher (4 tempos). Processo de Mothes ou de tracção em abdução alta. Tracção contínua por pesos (Hofmeister). Tracção contínua por ajudantes: sua técnica. Tracção contínua elástica com tubo de cautchouc; sua aplicação.

Processo de redução nas luxações intra-coracoideas e sub-claviculares. Sua transformação em luxações sub-coracoideas e aplicação do método Kocher. Processo de Mothes nas luxações sub-glenoideas. Tratamento das luxações com deslocamento para trás. Redução das luxações supra-glenoideas. Atitude e duração da imobilização. Tratamento seqüente.

Terapêutica das complicações:

Luxação com fractura da extremidade superior do húmero:

- 1) Método de «refoulement»;
- 2) Método antigo;
- 3) Método Riberi;
- 4) Método Delpach;
- 5) Osteosíntese. Indicações de cada um destes processos e sua crítica.

Tratamento das lesões vasculares: aneurisma traumática (técnica de Nélaton), rutura incompleta da axilar, arrancamento duma colateral volumosa.

Tratamento dos acidentes nervosos.

Tratamento das luxações expostas.

Redução sob anestesia da luxação escápulo-humeral da doente n.º 79. P. T. C. M.

Operação de curso: Sequestrotomia da rótula esquerda.

Diagnóstico: Osteite crônica.

Doente n.º 937. T. O. H.

6 de Junho:

Doente n.º 79. P. T. C. H.

Diagnóstico: Fibro-condroma da abóbada palatina.

Anestesia local: Sol. atoxicocaina adrenalina.

Operação: Extirpação.

9 de Junho:

Doente n.º 82. P. T. C. H.

Diagnóstico: Fractura cominutiva, exposta, infectada do terço superior da tíbia esquerda.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Operação de curso: Desbridamento, esquirolotomia; penso à Carrel.

14 de Junho:

Doente n.º 83. P. T. C. H.

Diagnóstico: Varizes e flebite da safena interna esquerda.

Anestesia : Clorofórmio Welcomme.
Operação de curso : Safenectomia.

15 de Junho.

Doente n.º 34. P. T. C. M.

Diagnóstico : Hérnia umbilical; grande ascite; mioma uterino volumoso pediculado aderente em toda a superfície ao epiplon, mioma subseroso.

Anestesia : Éter Schemig's.

Operação : Cura da hérnia pelo método de Sapiejko; hysterectomy subtotal pelo método americano.

16 de Junho :

Doente n.º 85. P. T. C. H.

Diagnóstico : Osteite traumática da 2.ª falange do dedo grande do pé direito.

Anestesia geral com cloreto de etilo.

Operação de curso : Desarticulação pelo método de retalho plantar.

16 de Junho :

Doente n.º 79. P. T. C. H.

Diagnóstico : Enterocelo inguino-escrotal e hidrócelo da vaginal à direita.

Anestesia : Clorofórmio Welcomme.

Operação de curso : Cura radical da hérnia à Bassini-Barker e inversão da vaginal.

18 de Junho :

Diagnóstico : Úlceras varicosas nas pernas direita e esquerda. Varizes volumosas da côxa esquerda.

Operação : Safenectomia interna à esquerda. Operação de Trendlenburg. Pertes à direita.

Anestesia : Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 95. P. T. C. M.

20 de Junho :

Diagnóstico : Hérnia crural direita estrangulada com necrose do intestino.

Operação : Enterostomia.

Anestesia : Anestesia regional com soluto de atoxicocaina-adrenalina.

Doente n.º 989. T. O. H.

21 de Junho :

Diagnóstico : Psoite volumosa, supurada à esquerda.

Operação : Incisão; drenagem.

Anestesia : Anestesia geral com cloreto de etilo.

Doente n.º 311. P. T. C. M.

23 de Junho :

Diagnóstico : Grande epiteloma do lábio inferior com adenopatia submaxilar e mediana.

Operação: Queiloplastia retangular, precedida de esvaziamento ganglionar cervical e ablação das glândulas sub-maxilares. Autoplastia pelo processo da triangulação bilateral de Doyen.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 66. P. T. C. H.

28 de Junho:

Diagnóstico: Estenose pilórica cicatricial.

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

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 86. P. T. C. H.

30 de Junho:

Diagnóstico: Apendicite crónica com aderências do epiplon ao peritoneo parietal e ao caecum; apêndice em S intimamente aderente ao cego.

Operação: Apendicectomia. Incisão de Jalaguier.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 68. P. T. C. H.

1 de Julho:

Doente n.º 101. P. T. C. M.

Diagnóstico: Hérnia crural esquerda com epiplon aderente ao saco.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Operação: Cura radical pelo método de Berger com ressecção do epiplon herniado.

2 de Julho:

Doente n.º 87. P. T. C. H.

Diagnóstico: Hérnia inguinal dupla.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Operação: Cura radical bilateral: Bassini-Barker.

4 de Julho:

Doente n.º 105. P. T. C. M.

Diagnóstico: Papeira adenomatosa.

Anestesia regional soluto atoxicocaina adrenalina.

Operação: Enucleação intra-glandular.

6 de Julho:

Doente n.º 108. P. T. C. H.

Diagnóstico: Carcinoma do seio esquerdo.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Operação: Operação de Halsted.

7 de Julho:

Doente n.º 88. P. T. C. H.

Diagnóstico: Ectopia testicular à esquerda com epiplocelo.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Operação: Cura radical da hérnia; Bassini-Barker; Orquidopexia.

Doente n.º 92.

Diagnóstico: Atitude viciosa do 4.º dedo do pé direito.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Operação: Desarticulação: método circular com fenda dorsal.

9 de Junho:

Doente n.º 96. P. T. C. H.

Diagnóstico: Fractura do crâneo na região temporal.

Anestesia local soluto atoxicocaina adrenalina.

Operação: Trepanação com trépano De Martel.

Doente n.º 95.

Diagnóstico: Adeno-fibroma da submaxilar direita.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Operação: Excisão.

12 de Julho:

Doente n.º 94. P. T. C. H.

Diagnóstico: Apendicite crónica.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Operação: Apendicectomia: incisão Jalaguier.

14 de Julho:

Doente n.º 110. P. T. C. M.

Diagnóstico: Stenose pilórica cicatricial.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme

Operação: Gastro enterostomia transmesocólica posterior (Von Hacker).

15 de Julho:

Doente n.º 98. P. T. C. H.

Diagnóstico: Fístula perianal cega externa.

Anestesia mixta de cloreto de etilo e clorofórmio.

Operação: Cura radical; método de excisão.

18 de Julho:

Diagnóstico: Apendicite crónica; mioma submucoso no colo do útero histerectomisado há anos.

Operação: Apendicectomia e enucleação do tumor.

Doente n.º 109. P. T. C. M.

Diagnóstico: Stenose pilórica cicatricial.

Anestesia mixta de clorofórmio e éter.

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

19 de Julho:

Doente n.º 106. P. T. C. M.

Diagnóstico: Quisto multilocular de séde peritoneal aderente em todo o contorno ao epíplon e ao meso. Apendicite com cálculo volumoso na extremidade.

Anestesia: Éter: máscara de Ombredanne.

Operação: Ablação do quisto. Apendicectomia.

Doente n.º 93. P. T. C. M.

Diagnóstico: Apendicite crónica.

Anestesia: Éter Schering's.

Operação: Apendicectomia; incisão Jalaguier.

21 de Julho:

Doente n.º 103. P. T. C. M.

Diagnóstico: Dois quistos hidáticos do fígado.

Anestesia: Éter Schering's; máscara de Ombredanne.

Operação de Delbet:

22 de Julho:

Doente n.º 11. P. T. C. H.

Diagnóstico: Carcinoma do seio esquerdo no quadrante supero-interno.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Operação: Amputação da mama; esvaziamento axilar, ablação do grande e pequeno peitoral.

Autoplastia pelo método de Celse.

Doente n.º 111. P. T. C. M.

Diagnóstico: Ascite; quisto de ovário multilocular e degenerescência epitelial com invasão das ansas do epíplon e do peritónio parietal.

Anestesia: Éter Schering's.

Operação: Laparatomia exploradora.

23 de Julho:

Doente n.º 98. P. T. C. H.

Diagnóstico: Quisto da região crural.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Operação: Excisão.

Doente n.º 99. P. T. C. H.

Diagnóstico: Hérnia inguino-pública esquerda.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Operação: Cura radical; Bassini Barker.

25 de Julho:

Doente n.º 94. P. T. C. M.

Diagnóstico: Sinusite frontal fistulizada à esquerda.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Operação: Sinusectomia com conservação da arcada orbitária e drenagem nasal; método Kilian.

26 de Julho:

Doente n.º 117. P. T. C. M.

Diagnóstico: Varizes das duas safenas.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Operação: Safenectomia bilateral.

Doente n.º 102. P. T. C. H.

Diagnóstico: Enterocelo inguino-srotal direito estrangulado.

Anestesia: Clorofórmio.

Operação: Kelotomia; cura radical; Bassini Barker.

Doente n.º 1254. P. C. H.

Diagnóstico: Hérnia inguinal direita e quisto dermoide supurado e fistulizado na região nadegueira esquerda.

Anestesia: Clorofórmio.

Operação: Cura radical; Bassini Barker e extirpação do quisto.

27 de Julho:

Doente n.º 103. P. T. C. H.

Diagnóstico: Papeira.

Anestesia regional sob atoxicocaina adrenalina.

Operação: Enucleação intra-capsular.

28 de Julho:

Diagnóstico: Apendicalgias: quisto do ovário com pedículo em torsão à direita; quisto de ovário pequeno.

Operação: Apendicectomia; ovariotomia.

Doente n.º 114.

Diagnóstico: Apendicite com aderência a um quisto de ovário.

Anestesia: Eterisação com máscara de Ombredanne.

Operação: Ovariotomia e apendicectomia.

1 de Agosto:

Doente n.º 105. P. T. C. H.

Diagnóstico: Estenose pilórica de origem cicatricial.

Anestesia: Eterisação com máscara de Ombredanne.

Operação: Gastro-enterostomia transmesocólica posterior de Von Hacker.

5 de Agosto:

Doente n.º 193. P. T. C. H.

Diagnóstico: Fractura cominutiva do frontal com destruição dos seios cujas paredes fragmentadas se encontravam profundamente alojadas nos lobos frontais.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Operação: Esquirolectomia; drenagem.

7 de Agosto:

Doente n.º 109. P. T. C. H.

Diagnóstico: Cistocelo à esquerda com placa de necrose vesical.

Fleimão da parede.

Anestesia: Clorofórmio Merck.
Operação: Cistectomia; sutura, drenagem.

8 de Agosto:

Doente n.º 107. P. T. C. H.

Diagnóstico: Hérnia inguinal esquerda com quisto do cordão.

Anestesia: Clorofórmio Merck.

Operação: Cura radical da hérnia; Bassini Barcker e ablação do quisto.

9 de Agosto:

Doente n.º 121. P. T. C. M.

Diagnóstico: Quisto supurado da mama esquerda.

Operação: Ablação do quisto.

10 de Agosto:

Doente n.º 104.

Diagnóstico: Apendicite crónica; ascite.

Anestesia: Éter Schering's.

Operação: Apendicectomia.

12 de Agosto:

Doente n.º 125. P. T. C. M.

Diagnóstico: Hipertrofia dos cornetos.

Operação: Turbinectomia.

Doente n.º 124. G. T. C. M.

Diagnóstico: Sarcoma da glândula sub-maxilar esquerda.

Anestesia: Clorofórmio.

Operação: Ablação da glândula.

Doente n.º 2351. U. H.

Diagnóstico: Fractura cominutiva transversal atingindo os 2 parietais; rutura das meninges.

Anestesia regional sob atoxicocaína adrenalina.

