

DR. BISSAIA-BARRETO  
PROF. DE PATOLOGIA E TERAPÊUTICA CIRÚRGICA

O ENSINO  
DA  
TÉCNICA OPERATÓRIA  
E  
PATOLOGIA CIRÚRGICA

EM  
COIMBRA

(920-921)



IMPRENSA DA UNIVERSIDADE  
COIMBRA — 1922

Casa 5  
Gab. 18  
Est. 9  
Tab. 9  
N.º



O ENSINO  
DA  
TÉCNICA OPERATÓRIA  
E  
PATOLOGIA CIRÚRGICA

EM  
COIMBRA

(920-921)

THE  
FEDERAL BUREAU OF  
INVESTIGATION

UNITED STATES DEPARTMENT OF JUSTICE

DR. BISSAIA-BARRETO

PROF. DE PATOLOGIA E TERAPÊUTICA CIRÚRGICA

O ENSINO  
DA  
TÉCNICA OPERATÓRIA  
E  
PATOLOGIA CIRÚRGICA

EM

COIMBRA

(920-921)



IMPRESA DA UNIVERSIDADE  
COIMBRA — 1922

UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
FACULDADE DE MEDICINA  
OBSERVATÓRIO  
TÉCNICA OPERATORIA  
PATOLOGIA CIRÚRGICA

SEPARATA

DO

*Boletim dos Hospitais da Universidade de Coimbra*

N.º 1



IMPRESSÃO DE ALVARO PEREIRA  
L.º 1 - 1914

## 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 sistematicamente 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 accidentes 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 côres 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 intercalá-lhe uma ou mais lições sôbre 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 quasi 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 obrigá-los a manusear os compêndios, a conhecer os diversos capítulos da patologia cirúrgica, a conhecer emfim a literatura médica. Ora êsse 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 livresco 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 quasi sempre exemplares, alguns pouco frequentes neste meio, a esclarecer os assuntos versados nas aulas.



Ao lado d'êste estudo metódico das doenças, consideradas muitas vezes duma 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 distribuí-» «dos como exemplares clínicos os doentes das enfermarias anexas à ca-» «deira. 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 exem-» «plares 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 condiscipulos».

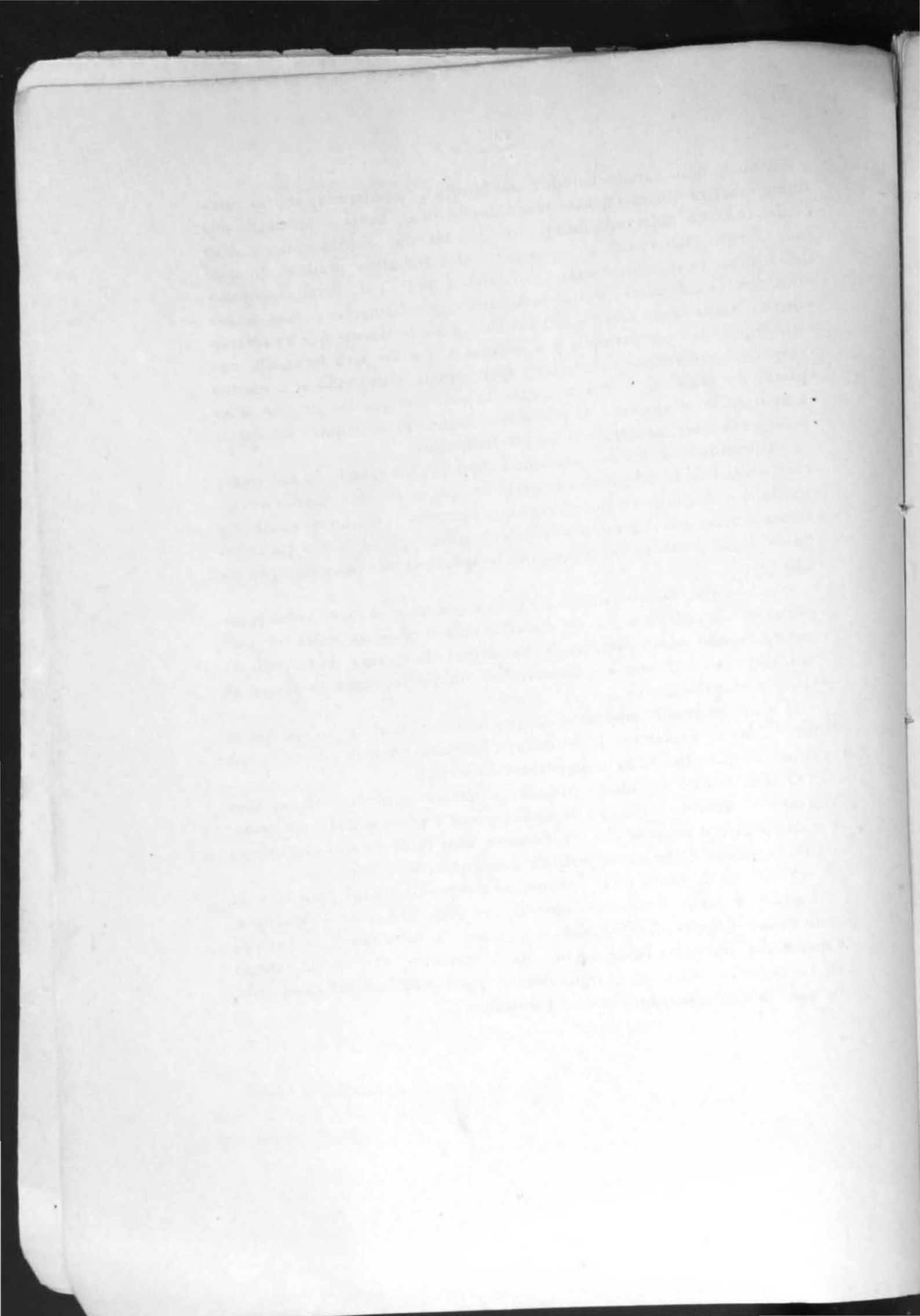
«A distribuição dos doentes consta dum quadro afixado na enferma-» «ria, no qual serão designadas as datas em que os alunos tomam a assis-» «tência dos doentes e em que entregam as histórias. Os alunos registrarão» «semanalmente em impressos a isso destinados o que se houver passado» «na evolução mórbida ou disposições terapêuticas dos seus exemplares» «clínicos».