Operação: Trepanação com trépano De Martel; esquirolectomia; drenagem.

13 de Agosto:

Doente n.º 111. P. T. C. H.

Diagnóstico: Ferimento por arma de fogo (espingarda caçadeira) no punho e mão direita.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Operação: Extracção da carga, esquirolectomia, drenagem; penso à Carrel.

14 de Agosto:

Doente n.º 113. P. T. C. H.

Diagnóstico: Enterocelo estrangulado inguinal esquerdo.

Anestesia regional sob atoxicocaína adrenalina.
Operação: Quelotomia: cura radical.

15 de Agosto:

Doente n.º 112. P. T. C. H.

Diagnóstico: Epitelioma pavimentoso do lábio inferior.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Operação: Esvasiamento ganglionar cervical à Gosset; ablação quadrangular do lábio à Morestin, cheiloplastia bilateral da face à Doyen.

Dias oficiais de aulas de Patologia e Terapêutica Cirúrgica no ano de 1920-1921

Outubro .	3.ªs	-	19	26	-	-	Janeiro ..	3.ªs	-	11	18	-	Abril....	3.ªs	19	26	-	-	-	
	5.ªs	-	21	28	-	-		5.ªs	-	13	20	27		5.ªs	21	28	-	-	-	
	sáb.	16	23	30	-	-		sáb.	8	15	22	29		sáb.	23	30	-	-	-	
Nov	3.ªs	2	9	16	23	30	Fevereiro	3.ªs	1	-	15	22		Maio....	3.ªs	10	17	24	31	
	5.ªs	4	11	18	25	-		5.ªs	3	10	17	24		5.ªs	5	12	19	26	-	
	sáb.	6	13	20	27	-		sáb.	5	12	19	-		sáb.	7	14	21	28	-	
Dez	3.ªs	-	7	14	21	-	Março...	3.ªs	1	8	14	15								
	5.ªs	2	9	16	-	-		5.ªs	3	10	16	17								
	sáb.	4	11	18	-	-		sáb.	5	-	18	19								

2.º Assistente — Dr. Azevedo Leitão.

2.º Assistente provisório — Dr. João Pôrto.

Explicação

Estes sumários, elaborados no fim das aulas e afixados em seguida, foram feitos com o propósito de condensar a matéria exposta, de maneira a orientar os alunos no seu estudo. Adoptamos esta prática logo nas primeiras semanas do ano lectivo (920-921) e publicando-os agora, sem modificação nem correcção, pretendemos apenas auxiliá-los na sua preparação para os actos e ao mesmo tempo deixar registada e documentada a afirmação de que procuramos sempre dar ao ensino das cadeiras, que estão a nosso cargo, uma feição essencialmente prática.

O ensino de técnica operatória é feito sistemáticamente no cadáver; descrita a técnica de cada operação, executa-se na presença de alunos um dos métodos, havendo o cuidado de explicar sucessiva e minuciosamente cada um dos seus tempos operatórios. Sempre que é possível repete-se a intervenção por outro método ou processo e vão-se indicando as variantes ou modificações, que teem sido experimentadas, no propósito de dar aos estudiosos uma melhor e mais completa educação cirúrgica. Inumeram-se os cuidados post-operatórios, explicam-se as diversas complicações e acidentes que podem surgir, ao mesmo tempo que se lhes aconselham os meios mais provados de profilaxia e tratamento.

Que assim procedemos demonstram-no os trabalhos feitos no cadáver, cerca de 200, no semestre de inverno.

Muitas vezes a prática no morto não é suficiente e nesses casos recorremos a desenhos, a esquemas, feitos com lápis de diferentes cores no intuito de nos tornarmos mais explícitos e mais claros.

Há actos operatórios inexequíveis no cadáver, porque falta o motivo da intervenção; aproveitamos então um exemplar clínico que se nos depare e, apresentado ao curso, feita a justificação do tratamento cirúrgico, é operado em seguida. Eis a razão que nos forçou por vezes a interromper a continuidade da exposição dum determinado capítulo e a intercalar-lhe uma ou mais lições sobre um outro.

Consideramos a prática laboratorial como base de toda a educação cirúrgica e por isso introduzimos no regulamento dos trabalhos práticos da cadeira de técnica-operatória e terapêutica cirúrgica geral a seguinte disposição: «o ensino prático de T. O. será feito no laboratório, onde os alunos, em grupos de 3, repetirão na presença do professor as operações» «que tiverem já sido feitas no vivo ou no cadáver».

Para o ensino da terapêutica cirúrgica geral, que faz parte da mesma cadeira, recorremos aos doentes da enfermaria respectiva, que, embora com uma lotação muito reduzida, nos permitiu fazer cerca de 100 operações em que os alunos colaboraram quase sempre como ajudantes e nos permitiu pôr em prática os processos habituais, antigos e modernos, de tratamento.

A técnica do penso é aprendida nas enfermarias e na consulta externa de cirurgia, que está sob a nossa direcção, onde os alunos encontram também o acolhimento, sempre inteligente do médico de serviço e onde se começam a familiarizar com a pequena cirurgia e cirurgia de urgência; ali se observaram 245 doentes, socorreram de urgência 501 e fizeram mais de 6500 pensos.

Não fazemos da cadeira de Patologia e Terapêutica Cirúrgica Especial uma cadeira de clínica e entendemos que colaboramos assim melhor na educação científica dos alunos da F. M.; é necessário que conheçam o texto dos tratados; é preciso obrigar-lhos a manusear os compêndios, a conhecer os diversos capítulos da patologia cirúrgica, a conhecer enfim a literatura médica. Ora esse objectivo conseguir-se-há mais facilmente fazendo lições seriadas e orientadas segundo um certo plano. Foi o que procurámos pôr em prática; amenisámos no entanto o chamado ensino livreiro com a apresentação de casos da nossa e doutras enfermarias, que serviram para ilustrar a nossa exposição e que permitiram aos alunos a observação, exploração e interpretação de muitos sinais clínicos, bem como o acompanhamento da evolução do estado mórbido e da acção da terapêutica adoptada.

A leitura de histórias clínicas de casos análogos, que fizeram a sua passagem pelo serviço, as suas fotografias e radiografias, a exposição de casos idênticos do nosso conhecimento, desenhos e gravuras, foram outros tantos meios de que nos utilizamos para o ensino dos diversos capítulos da patologia.

Apesar do pequeno número de doentes de que dispomos, tivemos a boa

graça de encontrar quase sempre exemplares, alguns pouco freqüentes neste meio, a esclarecer os assuntos versados nas aulas.

Ao lado d'este estudo metódico das doenças, consideradas muitas vezes dumha maneira abstracta, feito nas aulas teóricas, havia a aplicação dos conhecimentos nelas adquiridos aos doentes das enfermarias; e com êsse critério elaboramos o regulamento dos trabalhos práticos do qual destacamos as seguintes notas: «aos alunos de P. T. C. serão distribuídos como exemplares clínicos os doentes das enfermarias anexas à cadeira. Cada aluno tirará a história clínica do seu doente que escreverá em duplicado: um exemplar em impresso que lhe será fornecido na respectiva enfermaria e outro em papel comum, entregando os 2 exemplares no prazo de 8 dias a contar daquêle em que lhe foi marcada a assistência ao doente. O primeiro é destinado ao arquivo escolar e o segundo a ser consultado pelos condiscípulos».

«A distribuição dos doentes consta dum quadro afixado na enfermaria, no qual serão designadas as datas em que os alunos tomam a assistência dos doentes e em que entregam as histórias. Os alunos registarão semanalmente em impressos a isso destinados o que se houver passado na evolução mórbida ou disposições terapêuticas dos seus exemplares clínicos».

«As histórias e estes relatórios clínicos poderão ser apreciados pelo professor da cadeira e por él discutido com o *aluno assistente* ou com *outro* (quando sejam passados 8 dias depois da entrega da respectiva história) com o doente à vista, nos dias em que faça com os alunos a visita à enfermaria».

O aluno assistente intervinha sempre no acto operatório do seu doente como 1.^º ou 2.^º ajudante e de ordinário a anestesia era feita por outro sob a direcção dum dos médicos assistentes do serviço.

O ano lectivo foi muito irregular e elevado o número de feriados oficiais; no entanto o número de aulas teóricas e práticas das duas cadeiras que regemos subiu a 256; só faltamos **duas vezes** e essas por motivo de força maior; e fizeram-se perto de 300 intervenções cirúrgicas.

O horário do nosso serviço marca as 8 horas da manhã para hora de entrada e a partir desse momento todos os dias, inclusivé os domingos, pelo menos 5 horas são dedicadas ao ensino: no laboratório de Técnica Operatória, nas salas de operações, nas enfermarias, na consulta externa de Cirurgia os alunos encontram sempre quem gostosamente os elucide, os instrua e os acompanhe nos seus trabalhos.

PROJECTO
DE
DIETAS E RAÇÕES

PARA DOENTES ADULTOS

DOS

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

25 QDAH - DATA RG

OBSERVAÇÕES

1.^a Os géneros são pesados em cru. No peso do peixe inclue-se o das espinhas e, no da carne, o dos ossos, dando-se a êstes uma média de 20 % do peso total. O peso dos legumes verdes refere-se sómente à parte comestível. O pão torrado é pesado em fresco.

2.^a Nas dietas N., N-1 e S. deve utilizar-se todo o caldo de carne e de galinha disponível para a sopa e arroz, e quando sobeje, para as rações de legumes e feculentos. Para cada litro de caldo deve empregar-se o mínimo de 400 gramas de vaca ou de vitela e 300 gramas de galinha ou frango. Quando não houver caldo disponível emprega-se o azeite da tabela.

3.^a As refeições em que entrem diversas rações à escolha da dispensa serão organizadas por forma a variá-las em cada dia tanto quanto possível, atendendo-se todavia à abundância e preço dos géneros na ocasião. Salvo indicação do clínico não é permitido dar o mesmo legume ou feuento em rações diferentes da mesma refeição, assim como nas dietas gerais a mesma sopa não deve ser fornecida em dias consecutivos nem mais de três vezes por semana a cada doente.

4.^a Com indicação do clínico o pão pode ser substituído por borôa, a qual será abonada na quantidade de 150 % do peso daquele, salvo indicação em contrário.

5.^a São abonadas 100 gramas de presunto, toucinho ou chouriço por cada quilograma de carne cosida das dietas N., N-1, S., C. e dy.; e para cada grupo de 100 dietas são abonadas à cosinha 50 gramas de salsa, 15 de alho, 3 de pimenta, 3 de cravinho e 2 litros de sal.

6.^a As rações e dietas não podem ser excedidas sem autorização da Direcção, salvo as de leite e caldos, podendo aquela elevar-se até 3 litros. Também carecem de autorização as dietas especiais que não figurem nas tabelas.

7.^a Com indicação do clínico o leite de vaca pode ser substituído pelo de cabra; excepcionalmente, pode ser abonado a cada doente vinho de mesa na quantidade máxima de 0^l,4 por dia nas dietas que o não têm.

8.^a À Direcção dos Hospitais, ao Inspector bromatológico e às enfermarias de Clínica e Policlínica médicas e cirúrgicas, será distribuído diariamente, até às 10 horas, um quadro com as dietas de tabela desse dia, para que se verifique o cumprimento da observação 3.^a. Esses quadros serão organizados por forma a poderem rapidamente comparar-se e permanecerão expostos durante a semana.

230000000

ADVERTÊNCIA

Os tipos de dietas que figuram neste projecto são em maior número de que é habitual encontrar nos formulários hospitalares. É um ensaio que fazemos, do qual não devem advir inconvenientes: se algum deles não corresponder a uma necessidade prática ou não facilitar o serviço, o clínico não o prescreverá, cairá em desuso e ficará assim eliminado.