«As histórias e estes relatórios clínicos poderão ser apreciados pelo» «professor da cadeira e por êle 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 officiais; 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 d'êsse momento todos os dias, inclusivè 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.



## SUMÁRIO DAS LIÇÕES

DE

### TÉCNICA OPERATÓRIA E TERAPÊUTICA CIRÚRGICA

ANO LECTIVO DE 920-921

20 de Outubro (quarta feira):

#### 1.ª LIÇÃO

##### *Métodos de asepsia.*

Salas de esterilizações. Aparelhos de esterilização. Esterilização pela ebulição. Esterilização a 120° e acima. Esterilização a 120° na água ou no ar carregado de vapor de água. Autoclaves; vapor sob pressão. Autoclave primitivo de Chamberland. Autoclave horizontal de Sorel. Autoclave de Jayle e Desfosses. Adaptação dos autoclaves à instalação de vapor deste 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 vapor sob baixa pressão e aquecimento pelo vapor a

alta pressão. Mesas de operações de Mathieu, Doyen, de Jayle, Pasteau, etc., seu funcionamento e construção. Posição do doente conforme a sede 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 Trendlenburg. Posição de Rose. Posição de Morestin. Decúbito lateral para as operações de rins. Posição de Proust para as operações sobre o perineo 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 Bizzozero. Investigações de Renlinger, etc. Pode-se com uma desinfecção apropriada tornar asépticas as mãos? Quais os melhores desinfectantes? Como nos devemos servir deles? Processo baseado sobre as experiências de Kummel e de Fürbringer. Modificação de Delbet. Recomendação de Terrillon 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 têrço inferior da côxa e perna esquerda do doente n.º 13 P. T. C. H.

27 de Outubro (quarta feira):

### 4.ª LIÇÃO

#### *Anestesia.*

Fisiologia da 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 hypotensos. Necessidade da análise de urinas e seus ensinamentos para a anestesia. Exame da bôca, 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, aductor 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 Vernete-Harcourt. Aparelho de Roth-Draeger para a anestesia pelo clorofórmio e oxigênio. Processos de anestesia com máscaras abertas. Processo de Labbé. Processo de Nicaise ou de gôta a gôta. Anestesia nas crianças pela dose massiça inicial de Saint-Germain. Sequências normais da cloroformização. Incidentes e acidentes da cloroformização: vômitos, náuseas, salivação. Acidentes respiratórios: asfixia, síncope respiratória, colapso e meios de tratamento. Processo de Laborde (traçções rítmicas 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. Síncope cardíaca pura e síncope cardiopulmonar. Sua patogenia e sua profilaxia. Meios de tratamento. Massagem precordial de Maass. Sequências 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 frequência; experiências de Saison;
- d) Acção tóxica sobre o fígado; em que consiste, segundo os trabalhos experimentais de Saison; opiniões de Brulé, 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 Wansch-Landau, de Poncet, máscara de Juliard, de Chalot, etc. Vantagem da reabsorção de vapores de éter já parcialmente expirados, «rebreathing» (anglosaxões); aparelhos que a permitem; aparelho de Ombredanne; sua constituição e funcionamento. Anestesia dum doente com éle; 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 bucal de Ombredanne, aparelho de Delbet.

c) Anestesia por via traqueal; vias de acesso utilizadas: 1) via natural; 2) via intercricothyroidea com a canula de Bütlín-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 com soro aquecido a 28°; dose inicial; seqüências. Razões do abandono deste processo de anestesia.

Anestesia por injeções intramusculares (método de Descarpentries). Sede nadegueira da injeção; dose; técnica; fenómenos que provoca. Complicações. Estatísticas; causas da morte.

Anestesia por via rectal:

e) Insuflação dos vapores de éter; técnica.