É evidente que a designação dos tipos de dietas nada tem de absoluto nem de restritivo na sua aplicação: a dieta *normal* pode servir, em determinadas circunstâncias, para doentes que habitualmente carecem de dieta especial, assim como a de *febricitantes* pode estar contra-indicada em doentes com febre (tuberculosos, etc.) ou servir para indivíduos apiréticos, etc. O qualificativo da dieta apenas tem a pretensão de marcar proventura a sua indicação mais geral.

Foi nossa intenção atender ao preço dos alimentos, aos hábitos das nossas populações e à possibilidade de variar diariamente a composição das refeições, condições estas que nos pareceram de essencial importância.

É necessário recordar que a ração hospitalar é uma ração de *repouso* e não de *trabalho*; o número de calorias que atribuimos às dietas em que não há especiais restrições de quantidade é um pouco superior ao geralmente estabelecido, mas convém notar que este *abono* é bem preciso para cobrir as *fallhas* de peso e de qualidade dos generos. De resto, a opinião talvez dominante hoje é a de que os doentes beneficiam em regra com uma alimentação mais abundante do que escassa; mas que não sirva esta opinião para satisfazer as quasi sistemáticas reclamações dos nossos doentes do sexo masculino, habitualmente mal satisfeitos com a quantidade dos alimentos, parecendo-lhes que o êxito da cura é proporcional à abundância da alimentação!

As percentagens de albuminoides, gordura e hidratos de carbono estão dentro dos limites usualmente indicados, apenas havendo algum excedente de gordura, que nos pareceu justificável, entre outras razões, pela importância que os estudos recentes lhe atribuem na nutrição.

Respeitando a tradição e simplificando o trabalho da administração hospitalar, abstivemo-nos de reduzir as dietas das mulheres relativamente às dos homens, como se faz por exemplo nos hospitais de Paris e que reputamos suficientemente justificado.

Seria igualmente para desejar que a fructa e o dôce deixassem de ser considerados como alimentos de luxo e entrassem habitualmente nas dietas, pois são de grande utilidade e o seu preço, relativamente às calorias que fornecem, não é maior do que o de muitos outros; neste sentido fazemos por isso uma

tentativa, a que poderá dar corpo a Direcção dos Hospitais, preparando para o futuro a sua completa efectivação.

Embora os diabéticos não abundem no nosso hospital, inserimos um quadro relativo à sua alimentação, adaptado doutro de Joslin, cujo conhecimento julgamos de utilidade, mesmo a título de simples lembrança, quando o clínico não deseje por él formular.

Emfim, precisamos de expressamente declarar que êste projecto de dietas se publica desde já só pela necessidade de obter exemplares em número suficiente para distribuir pelos interessados no seu conhecimento, aliás ficaria manuscrito ou dactilografado até receber as correcções que a experiência e a sua discussão aconselhassem.

A. V. C. C.

DIETAS E RACÕES

I

Rações de café, chá, leite, cacau, chocolate e caldos de farinha

Rações	Quan-	Alumi-	Gordura	Hidratos	Calorias
	tidades	noides		de	
N.º 1. Café (0 ¹ ,35) { Café	20	0,65	1,00	2,50	21,00
Açucar	30	-	-	30,00	126,00
		0,65	1,00	32,50	147,00
N.º 2. Café (0 ¹ ,35) e manteiga { N.º 1	-	0,65	1,00	32,50	147,00
Manteiga	10	0,05	7,95	0,05	75,30
		0,70	8,95	32,55	222,30
N.º 3. Café com leite (0 ¹ ,35) { N.º 1	-	0,65	1,00	32,50	147,00
Leite de vaca	0 ¹ ,1	3,40	3,60	4,95	69,00
		4,05	4,60	37,45	216,00
N.º 4. Café com leite (0 ¹ ,35) e manteiga { N.º 3	-	4,05	4,60	37,45	216,00
Manteiga	10	0,05	7,95	0,05	75,30
		4,10	12,55	37,50	291,30
N.º 5. Chá (0 ¹ ,35) { Chá	2,50	0,05	-	0,55	2,35
Açucar	25	-	-	25,00	105,00
		0,05	-	25,55	107,35
N.º 6. Chá (0 ¹ ,35) e manteiga { N.º 5	-	0,05	-	25,55	107,35
Manteiga	10	0,05	7,95	0,05	78,30
		0,10	7,95	25,60	185,65
N.º 7. Chá com leite (0 ¹ ,35) { N.º 5	0 ¹ ,1	0,05	-	25,55	107,35
Leite de vaca		3,40	3,60	4,95	69,00
		3,45	3,60	30,50	176,35
N.º 8. Chá com leite (0 ¹ ,35) e manteiga { N.º 7	-	3,45	3,60	30,50	176,35
Manteiga	10	0,05	7,95	0,05	75,30
		3,50	11,50	30,55	251,65
N.º 9. Leite	0,25	8,45	9,95	12,40	172,00
N.º 10. Leite adoçado { N.º 9	0,25	8,45	9,95	12,40	172,00
Açucar	20	-	-	20,00	85,00
		8,45	9,95	32,40	257,00
N.º 11. Leite adoçado e manteiga { N.º 10	-	8,45	9,95	32,40	257,00
Manteiga	10	0,05	7,95	0,05	75,30
		8,50	17,90	32,45	332,30
N.º 12. Chocolate (0 ¹ ,20) { Chocolate	35	2,40	8,50	22,50	169,00
Açucar	10	-	-	10,00	42,50
		2,40	8,50	32,50	211,50

Rações	Quantidades	Albuminoides	Gordura	Hidratos de carbono	Calorias
N.º 13. Chocolate e leite (0 ¹ ,20) { N.º 12	-	2,40	8,50	32,50	211,50
Leite de vaca	0 ¹ ,2	6,80	7,20	9,90	138,00
		9,20	15,70	42,40	349,50
N.º 14. Chocolate e leite (0 ¹ ,20) e manteiga { N.º 13	-	9,20	15,70	42,40	349,50
Manteiga	10	0,05	7,95	0,05	75,30
		9,25	23,65	42,45	424,80
N.º 15. Cacau (0 ¹ ,20) { Cacau	10	2,05	2,65	4,80	47,00
Açucar	15	-	-	15,00	63,00
		2,05	2,65	19,30	110,00
N.º 16. Cacau e leite (0 ¹ ,20) { N.º 15	-	2,05	2,65	19,30	110,00
Leite de vaca	0 ¹ ,2	6,80	7,20	9,90	138,00
		8,85	9,85	29,20	248,00
N.º 17. Cacau e leite (0 ¹ ,20) e manteiga { N.º 16	-	8,85	9,85	29,20	248,00
Manteiga	10	0,05	7,95	0,05	75,30
		8,90	17,80	18,75	323,30
N.º 18. Caldos de farinha (0 ¹ ,35) { Farinha de trigo ou	30	3,00	0,30	21,70	105,60
» » milho ou	30	2,00	0,90	21,10	104,65
» » arroz	30	1,60	0,10	19,40	88,00
Média	-	2,20	0,40	20,70	99,50
Açucar	15	-	-	15,00	63,00
Manteiga	10	0,05	7,95	0,05	75,30
		2,25	8,35	35,75	237,80
N.º 19. Caldo de tapioca (0 ¹ ,35) { Tapioca	30	0,10	0,50	25,35	105,00
Açucar	15	-	-	15,00	63,00
Manteiga	10	0,05	7,95	0,05	75,30
		0,15	8,45	40,40	243,30

II

Rações de sopa

N.º 20. Massa	50	5,25	0,35	36,15	174,55
N.º 21. { Couve ou	100				
Feijão verde ou	100	(Média)			
Grão de bico ou	50	5,10	0,75	13,25	92,25
Ervilha (grão) ou	100				
Fava (grão)	200				
Massa	25	2,60	0,15	18,00	87,25
N.º 22. { Hortalica	200	3,00	0,50	11,50	65,00
Feijão seco	25	5,20	0,10	15,50	83,50
N.º 23. { Nabo	300	3,30	0,50	22,00	109,00
Feijão seco	50	10,40	0,75	31,00	167,00
N.º 24. { Abobora	300	2,70	0,35	21,50	103,00
Feijão seco	50	10,40	0,75	31,00	167,00
N.º 25. Feijão seco (puré)	100	20,80	1,50	62,00	234,00

Rações	Quan-	Albumi-	Gordura	Hidratos	Calorias
	tidades	noides		de carbone	
N.º 26. { Feijão verde (com vagens)	200	4,20	0,40	14,40	81,10
" séco	25	0,20	0,10	15,50	83,50
N.º 27. Ervilha verde	150	8,00	0,65	22,60	135,00
N.º 28. Ervilha seca	100	19,35	1,55	57,70	336,00
N.º 29. Lentilha seca	100	20,40	1,30	57,40	337,40
N.º 30. Grão de bico	100	15,15	4,50	59,90	354,80
N.º 31. Arroz	50	3,60	0,90	36,80	172,90
N.º 32. Pão	100	6,95	0,95	52,70	255,50
N.º 33. { Couve ou	100	(Média)			
{ Feijão verde ou	100	3,70	1,25	14,30	83,50
{ Grão de bico	50				
{ Pão	50	3,50	0,50	26,35	127,75
N.º 34. { Ervilha verde (grão)	100	5,45	0,45	15,00	89,95
{ Pão torrado	50	5,50	0,50	26,35	127,75
N.º 35. { Ervilha seca	50	9,70	0,80	28,85	168,10
{ Pão torrado	50	5,50	0,50	26,35	127,75
N.º 36. { Feijão seco (puré)	50	10,35	0,75	30,75	167,00
{ Pão torrado	50	3,50	0,50	36,75	127,75
N.º 37. { Arroz	30	2,15	0,50	21,80	129,30
{ Hortaliça	100	1,50	0,25	5,75	89,95
N.º 38. { Arroz	40	2,90	0,75	29,00	129,30
{ Ervilha verde	100	5,45	0,45	15,10	99,95
N.º 39. { Arroz	40	2,90	0,70	29,00	129,30
{ Ervilha seca	50	9,70	0,80	28,85	168,10
N.º 40. Batata (puré)	200	3,45	0,20	40,15	180,85
N.º 41. { Batata (puré)	150	2,40	0,15	30,10	136,40
{ Pão torrado	50	3,50	0,50	26,35	127,75
N.º 42. { Batata (puré)	100	1,75	0,10	20,10	91,00
{ Hortaliça	100	1,50	0,25	5,75	32,50
N.º 43. { Feijão verde	100	2,05	0,20	7,20	60,50
{ Abobora	100	1,35	0,20	10,75	51,50
{ Feijão seco	50	10,40	0,75	31,00	167,00

Rações	Quan-	Albumi-	Gordura	Hidratos	Calorias
	tidades	noides		de carbone	
N.º 44. Cevadinha	50	4,25	1,05	37,45	188,90
Média	-	8,85	1,05	39,15	205,70
Caldo de carne (média) ou	400	(Média)			
Azeite	10	2,40	5,60	-	58,80
Média das 31 sopas		11,25	6,65	39,15	264,50

III

Rações de legumes e feculentos

N.º 45. Feijão verde (com vagens) ou	200	4,20	0,40	14,40	81,10
N.º 46. Ervilha verde (grão) ou	200	10,90	0,85	30,20	189,85
N.º 47. Ervilha seca ou	100	19,35	1,55	57,70	336,25
N.º 48. Nabo ou	400	4,40	0,65	29,20	145,10
N.º 49. Abóbora ou	400	3,60	0,50	28,60	137,65
N.º 50. Massa ou	50	5,25	0,35	36,15	174,60
N.º 51. Feijão seco ou	100	20,75	1,55	61,55	334,00
N.º 52. {Feijão seco {ou Arros	50 25	10,40 1,80	0,70 0,15	30,75 18,15	167,00 86,45
N.º 53. Farinha de mandioca ou	50	0,40	0,10	41,85	174,50
N.º 54. Fava verde (grão) ou	200	9,10	0,60	18,30	120,80
N.º 55. Fava seca (grão) ou	100	21,00	1,45	55,25	332,40
N.º 56. Grão de bico ou	100	15,15	4,50	59,90	354,80
N.º 57. Arroz ou	50	3,60	0,90	36,00	173,00
N.º 58. Pão (açorda) ou	100	6,95	0,95	52,70	255,50
N.º 59. Grêlos	200	3,50	0,50	11,55	65,50
Azeite	15	-	15,00	-	127,00

Rações	Quan-	Alumi-	Gordura	Hidratos	Calorias
	tidades	noides		de carbone	
Cebola	20	0,25	0,05	2,00	10,00
N.º 60. { Arroz	50	3,60	0,90	36,00	173,00
Manteiga	10	0,05	7,95	0,05	75,30
N.º 61. { Batata cosida	200	2,50	0,20	40,15	181,00
Azeite	15	-	15,00	-	127,00
Vinagre	10	-	0,65 (alc.)	0,15	2,80
N.º 62. { N.º 61	-	2,50	15,85	40,30	310,80
Cebola	50	0,65	0,10	5,00	25,00
N.º 63. { Batata (puré)	200	2,50	0,20	40,15	181,00
Manteiga	10	0,05	7,95	0,05	75,25
N.º 64. { N.º 63	-	2,55	8,15	40,20	256,25
Leite de vaca	0,10	3,60	3,60	4,95	69,00
N.º 65. { Batata (frita)	200	2,50	0,20	40,15	181,00
Azeite	15	-	15,00	-	127,00
N.º 66. { Arroz	50	3,60	0,90	36,00	173,00
Caldo de carne	150	1,80	0,50	-	12,45
Média das 22 rações	-	6,80	14,45	40,70	320,60

IV

Rações de carne, peixe e ovos

N.º 67.	Vaca (cosida)	200	33,60	8,65	-	231,00
N.º 67-A.	Vaca (cosida)	150	25,15	6,50	-	172,80
N.º 68.	{ Vaca (assada ou guisada)	200	33,60	8,65	-	231,00
	{ Toucinho (salgado)	25	3,80	12,25	-	132,05
N.º 68-A.	{ Vaca (assada ou guisada)	150	25,15	6,50	-	172,80
	{ Toucinha (salgado)	20	3,05	9,80	-	105,65
N.º 69.	{ Carneiro (assado ou guisado)	200	27,35	9,25	-	208,00
	{ Toucinho	25	3,80	12,25	-	132,05
N.º 69-A.	{ Carneiro (assado ou guisado)	150	20,55	6,90	-	185,00
	{ Toucinho	20	3,05	9,80	-	105,65
N.º 70.	{ Bacalhau (cosido)	150	55,90	1,55	-	262,00
	{ Azeite	15	-	15,00	-	127,00
	{ Vinagre	10	-	0,65 (alc.)	0,15	2,80

	Rações	Quantidades	Albuminóides	Gordura	Hidratos de carbono	Calorias
N.º 70-A.	Bacalhau (cosido) Azeite Vinagre	100 10 10	37,25 - -	1,00 10,00 0,65 (alc.)	- - 0,15	262,00 127,00 2,80
N.º 71.	Bacalhau (guisado) Azeite Cebola	150 15 20	55,90 - 0,25	1,55 15,00 0,05	- - 2,00	262,00 127,00 10,00
N.º 71-A.	Bacalhau (guisado) Azeite Cebola	100 10 20	37,25 - 0,25	1,00 10,00 0,05	- - 2,00	262,00 84,60 10,00
N.º 72.	Bacalhau Arroz Azeite Cebola	50 50 15 20	18,65 3,60 - 0,25	0,50 0,90 15,00 0,05	- 36,00 - 2,00	87,50 173,00 84,00 10,00
N.º 73.	Peixe fresco (cosido) Azeite Vinagre	200 15 10	31,90 - -	0,10 15,00 0,65 (alc.)	- - 0,15	151,35 127,00 2,80
N.º 73-A.	Peixe fresco (cosido) Azeite Vinagre	150 10 10	23,90 - -	0,10 10,00 0,65 (alc.)	- - 0,15	113,70 84,60 2,80
N.º 74.	Peixe (frito) Azeite	200 15	31,90 -	0,10 15,00	- -	151,35 127,00
N.º 74-A.	Peixe (frito) Azeite	150 10	23,90 -	0,90 10,00	- -	113,70 84,60
N.º 75.	Vitela (assada ou guisada) Toucinho	200 25	30,20 3,80	13,85 12,25	- -	245,50 132,05
N.º 75-A.	Vitela (assada ou guisada) Toucinho	150 25	22,65 3,80	8,90 1,50	- -	184,10 132,05
N.º 76.	Vaca (bife) Manteiga	200 15	33,60 0,10	8,65 11,95	- 0,10	231,00 112,90
N.º 76-A.	Vaca (bife) Manteiga	150 10	25,15 0,05	6,80 7,95	- 0,10	172,80 75,30
N.º 77.	Galinha (1/4) ou frango (1/2) (cosidos)	150	22,65	15,45	-	245,00
N.º 78.	Galinha (1/4) ou frango (1/2) (assados) Manteiga	150 15	22,65 0,10	15,45 11,95	- 0,10	23,00 112,90
N.º 79.	Ovos quentes	2	13,95	11,80	-	171,40
N.º 80.	Ovos (estrelados, omelete, etc.) Azeite (ou manteiga)	2 10	13,95 -	11,80 10,00	- -	171,40 84,60

Rações	Quan-	Alumi-	Gordur a	Hidratos	Calorias
	tidades	noides		de carbone	
V					
Rações de fruta, queijo e dôce					
N.º 81. { Cereja, figo, tanjerina, castanha, nespera, laranja, pêra, pêcego, maçã, ameixa ou uva } { Figo seco ou nozes (1) }	150 75	(média) 1,50	2,25	22,70	120,30
N.º 82. Queijo	50	8,35	12,35	1,75	160,15
N.º 83. { Arroz ou } { Aletria ou } { Tapioca } { Assucar } { Canela }	50 50 50 25 -	3,60 5,25 0,20 - -	0,90 0,35 0,10 - -	36,30 36,15 42,30 25,00 -	172,90 174,60 174,95 105,75 -
Média do n.º 83	-	3,00	0,45	63,25	279,40
Média (2) dos n.ºs 81, 82 e 83	-	3,15	2,90	37,10	192,75

(1) Abateu-se, para a parte não comestível, $\frac{1}{2}$ às nozes e nespertas, $\frac{1}{3}$ às cerejas, $\frac{1}{5}$ aos pecegos e ameixas, $\frac{1}{10}$ às laranjas, tangerinas e castanhas.

(2) Para esta média supoz-se que os n.ºs 81, 82 e 83 eram dados na proporção respectivamente de 3 — 1 — 3.

VI

Dieta Normal (N)

Rações	Quantidades	Albuminoides	Gordura	Hidratos de carbono	Calorias
Almoço (1)					
N.º 84. { N.º 3 Pão	100	4,05 6,95	4,60 0,95	37,45 52,70	216,00 255,50
		11,00	5,55	90,15	471,50
Jantar					
N.º 85. { N.º 20 a 44, média N.º 67 a 71, 73 ou 74, média (2) N.º 45 a 66, média Pão	- - - 200	11,25 43,15 6,80 18,90	6,65 16,90 14,45 1,90	39,15 0,35 40,70 105,40	264,50 342,35 320,60 511,00
		75,10	39,90	185,60	1.438,45
Ceia (3)					
N.º 86. { N.º 20 a 44, média N.º 45 a 66, " Pão	- - 100	11,25 6,80 6,95	6,65 14,45 0,95	39,15 40,70 52,70	264,50 320,60 255,50
		25,00	22,05	132,55	840,60
Total das 3 refeições	111,10	67,40	408,25	2.750,55	
Sobremesa (rações facultativas)					
(Aos Domingos e Quintas-feiras)					
N.º 87. { N.º 81, 82 ou 83, média Vinho tinto	0 ¹ ,2	3,15 -	2,90 16,40 (a.c.)	37,10 5,70	192,75 136,45
		3,15	19,30	42,80	329,20

(1) Com indicação escrita do clínico o almoço pode ser constituído pelos n.ºs 1, 5, 7, 9, 10, 15 e 16, com 100 gr. de pão, ou pelos n.ºs 18, 19, 47, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 60 a 65, simples ou com 100 gr. de pão.

(2) Média calculada supondo que por semana são abonadas duas rações de vaca, uma de carneiro, três de bacalhau e uma de peixe fresco.

(3) Com indicação escrita do clínico a ceia pode ser constituida pelos n.ºs 1, 3, 5, 7, 9, 10, 15, 16, 18, ou 19, com 200 gr. de pão.

VII

Dieta Normal (N-1)

Rações	Quan-	Alumi-	Gordura	Hidratos	Calorias
	tidades	noides		de carbone	
Almoço (1)					
N.º 84.	-	11,00	5,55	90,15	471,50
Jantar					
N.º 85-A. { N.º 20 a 44, média	-	11,25	6,65	39,15	264,50
{ N.º 67-A a 71-A, 73-A ou 74-A, média (2)	-	30,60	12,85	0,35	254,40
{ N.º 45 a 66, média	-	6,80	14,45	40,70	320,60
Pão	200	13,90	1,90	105,40	511,00
		62,55	35,55	185,60	1.350,50
Ceia (3)					
N.º 86-A. { N.º 67-A a 71-A, 73-A ou 74-A, média	-	30,60	12,85	0,35	254,40
{ N.º 45 a 66, média	-	6,80	14,45	40,20	320,60
Pão.	100	6,95	0,95	52,70	255,50
		44,85	28,25	93,25	880,50
Total das 3 refeições	-	117,90	69,25	369,00	2.702,50
Sobremesa (rações facultativas)					
(Aos Domingos e Quintas-feiras)					
N.º 87.	-	3,15	19,30	42,80	329,20

(1), (2) e (3) Vid. notas da página anterior.

VIII

Dieta de Febricitantes — F.

1.^a F. (1)

Rações	Quan-tidades	Alumi-noides	Gordura	Hidratos de carbono	Calorias
N. ^o 88. { Leite de vaca (2)	1 ¹ ,20	40,60	43,00	59,60	828,00
Açúcar	60	-	-	60,00	253,80
Caldo de vaca ou galinha	0 ¹ ,75	9,00	2,40	-	62,15
	-	49,60	45,40	119,60	1.143,95
1.^a F. de caldo					
N. ^o 89. Caldo de galinha ou de vaca	1 ¹ ,5	18,00	4,80	-	124,35
Em 6 rações de 0,25, de 3 em 3 horas, das 8 às 23 .	-	-	-	-	-
1.^a F. de caldo de arroz ou de fécula de batata					
N. ^o 90. { Caldo de galinha ou de vaca	1 ¹ ,50	1,80	4,80	-	124,35
Arroz ou	50	3,60	0,90	36,30	172,90
Farinha de arroz ou	40	2,55	0,20	31,05	140,45
Fécula de batata	40	0,30	-	31,30	129,95
Média	-	2,15	0,40	32,90	147,75
Em 6 rações iguais	-	3,95	5,20	32,90	272,10
1.^a F. de leite					
N. ^o 91. Leite de vaca	2 ¹ ,00	67,60	71,80	99,40	1.380,00
Em 6 rações iguais	-	-	-	-	-
1.^a F. de leite adoçado					
N. ^o 92. { Leite de vaca	2 ¹ ,00	67,60	71,80	99,40	1.380,00
Açúcar	100	-	-	100,00	423,00
	-	67,60	71,80	199,40	1.803,00

(1) Sem indicação dá o n.^o 88.(2) Leite e caldos dados em rações respectivamente de 0¹,3 e 0,25 a principiar às 8 da manhã, de 3 em 3 horas até às 23 e uma refeição de leite durante a noite.

IX

Dieta de Febricitantes — F.

2.º F.

	Rações	Quantidades	Albuminoïdes	Gordura	Hidratos de carbono	Calorias
Almoço e Ceia (1)						
N.º 93. N.º 93, 18, 19 ou 94						
	{ Leite de vaca (2)	0,3	9,15	10,75	14,90	207,00
	{ Açucar (2)	10	-	-	10,00	42,30
N.º 93.	{ Pão torrado ou	50	3,45	0,45	26,35	127,75
	{ Bolacha ou biscoitos	35	3,85	1,75	26,00	132,00
	Média	-	3,65	1,10	26,15	134,00
N.º 18		-	12,80	11,85	51,05	383,30
N.º 19		-	0,15	8,45	40,40	243,30
N.º 94. N.º 94, 18, 19 ou 95						
	{ Caldo de carne ou de azeite (10 gr. de azeite e 20 de cebola) média.	0,3	1,95	5,50	1,00	59,75
	{ Pão torrado ou	50	3,45	0,45	26,35	127,75
N.º 94.	{ Arroz ou	35	2,55	0,60	25,50	121,00
	{ Massa ou	35	3,65	0,25	25,30	122,00
	{ Fécula de batata ou	35	0,25	0,05	27,40	113,70
	{ Tapioca.	35	0,15	0,05	29,60	122,50
	Média	-	2,00	0,30	26,85	121,40
	Jantar					
N.º 94.	N.º 94	0,3	3,95	5,80	27,85	181,15
N.º 95.	{ Arroz de manteiga ou de azeite	Arroz	35	(média)		
		{ Manteiga ou	10	2,55	9,60	25,55
N.º 96.	{ Puré de batata ou	Batata	100			
		{ Manteiga	20	1,90	16,00	20,00
	{ Macarrão e manteiga ou	Macarrão cosido	50			
		{ Manteiga	15	5,35	12,25	36,85
	{ Tapioca e açucar ou	Tapioca	40	0,15	0,05	53,80
		{ Açucar	20			
	Média	-	2,50	9,50	34,05	238,25
	À noite (3)					
N.º 97.	{ Leite de vaca ou	0,3	9,15	10,75	14,90	207,00
	{ Açucar	10	-	-	10,00	42,30
	{ Caldo de galinha ou vaca	0,25	3,00	0,80	-	20,70
	Soma das 4 refeições, n.ºs 93, 95 e 97 (4)	-	41,20	49,75	188,90	1.435,30

(1) Salvo indicação em contrário, o almoço e ceia são constituídos pelo n.º 93.

(2) O leite e o açucar podem ser substituídos, com indicação do clínico, pelos n.ºs 1 a 16.

(3) Sem designação dá leite de vaca adoçado.

(4) A 2.º F. pode ter mais um ou dois ovos, com indicação do clínico.

X

Dieta de Convalescentes — C.

1.ª C.

Rações	Quan-	Albumi-	Gordura	Hidratos	Calorias
	tidades	noides		de	
Almoço (1)					
N.º 84.	-	11,00	5,45	90,15	471,50
Jantar					
N.º 98. { N.º 20, 25, 31, 40 ou 44, média.	-	7,80	0,80	40,35	181,35
{ N.º 73, 74, 75, 76, 77 ou 78, média.	-	29,50	20,05	0,05	313,45
{ N.º 53, 57, 60, 61, 63, 64, 65 ou 66, média.	-	3,60	10,95	39,40	275,85
Pão.	100	6,95	0,95	52,70	255,50
		47,85	32,75	132,50	1.026,15
Cela					
N.º 99. { N.º 73, 74, 75, 76, 77 ou 78, média.	-	29,50	20,05	0,05	313,45
{ N.º 53, 57, 60, 61, 63, 64, 65 ou 66, média.	-	3,60	10,95	39,40	275,85
{ Pão.	100	6,95	0,95	52,70	255,50
		40,05	31,95	92,15	844,80
Soma das 3 refeições.	-	98,40	70,15	314,80	2.342,45
Aos Domingos e Quintas-feiras, facultativamente, mais n.º 87.	-	3,15	19,30	42,80	329,20

(1) Com indicação do clínico pode dar n.º 1 a 19 e mais 100 gr. de pão.

XI

Dieta de Convalescentes — C.

2.ª C.

Rações	Quan-	Alumi-	Gordura	Hidratos	Calorias
	tidades	noides		de	
Almoço (1)					
N.º 4, 8 ou 11, com 100 gr. de pão, média	-	12,35	14,95	86,20	547,25
Jantar					
N.º 100. { N.º 20, 25, 31, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41 ou 44, média	-	19,25	2,25	46,85	260,75
{ N.º 68, 69, 73, 74, 75, 76, 77 ou 78, média	-	30,70	20,35	0,05	323,70
{ N.º 45 a 53, 57, 60, 61, 62, 63, 64, 65 ou 66, média	-	5,95	5,10	18,90	250,00
Pão	200	13,90	1,90	105,40	511,00
		69,80	29,60	171,20	1.345,45
Ceia					
N.º 100, menos 100 gr. de pão	-	62,85	28,65	118,50	1.089,95
Total das 3 refeições	-	145,00	73,20	375,90	2.982,65
Aos Domingos e Quintas-feiras, facultivamente, mais n.º 87. . .	-	3,15	19,30	42,80	329,20

(1) Com indicação do clínico, pode dar os n.ºs 1 a 19 e mais 100 gr. de pão. Pode ter mais 1 ou 2 ovos.

XII

Dieta de Superalimentação — S.

Rações	Quan-	Alumi-	Gordura	Hidratos	Calorias
	tidades	nóides		de carbone	
Almoço					
N.º 101. { N.º 70-A, 72, 76-A, 79 ou 80, média	-	22,55	15,20	7,25	256,55
N.º 57, 61 a 65, média	-	3,60	13,85	41,65	307,70
Pão	200	13,90	1,90	105,40	511,00
		40,05	30,95	154,30	1.075,25
Jantar					
N.º 102. { N.º 85	-	73,45	40,65	195,30	1.549,55
Vinho tinto (facultativo)	0,15	-	12,30 (alc.)	4,35	102,00
		73,45	52,95	199,65	1.651,55
Ceia					
N.º 85.	-	73,45	40,65	195,30	1.549,55
Soma das 3 refeições.	-	186,95	124,55	549,25	4.276,35
Aos Domingos e Quintas-feiras, facultativamente, mais n.º 87 .	-	3,15	19,30	42,80	329,20

XIII

Dieta descloretada (D.)

	Rações	Quantidades	Albuminoides	Gordura	Hidratos de carbono	Calorias
Rações de sopa						
N.º 103.	Marmelo ou maçã	200	0,65	0,50	19,70	87,50
	Açúcar	40	-	-	40,00	169,20
	Manteiga sem sal	10	0,05	7,95	0,50	75,25
			0,70	8,45	60,20	331,95
N.º 104.	Castanha seca	100	5,70	3,05	75,85	364,95
	Manteiga sem sal	10	0,05	7,95	0,50	75,25
			5,75	11,00	76,35	440,20
N.º 105.	Hortaliça (grêlos ou nabica, 100 gr.; nabo ou abóbora, 200 gr.; cenoura, 150 gr.; ou cebola, 100 gr.)	-	1,20	0,25	9,50	47,20
	Média	-	2,40	0,55	20,60	98,10
	Arroz ou massa, 25 gr.; batata, 100 gr.; ou pão torrado, 25 gr. -Média.	-	2,40	5,60	-	58,80
	Azeite, 15 gr. ou caldo de carne (sem sal) 400 gr.		6,00	6,40	30,10	204,10
	Média	-	2,40	5,60	-	58,80
N.º 106.	Hortaliças (do n.º 105)	-	1,20	0,25	9,50	47,20
	Batata	50	1,75	0,10	20,10	91,00
	Feijão seco	25	5,20	0,40	15,50	83,50
	Azeite, 15 gr. ou caldo de carne (sem sal) 400 gr.		2,40	5,60	-	58,80
	Média	-	10,55	6,35	45,10	280,50
N.º 107.	Abobora doce	300	2,70	0,35	21,50	103,00
	Feculentos do n.º 105 ou feijão seco, 25 gr. -Média.	-	3,80	0,45	18,05	132,50
	Azeite, 15 gr. ou caldo de couve (sem sal) 400 gr.		2,40	5,60	-	58,80
	Média	-	8,90	6,40	39,55	294,30
N.º 108.	Cebola	100	1,35	0,25	10,00	49,25
	Feijão seco (puré)	25	5,20	0,40	15,50	83,50
	Pão torrado (sem sal)	50	3,45	0,45	26,35	127,55
	Azeite 15 gr. ou caldo de carne (sem sal) 400 gr.		2,40	5,60	-	58,80
	Média	-	10,00	6,10	51,85	319,10
N.º 109.	Batata (puré) ou	200	5,20	0,30	60,20	272,80
	Ervilha verde (puré de grão) ou	200	10,90	0,90	30,20	179,80
	Ervilha seca (puré de grão)	100	19,40	1,60	57,70	336,20
	Média	-	11,85	0,95	49,35	262,95
	Azeite 15 gr. ou caldo de carne (sem sal) 400 gr.		2,40	5,60	-	58,80
	Média	-	14,25	6,55	49,35	321,75
	Média dos n.os 103 a 109	-	8,00	7,30	50,35	313,10

XIV

Dieta descolorada (D.)

Rações	Quantidades	Albuminoïdes	Gordura	Hidratos de carbono	Calorias
Almoço (1)					
N.º 84 (com pão sem sal)	-	11,00	5,45	90,15	471,50
Jantar					
N.º 110.	N.ºs 103 a 109. Média N.ºs 67, 68, 69 (assado), 73 ou 74 (do rio), 75, 76, 79 ou 80. Média N.ºs 46 a 50, 57, 59 a 66 ou N.º 111. Batata assada no fogo ou N.º 112. Ervas de molho (Hortaliça, 200 gr.; Azeite, 15 gr.; Vinagre, 10 gr.). Média Pão sem sal 	8,00	7,30	50,35	313,10
		-	29,05	18,00	-
		-	-	-	293,90
		200	3,45	0,20	40,15
		-	3,05	16,15	11,70
		-	5,45	17,15	36,90
		200	13,90	1,90	105,40
		56,40	34,35	192,65	1.405,15
Ceia (2)					
N.º 113.	N.ºs 103 a 109, média Legumes e feculentos do n.º 110, média Pão sem sal 	8,00	7,30	50,35	313,10
		-	5,45	17,15	36,90
		100	6,95	0,95	52,70
		20,40	25,40	139,95	855,75
Total das 3 refeições	-	87,80	75,20	422,75	2.732,00
Aos Domingos e Quintas-feiras, facultativamente, n.º 87.	-	3,15	19,30	42,80	329,20

(1) Com indicação do clínico pode dar os n.ºs 1 a 19 com 100 gr. de pão sem sal e a manteiga igualmente sem sal.

(2) A indicação do clínico, de *ceia de carne, peixe ou ovos*, faz substituir a sopa da ceia e a carne e peixe do jantar pelos n.ºs 67-A, 68-A, 69-A, 73-A ou 74-A (do rio), 75-A, 76-A, 79 ou 80.

XV

Dieta hipoazotada e descloretada (H. D.)

1.^a H. D. (com menos de 10 gr. de albuminóides)

	Rações	Quan-	Albomi-	Gordura	Hidratos	Calorias
		tidades	nóides		de carbone	
Almoço (1)						
N. ^o 114.	Chá (0 ¹ ,35) ou	1	0,05	-	0,20	0,95
	Café (0 ¹ ,35)	10	0,30	0,50	1,25	10,50
	Média	-	0,20	0,25	0,75	5,70
	Açúcar	25	-	-	25,00	105,00
	Bolacha de araruta	50	-	-	40,00	171,20
	Manteiga sem sal	25	0,20	19,90	0,10	190,00
			0,40	20,15	65,85	471,90
Jantar e ceia						
N. ^o 115.	N. ^o s 48, 49, 53, 57, 59 a 63, 65, 103, 105 (de azeite), 111 ou 112 (2). Média	-	3,20	13,05	36,60	277,70
	N. ^o 116. Compota de maçã ou	100	0,25	0,25	14,15	188,55
	N. ^o 117. Marmelada de fruta ou	50	0,25	-	32,15	132,95
	N. ^o 118. Geleia de fruta ou	50	0,10	-	30,35	125,65
	N. ^o 83. (Tapioca) ou	-	0,20	0,10	42,30	174,95
	N. ^o 119. Fruta de n. ^o 80, menos nós, castanha e figo seco.	150	0,90	0,60	23,75	107,30
	Média	-	0,35	0,20	28,55	145,85
			3,55	13,25	65,15	423,55
A tarde						
N. ^o s 83 (tapioca), 116 a 119. Média	-	0,35	0,20	28,55	145,85	
Soma das 4 refeições.	-	7,85	46,85	224,70	1.464,85	

(1) Por indicação do clínico a bolacha de araruta pode ser substituída por biscoito (sem ovo) feito na ocasião com tapioca, farinha de mandioca, fécula de batata ou amido; e o chá e o café por algum infuso aromático como mate, cidreira, etc. Também por indicação do clínico o almoço pode constar de n.^os 18 ou 19.

(2) Na 1.^a, 2.^a e 3.^a H. D. não é permitida a substituição do azeite pelo caldo de carne.

XVI

Dieta hipoazotada e descloretada (H. D.)

2.º H. D. (com cerca de 20 gr. de albuminoides)

	Rações	Quan-	Albomi-	Gordura	Hidratos	Calorias
		tidades	noides		de carbone	
Almoço						
N.º 120.	Chá (0 ¹ ,35) ou	10	0,05	-	0,20	0,95
	Café (0 ¹ ,35)	10	0,30	0,50	1,25	10,50
	Média	-	0,20	0,25	0,75	5,70
	Acúcar	25	-	-	25,00	105,00
	Pão sem sal, torrado	50	3,45	0,45	26,35	127,75
	Manteiga sem sal	25	0,20	19,90	0,10	190,00
			3,85	20,60	52,20	428,45
Jantar						
N.º 121.	{ N.ºs 40, 103, 105 (de azeite). Média	-	2,60	13,15	43,50	304,05
	{ N.ºs 48 a 50, 53, 57, 60 a 66, 111 ou 112. Média	-	3,15	12,50	36,05	273,65
	{ N.ºs 83 (tapioca), 116 a 119. Média	-	0,35	0,20	28,55	145,85
	Pão sem sal, torrado	50	3,45	0,45	26,35	127,75
			9,55	26,30	134,45	851,30
Ceia						
N.º 122.	{ N.ºs 48 a 50, 53, 57, 60 a 66, 111 ou 112. Média	-	3,15	12,50	36,05	273,65
	{ Pão sem sal, torrado	50	3,45	0,45	26,35	127,75
	ou		6,65	12,95	62,40	401,40
	{ N.º 83. Média	-	3,00	0,45	63,25	279,40
	{ N.º 120.	-	3,85	20,60	52,20	428,45
			6,85	21,05	111,45	707,85
	Média	-	6,75	17,00	88,90	554,60
	Soma das 3 refeições	-	20,15	63,90	275,55	1.834,35

(1) Com indicação do clínico pode ter mais à tarde doce ou fruta do n.º 115.

XVII

Dieta hipoazotada e descloretada (H. D.)

3.^a H. D.

Rações	Quan-	Alumi-	Gordura	Hidratos	Calorias
	tidades	nóides		de carbone	
Almoço (1)					
N.º 123. { N.º 1	-	0,65	1,00	32,50	147,00
{ Pão sem sal	100	6,95	0,95	52,70	255,50
			7,60	1,95	85,20
					402,50
Jantar					
N.º 124. { N.º 40, 103 a 109 (de azeite), média	-	6,25	14,25	49,10	355,20
{ N.º 46 a 50, 57, 59 a 66, 111 ou 112, média	-	5,45	17,15	36,90	287,15
{ Pão sem sal	200	13,90	1,90	105,40	511,00
{ N.º 83 ou 119, média	-	1,95	0,50	43,50	193,35
			27,55	33,80	234,90
					1.347,20
Ceia					
N.º 125. { N.º 40, 103 a 109 (de azeite), média	-	6,25	14,25	49,10	355,20
{ N.º 46 a 50, 57, 59 a 66, 111 ou 112, média	-	5,45	17,15	36,90	287,15
{ Pão sem sal	100	6,95	0,95	52,70	255,50
			18,65	32,35	138,70
					898,85
Soma das 3 refeições	-	53,80	68,10	458,80	2.648,55

(1) Com indicação do clínico, pode constar dos n.ºs 2 a 19 e 100 gr. de pão.

XVIII

Dieta de dispépticos-hiperpépticos (Dy)

1.^a Dy.

Rações	Quan-tidades	Albumi-nóides	Gordura	Hidratos de carbono	Calorias
Dieta láctea (1)					
N. ^o 126. { Leite de vaca	21,00	67,60	71,80	99,40	1.380,00
Açúcar	100	-	-	100,00	423,00
Em 8 rações iguais	-	67,60	71,80	199,40	1.803,00
XIX					
2.^a Dy.					
De manhã e à noite					
N. ^o 127. { Leite de vaca	0,30	10,15	10,75	14,90	207,00
Açúcar	15	-	-	15,00	63,45
		10,15	10,75	29,90	270,45
Almôço, jantar e ceia					
N. ^o 128. { Farinha de trigo ou	50	5,05	0,50	36,35	176,05
» de milho ou	50	3,60	1,50	35,20	174,40
» de arroz ou	50	3,15	0,25	38,80	175,55
Arroz ou	N. ^o 129	50	3,60	0,90	36,30
Aletria ou		50	5,25	0,35	36,25
Tapioca		50	0,20	0,10	42,30
Açúcar	Média	-	3,45	0,60	37,50
		25	-	-	174,75
			3,45	0,60	25,00
				62,50	105,75
ou					
N. ^o 50 (com manteiga ou azeite), 57, 60, média . . .	-	4,57	12,10	39,60	279,95
Média	-	4,00	6,35	51,05	280,20
Leite (1)	0,30	10,15	10,75	14,90	207,00
Açúcar	15	-	-	15,00	63,45
		14,15	17,10	80,95	550,65
Soma das 5 refeições	-	62,85	72,80	302,65	2.192,85

(1) Salvo indicação do clínico em contrário, o leite é dado com açúcar.

XX

Dieta de dispépticos-hiperpépticos (Dy)

3.º Dy.

	Rações	Quan-	Álbumi-	Gordura	Hidratos	Calorias
		tidades	nóides		de carbone	
Regimen ovo-lacto-vegetariano						
Almôço						
N.º 130,	Leite de vaca	0,30	10,15	10,75	14,90	207,00
	Açúcar	15	-	-	15,00	63,50
	Pão torrado	50	3,45	0,45	26,35	127,75
	Manteiga	10	0,10	7,95	0,05	75,25
N.º 79 ou 80 (metade), média	-	6,95	8,40	-	-	106,85
		20,65	27,55	56,30	580,35	
Jantar						
N.º 131.	N.º 50 (com azeite ou manteiga), 57, 60 ou 66, média	-	4,80	10,30	37,10	264,00
	ou n.ºs 63 ou 64, média	-	4,35	9,95	42,65	290,75
	ou puré de	-	-	-	-	-
	Couve (nabiça, couve, etc.)	300	4,60	0,75	15,30	98,20
N.º 132.	ou espinafres	300	7,95	1,10	12,85	97,90
	ou ervilhas verdes (grão)	200	13,85	1,20	49,55	275,30
	ou " sêcas "	100	19,35	1,55	57,70	336,25
	ou nabo	400	4,40	0,65	29,20	145,10
N.º 132.	ou abobora	400	3,60	0,50	28,60	137,60
	ou feijão sêco	100	20,70	1,55	61,55	334,00
	Média	-	10,65	1,00	36,40	203,50
	Azeite ou manteiga, média	10	-	8,95	-	80,10
Média		-	10,65	9,95	36,40	283,60
N.º 79 ou 80, média	Média	-	6,60	10,05	38,70	279,45
	Pão torrado	50	3,45	0,45	26,35	127,75
		24,00	27,30	65,05	620,90	
Ceia						
N.º 133.	N.º 130	-	20,65	27,55	56,30	580,25
	ou n.º 131 (só com um ovo)	-	17,05	18,90	65,05	514,05
	Média	-	18,85	23,20	60,65	547,20
De manhã e à noite						
N.º 134.	Leite de vaca	0,25	8,45	8,95	12,40	172,50
	Açúcar	10	-	-	10,00	42,30
			8,45	8,95	22,40	214,80
Soma das 4 refeições		-	80,35	95,95	226,80	2.178,05

XXI

Dieta de dispépticos-hiperpépticos (Dy)

4.^a Dy.

Rações	Quan-	Albumi-	Gordura	Hidratos	Calorias
	tidades	nóides		de carbone	
Almôço (1)					
N. ^o 135. { N. ^o 10	-	8,45	9,95	32,40	257,00
Pão	100	6,95	0,95	52,70	255,50
		15,40	10,90	85,10	512,50
Jantar					
N. ^o 136. { N. ^o s 20 a 44, média	-	11,25	6,65	39,15	264,50
N. ^o s 67, 68, 69, 73, 74, 75, 76, média	-	33,40	18,35	-	288,30
N. ^o s 45 a 66, média	-	6,80	14,45	40,70	320,60
Pão	100	6,95	0,95	52,70	255,50
		58,40	40,40	132,55	1.128,90
Ceia					
N. ^o 137. { N. ^o s 45 a 66	-	6,80	14,45	40,70	320,60
N. ^o 134	-	15,40	10,90	85,10	512,50
		22,20	25,35	125,80	833,10
Soma das 3 refeições	-	96,00	76,65	343,45	2.474,50

(1) Com indicação do clínico pode dar os n.^os 1 a 19 e mais 100 gr. de pão.

XXII

Dieta de dispépticos-hipopépticos (dy)

1.^a dy. (1)

Rações	Quan-tidades	Álbumi-nóides	Gordura	Hidratos de carbono	Calorias
N. ^o 90	-	3,95	5,20	32,90	272,10

XXIII

2.^a dy. (2)

N. ^o 90	-	3,95	5,20	32,90	272,10
Mais					

Almôço, jantar e ceia

N. ^o 138.	{ N. ^o 79 ou 80 metade, média	-	6,95	8,40	-	86,80
	{ N. ^o 129 (2), aromatizado (canela, baunilha, etc.) mé-dia, ou	-	3,45	0,60	62,50	280,50
	{ N. ^o 96, média	-	2,50	9,50	34,05	238,25
	Média	-	3,00	5,05	48,25	259,35
			9,95	13,45	48,25	346,15
	Soma das 5 refeições	-	33,80	45,55	177,65	1.310,55

XXIV

3.^a dy.**Almôço**

N. ^o 139.	{ N. ^o 79 ou 80, metade (3)	-	6,95	8,40	-	86,80
	{ N. ^o 3 (3)	-	4,05	4,50	37,45	216,00
	{ Pão torrado	50	3,45	0,45	26,35	127,75
			14,45	13,35	63,80	430,55

Jantar

N. ^o 140.	{ N. ^o s 20, 25, 27 (puré), 28 (puré), 29 (puré), 31, 40 ou 44 com caldo de carne, média	-	15,50	2,25	43,70	253,10
	{ N. ^o s 73 a 78, média	-	29,50	20,05	0,05	513,45
	{ N. ^o 132, 50, 57, 60, 63, 64, ou 66, média	-	7,90	10,05	37,55	278,65
	Pão torrado	50	3,45	0,45	26,35	127,75
			56,35	32,80	107,65	1.172,95

(1) Com indicação do clínico pode dar mais 2 ovos e constar dos n.^os 88 a 92.(2) Com indicação do clínico pode dar mais 3 ovos ou uma gema de ovo e 0¹,1 de leite em cada reação do n.^o 129.(3) Com indicação do clínico pode dar o n.^o 76-A pelo n.^o 79 ou 80 e as rações de n.^os 1 a 19 pelo n.^o 3.

Rações	Quan-	Albumi-	Gordura	Hidratos		
	tidades	nóides		de carbone	Calorias	
Ceia (1)						
N.º 141.	{ N.º 76 ou N.º 79 ou 80 N.º 132, 50, 57, 60, 63, 64 ou 66 Pão torrado	{ média . . . - - 50	23,80 7,90 3,45 35,05	18,70 10,05 0,45 29,20	0,05 37,55 26,35 63,95	278,80 278,65 127,75 685,20
Soma das 3 refeições	-	105,85	75,35	235,40	2.288,70	
XXV						
4.^a dy. igual à 1.^a C.						

(1) Com indicação do clínico pode dar o n.º 139 e ter mais os n.ºs 129 (aromatizado), 116 a 118.

XXVI

**Classificação de alimentos vegetais
segundo a sua percentagem de hidratos de carbono
(adaptação de E. P. Joslin)**

5 %		10 %	15 %	20 %
1 a 3 %	3 a 5 %			
Alface.	Tomate.	Abóbora.	Ervilha verde com vagem.	Batata.
Pepino.	Espinafre.	Nabo.	Alcachofra.	Milho verde.
Ruibarbo.	Beringela.	Couve de Bruxelas.	Feijão verde com vagem.	Arroz cosido.
Almeirão	Azedas.	Rábano.	Feijão verde de conserva.	Macarrão cosido.
Agrião.	Couve.	Beterraba (folhas).	Franboeza.	Banana.
Espargo.	Aipo.	Cenoura.	Amêndoas sêca.	Ameixa (fresca).
Acelgas.	Rabanete.	Fava verde.	Damasco.	Uva.
	Alho porro.	Cebola.	Pêra.	
	Couve-flor.	Ervilha (de conserva).	Laranja.	
	Bróculos.	Taraxaco.	Tangerina.	
	Cogumelos.		Amora.	
			Morango.	
			Limão (doce).	
			Ananás.	
			Azeitona (18 % de gordura).	

Vegetais frescos e de conserva

XXVII

Regimen alimentar dos diabéticos (adaptação de E. P. Joslin) (1)

Regimens	Regimen total (R. T.)				Hidratos de carbono (C.)				Proteinas e gorduras (A. G.)			
	Hidratos de carbono	Albuminoides	Gordura	Calorias	Legumes a 5% (2)	Laranjas	Arroz (ou farinha de trigo, milho, aveia, etc.)	Patatas	Ovos	Azeite (ou manteiga ou pingue)	Toucinho	Carne (ou bacalhau ou o dóbulo de peito fresco)
Regimen de prova	R. T. 1	106	33	45	985	300	300	50	150	3	25	1
	R. T. 2	69	28	39	729	300	300	40	-	12	25	2
	R. T. 3	40	13	33	497	300	200	-	-	1	25	3
Regimen de entretimento	C. 1 + AG. 1.	17	12	32	395	300	-	-	-	1	25	1
	C. 2 + AG. 2.	29	19	43	574	300	100	-	-	2	30	2
	C. 3 + AG. 3.	46	24	44	673	600	100	-	-	2	30	3
	C. 4 + AG. 4.	57	29	58	882	600	200	-	-	2	30	4
	C. 5 + AG. 5.	68	30	59	984	600	200	15	-	2	30	5
	C. 6 + AG. 6.	79	37	81	1198	600	200	30	-	2	50	6
	C. 7 + AG. 7.	91	44	82	1292	600	300	30	-	2	50	7
	C. 8 + AG. 8.	102	51	84	1388	600	300	45	-	2	50	8
	C. 9 + AG. 9.	112	59	100	1593	600	300	45	50	3	60	9
	C. 10 + AG. 10.	122	69	110	1723	600	300	45	100	3	70	10
	C. 11 + AG. 11.	145	77	122	1959	600	300	50	200	3	80	11
	C. 12 + AG. 12.	165	79	123	2050	600	300	50	300	3	80	12

(1) Principiar por R. T. 1. No dia seguinte ou no segundo dia passar para R. T. 2 e verificar se desaparece a glicosuria; quando assim não suceda, passar para R. T. 3. Principiar depois pelo regimen de entretimento indicado pelo regimen de prova. (Joslin).

(2) Tomou-se por tipo a couve.

XXVIII

Resumo das dietas

Designação das dietas	Albuminóides	Gordura	Hidratos de carbono	Calorias	Indicação geral
N. (normal)	111,10	67,40	408,25	2.750,55	Doentes sem indicação dietética especial.
N ₁ . (normal)	117,90	69,25	369,00	2.702,50	Idem.
F. (febricitantes) 1. ^a	49,60	45,40	119,60	1.143,95	Doenças agudas febris.
F. " 2. ^a	41,20	49,75	188,90	1.435,80	Idem.
C. (convalescentes) 1. ^a	98,40	70,15	314,80	2.342,45	Convalescentes com desnutrição.
C. " 2. ^a	145,00	73,20	375,90	2.982,65	Idem.
S. (superalimentação)	186,95	124,55	549,25	4.276,35	Tuberculosos.
D. (descloretada)	87,80	75,20	422,75	2.732,00	Retenção cloretada.
H. D. (hipoazotada e descloretada) 1. ^a	7,85	46,85	224,70	1.464,85	Retenção ureica e cloretada.
H. D. " 2. ^a	20,15	63,90	275,55	1.834,35	Idem.
H. D. " 3. ^a	53,80	68,10	458,80	2.648,55	Idem.
Dy. (dispepticos-hiperpepticos) 1. ^a	67,60	71,80	199,40	1.803,00	Hiperpepsia, úlcera gástrica.
Dy. " 2. ^a	62,85	72,80	302,65	2.192,85	Idem.
Dy. " 3. ^a	80,35	85,95	226,80	2.178,05	Idem.
Dy. " 4. ^a	96,00	76,65	343,45	2.474,50	Idem.
dy. (dispepticos-hipopépticos) 1. ^a	3,95	5,20	32,90	272,10	Hipopépsia.
dy. " 2. ^a	33,80	45,55	177,65	1.310,55	Idem.
dy. " 3. ^a	105,85	75,55	285,40	2.288,70	Idem.
dy. " 4. ^a	98,40	70,15	314,80	2.342,45	Idem.
Diabéticos	de 12 ^a	de 32 ^a	de 17 ^a	de 395 ^a	Diabéticos.
	79	123	165	2050	

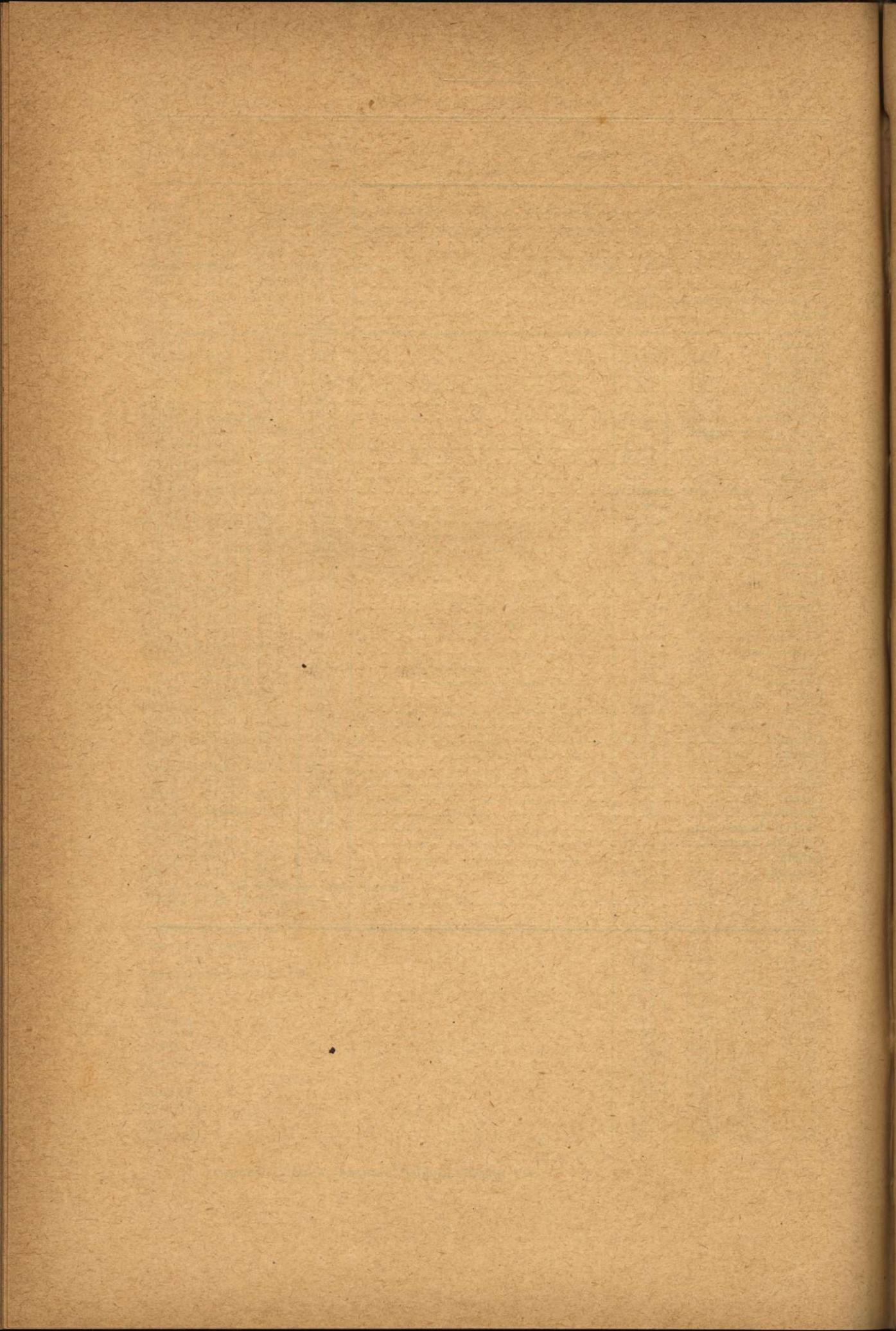
XXIX

Composição e valor calorigeno dos alimentos
que entram nas dietas e rações (1)

Rações	Albuminoïdes	Gordura	Hidratos de carbono	Calorias
Carne de vaca	20,96	5,41	-	144,00
» de vitela	18,88	7,41	-	153,47
» de carneiro	17,11	5,77	-	185,00
Frango (sem osso)	18,87	12,89	-	204,20
Toucinho (salgado)	15,30	49,08	-	528,20
Caldo de carne (de vaca)	1,21	0,32	-	8,29
Peixe fresco (tipo pescada)	15,94	0,60	-	75,78
Sardinha fresca	22,01	2,31	-	117,61
Barbo	17,49	1,72	-	93,13
Bacalhau (salgado)	37,25	1,02	-	175,00
Ovos	13,94	11,78	-	171,41
Queijo, tipo holandez	29,22	24,65	3,24	358,00
» Gervais	9,10	39,62	1,95	420,00
» Brie	16,73	24,72	3,49	320,29
Leite de vaca	3,38	3,69	4,97	69,00
Manteiga	0,74	79,52	0,49	752,76
Azeite	-	100,00	-	846,00
Pingue	3,00	81,85	-	782,59
Pão	6,94	0,95	52,69	255,50
Bolacha	11,10	5,00	74,20	378,00
Farinha de trigo	10,12	1,00	72,73	352,12
» de milho	7,17	3,04	70,42	348,85
» de arroz	6,35	0,53	77,60	351,08
» de mandioica	0,78	0,24	83,73	348,98
Tapioca	0,37	0,17	84,56	349,93
Arroz	7,19	1,76	72,59	345,80
Massa (macarrão, etc.)	10,46	0,70	72,34	349,19
Batata	1,73	0,11	20,07	90,93
Fécula de batata	0,74	0,05	78,32	324,84
» de milho	0,88	0,18	82,57	344,10
Amido	-	-	90,00	469,00
Amido de araruta	1,05	0,20	85,12	344,00
Açúcar	-	-	99,65	423,00
Grão de bico	15,15	4,52	59,92	354,82
Cevadinha	9,26	2,11	74,91	367,73
Feijão (sêco)	20,77	1,54	61,54	334,00
Feijão verde (de descascar, com vagem)	6,93	0,59	24,78	137,64
Ervilha verde (com vagem)	5,45	0,43	15,10	89,93
» sêca	19,35	1,54	57,71	336,23
Lentilha sêca	20,40	1,31	57,40	337,41
Fava verde (grão)	4,56	0,30	9,15	60,40
» sêca	21,01	1,43	55,25	332,41
Couve (nabiça, grelos, etc.)	1,58	0,25	5,77	32,74
Espinafres	2,65	0,36	4,29	32,63
Nabo	1,10	0,60	7,30	36,27
Cenoura	0,95	0,25	10,03	47,65
Abóbora	0,90	0,12	7,15	34,41
Cebola	1,35	0,24	10,01	49,24
Alcachofra	2,65	0,25	15,04	75,67
Alho	5,58	0,09	29,59	146,68
Espargo	1,61	0,14	3,67	23,45
Beringela	1,07	0,22	5,31	28,14
Aipo	1,35	0,14	8,15	41,91
Cogumelo	3,57	0,25	5,19	39,34

(1) Segundo Alquier, Atwater, Ballant, Gautier, etc.

Rações	Albuminoïdes	Gordura	Hidratos de carbono	Calorias
Almeirão	1,47	0,11	3,10	20,21
Couve de Bruxelas	3,78	0,67	8,54	57,84
Couve-flor	1,98	0,32	5,25	33,25
Bróculos	3,71	0,47	6,69	48,17
Pepino	0,78	0,13	2,85	16,34
Agrião	2,12	0,26	3,76	27,19
Feijão verde (vagem)	2,10	0,19	7,20	40,55
Alface	1,10	0,27	2,91	19,31
Salsa	3,22	0,69	9,65	60,23
Taraxaco	2,45	0,62	9,73	56,50
Rabanete	1,00	0,11	4,66	24,54
Ruibarbo	0,44	0,54	3,64	21,94
Tomate.	0,76	0,32	3,89	22,30
Azêdas	2,20	0,49	4,39	32,28
Alho porro	2,00	0,39	7,21	42,03
Cereja (parte comestível)	0,95	0,67	16,31	77,35
Figo fresco	1,12	0,24	18,09	81,36
» sêco	2,89	1,22	61,52	276,42
Tangerina	0,08	0,15	10,46	44,65
Castanha verde (parte comestível)	3,44	2,33	38,45	194,69
» sêca	5,70	3,05	75,85	364,95
Nêspera	0,29	0,40	23,93	103,15
Noz sêca	14,00	52,62	15,48	619,96
Laranja	0,51	0,22	11,38	50,97
Pêcego	0,77	0,43	14,18	65,57
Maçã	0,25	0,26	14,17	61,64
Pêra	0,43	0,26	14,42	63,45
Ameixa (verde)	0,68	0,31	17,10	76,00
Uva	0,96	1,25	18,34	91,16
Marmelo	0,94	0,62	25,24	113,45
Limão (doce)	0,33	0,33	9,62	43,99
Morango	0,81	0,50	8,72	44,01
Azeitona	0,88	18,46	8,85	213,68
Framboeza	0,67	0,93	12,39	62,40
Amora	1,01	0,90	10,73	56,89
Amêndoas sêca	17,61	48,85	16,87	605,84
Damasco	0,81	0,11	13,74	60,92
Banana.	1,21	0,50	21,87	91,69
Café	3,25	5,03	12,42	104,00
Chá.	2,37	—	21,60	95,00
Cacau.	20,45	26,62	43,12	470,00
Chocolate.	6,80	24,32	64,41	487,00
Marmelada de fructa	0,55	—	64,27	268,93
Geleia de fructa	0,17	—	61,11	251,30
Canela	4,45	3,20	76,65	—
Vinagre.	—	6,35 (alc.)	1,61	28,00
Vinho.	—	10 (alc.)	2,32	528,20



ÍNDICE ALFABÉTICO

- Abóbora — sopa, n.^os 24, 43, 105 a 107; guisado, n.^o 49; puré, n.^o 132.
- Acelga — cap. xxvi.
- Açorda — n.^o 58.
- Agrão — cap. xxvi.
- Aipo — cap. xxvi.
- Alcachofra — cap. xxvi.
- Aletria — n.^os 83, 129, 138.
- Alface — cap. xxvi.
- Alho porro — cap. xxvi.
- Almeirão — cap. xxvi.
- Ameixa — n.^os 81, 119.
- Amêndoas — sêca — cap. xxvi.
- Amora — cap. xxvi.
- Ananás — cap. xxvi.
- Araruta — n.^o 114.
- Arroz — sopa n.^os 31, 37, 38, 39, 105, 107; caldo, n.^os 90, 94; guisado, n.^os 52, 57, 96; de carne, n.^o 60; de manteiga, n.^os 60, 96; de bacalhau, n.^o 72; doce, n.^os 83, 129, 138.
- Azeitonas — cap. xxvi.
- Azêdas — cap. xxvi.
- Bacalhau — cosido, 70, 70-A; guisado, 71, 71-A; d'arroz, 72.
- Banana — cap. xxvi.
- Batata — Sopa, n.^os 40, 105 a 109; cosida, n.^o 61; salada, n.^o 62; puré, n.^o 63, 64, 96; frita, n.^o 65; assada, n.^o 111.
- Beringela — cap. xxvi.
- Beterraba — cap. xxvi.
- Biscoito — n.^o 93, 114.
- Bolacha — n.^o 93; de araruta, n.^o 114.
- Bróculos — cap. xxvi.
- Cacau — n.^os 15 a 17.
- Caldo de farinha — n.^os 18.
- Caldo de arroz, de batata, de massa — n.^os 90, 94.
- Caldo de tapioca — n.^o 19.
- Castanha — n.^o 81.
- Castanha sêca — sopa n.^o 104.
- Café — n.^os 1 a 4, 114, 120.
- Carneiro — assado ou guisado, n.^os 69, 69-A.
- Cebola — sopa, 105, 106, 108; cap. xxvi.
- Cenoura — sopa, n.^os 105, 106; puré, 132; cap. xxvi.
- Cereja — n.^os 81, 119; cap. xxvi.
- Cevadinha — sopa, n.^o 44.
- Chá — n.^os 5 a 8, 114, 120.
- Chocolate — n.^os 12 a 14.
- Cogumelos — cap. xxvi.
- Couve — vid. hortaliça, cap. xxvi.
- Couve-flor — vid. hortaliça, cap. xxvi.
- Couve de Bruxelas — vid. hortaliça, cap. xxvi.
- Damasco — cap. xxvi.
- Doce — n.^os 83, 116 a 118, 128.
- Ervilha — sopa, n.^os 21, 27, 28, 34, 35, 38, 39, 109; guisado, 46, 47; puré, 132; cap. xxvi.
- Eervas de mólho — n.^o 112.
- Espargo — cap. xxvi.
- Espinafres — puré, n.^o 132, vid. hortaliça, cap. xxvi.
- Farinha de trigo, milho e arroz — caldo, n.^os 18, 90; doce, 129, 138.
- Fava — sopa, n.^o 21; guisada, n.^o 54, 55; cap. xxvi.
- Fécula de batata — caldo, 90, 94; doce, n.^o 114.
- Feculentos e legumes — n.^os 45 a 66, 96, 111, 112, 132.
- Feijão séco — sopa, n.^os 22 a 26, 36, 43, 106 a 108; guisado, n.^os 51, 52; puré, 132.
- Feijão verde — sopa, n.^os 21, 26, 33, 43; guisado, n.^o 45; cap. xxvi.
- Figo — 81.
- Framboeza — cap. xxvi.
- Frango — cosido, n.^os 77; assado, 78.
- Frutas — n.^os 81, 119.
- Galinha — cosida, n.^o 77; assada, n.^o 78.
- Geleia de fruta — n.^o 118.
- Grellos — vid. hortaliça, guisado, 59; puré, 132.
- Grão de bico — sopa, n.^os 21, 30, 33; guisado, n.^o 56.
- Laranja — n.^os 81, 119; cap. xxvi.
- Leite — n.^os 3, 4, 7 a 11, 13, 14, 16, 17, 91, 92, 126, etc.
- Legumes e feculentos — n.^os 45 a 66, 96, 111, 112, 132.
- Lentilhas — sopa, n.^o 29.
- Limão — cap. xxvi.
- Maçãs — n.^os 81, 119; sopa, n.^o 103; compota, n.^o 116; marmelada, n.^o 177; cap. xxvi.
- Macarrão — vid. massa, cap. xxvi.
- Mandioca — farinha, guisado, n.^o 58; biscoito, n.^o 114.
- Marmelada de fruta — n.^o 117.
- Marmelo — sopa, n.^o 103.
- Massa — sopa, n.^o 20, 21, 94, 96, 105, 107; guisado, n.^o 50.
- Milho verde — cap. xxvi.
- Morango — cap. xxvi.
- Nabiça — vid. hortaliça.
- Nabo — sopa, n.^o 23, 105, 106; guisado, n.^o 48; puré, n.^o 132; cap. xxvi.
- Nêsporas — n.^o 81, 119; cap. xxvi.
- Nozes — n.^o 81, cap. xxvi.
- Ovos — quentes, n.^o 79; estrelados, omelete, etc., n.^o 80.
- Pão — sopa, n.^os 32 a 36, 41; açorda, n.^o 58.
- Pêssego — n.^o 81, 119; cap. xxvi.
- Peixe — cosido, n.^os 73, 73-A; frito, 74, 74-A.
- Pepino — cap. xxvi.
- Pera — n.^os 81, 119; cap. xxvi.
- Queijo — n.^o 82.

- Rabanete — cap. xxvi.
Rábano — cap. xxvi.
Ruibarbo — cap. xxvi.
- Sopa — n.^os 20 a 44, 94.
Sopa descolorada — n.^os 103 a 109.
- Tangerina — n.^os 81, 119; cap. xxvi.
Tapioca — caldo, n.^os 19, 94; doce, n.^os 83, 96, 114,
129, 138.
- Taraxaco — cap. xxvi.
Tomate — cap. xxvi.
Toucinho — n.^os 68, 69, 75, 76.
- Uva — n.^os 81, 119; cap. xxvi.
- Vaca — cosida, n.^os 67, 67-A; assada, n.^os 68, 68-A;
bife, 76, 76-A.
Vinho — n.^o 87.
Vitela — assada ou guisada, n.^os 75, 75-A.