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

#### *Anestésias 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: Trepanação 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. Solutos 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 injeções; injeção inicial na espessura da derme. Injeção rectilínea. Infiltração em superfície. Anestesia das mucosas. Injeções circunferenciais. Infiltração profunda. Infiltração por planos. Injeção perinervosa ou endonervosa por via subcutânea. Injeção directa endonervosa a céu aberto.

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

Anestesia segmentar (método de Bier).

*Anestesia local* pela cocaina 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 Quénu).

*Anestesia local pelo cloreto de etilo.*

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

Diagnóstico: Ferida por arma de fogo no tærço inferior do antebraço. Fractura cominutiva do tærço 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 cocaína 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. Instrumentação. Preparação do soluto; estovaina ou novocaina? Preparação do doente. Técnica da punção; séde de eleição, posição do doente durante e depois da injeccção; doses do anestésico; quantidade de estriçnina; densidade da mistura injectada. Fenómenos observados durante a anestesia; caracteres da anestesia; duração; incidentes da anestesia. Acidentes ou incidentes secundários e tardios. Critica 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 ana-tómicas indispensáveis para a sua applicação; 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, etc.

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 ca-deia, 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 contra-indicações. 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 massiva.

B) Operações paliativas: 1) Laqueações atrofiantes das artérias, maneira de as descobrir, reconhecer e laquear; resultados deste 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 adrenalinado.

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; Síncopa mortal inicial, asfixia rápida, «encombremment» brônquico, perturbações cardiovasculares mais ou menos súbitas, complicações bronco-pulmonares motivadas na anestesia. A síncope cardíaca durante o isolamento da papeira pelo repuchamento do pneumogástrico e dos seus ramos ou do recorrente: síncope 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 afonia na secção dos recorrentes; as paralisias e paresias operatórias sem secção do nervo. Cuidados para evitar a lesão dos recorrentes. Lesões operatórias do laringeo superior. O pneumogástrico, o ipoglosso e o grande simpático nestas operações.

Lesões da traqueia, do esófago 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 transfixação.

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 constituição; 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: 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

*Anaplastias.*

Definição. Classificação. Métodos. Cuidados preoperatórios. Seqüências 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 outro 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.

#### *Heteroplásticas.*

Classificação e indicações.

Cirurgia das cicatrizes viciosas.

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

22 de Novembro (2.<sup>a</sup> feira):

#### 15.<sup>a</sup> LIÇÃO

*Cirurgia dos tendões, músculos e aponevroses.*

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 tonomia 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 aductores da côxa.

22. Tenotomia a céu aberto do bíceps femoral.

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 Félizet 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. Hemóstase.

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 têmporo-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. Hemóstase 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 osteotomias do maxilar.

Clavícula:

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:

Estremidade 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 destes processos.

Parte média do fémur.

Estremidade 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 diafisies: — 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 periosteo; 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 coronóide. Ressecções da parte média do corpo. Ressecções de todo o corpo. Ressecção dum 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-glenoidea. Ressecções retro-coraco-glenoidea. Ressecções da diafise do humero. 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, humero, rádio e cúbito.

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

61. Enucleação dum falange; dum falange e do metacarpo correspondente; dum 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 isquio-púbico, da tuberosidade isquiática, total do osso ilíaco). Ressecção da diáfise do fémur. Ressecção da diáfise da tibia. Ressecção da diáfise do peróneo.

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 LIÇÃO

##### *Osteosíntese.*

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?

Sutura:

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 distância.

Uso de parafusos.

Aplicação de «agrafes»:

«Agrafes» de Jacoel e de Dujarier. Técnica.

Embainhamento (método de Senn):

Inyaginação.

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.

Doente n.º 22 de P. T. C. M.

13 de Dezembro (segunda feira):

#### 23.ª LIÇÃO

*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.

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

Paracêntese com o galvano cauterio.

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-mastoidea:

Antrotomia. Celulotomia. Mastoidectomia.

Indicações: fistula da região retro-auricular, flutuação mastoidea com abaixamento da parede póstero-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 paracêntese um dos sintomas seguintes: edema mastoideo ou tèmpero-mastoideo, dôr mastoidea espontânea e contínua, cefalea tèmpero-mastoidea 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 diversas focos de células mastoideas.

Acidentes operatórios. Pensos e cuidados post-operatórios.

Aticotomia (oper. de Stacke).

Esvaziamento petro-mastoideo (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. Caracteres clinicos.

Anestesia pelo clorofórmio. Trepanação mastoidea.

15 de Dezembro (quarta feira):

#### 24.ª LIÇÃO

*Ferimento por arma de fogo no hipocondro esquerdo: epiplon e ansas intestinais herniadas; peritonite.*

Doente n.º 29 de P. T. C. H.

Procedimento a adoptar perante uma ferida da parede abdominal.

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

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



pnea, agitação, pulso, temperatura; 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 intra-peritoneais; 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 injeções massiças de soro adrenalinado; aquecimento.

3) Da natureza do projectil:

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.

Operação de curso: Desbridamento; ressecção do epiplon herniado, redução do intestino; drenagem abdominal.

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 rotuleano, e alongamento do tendão tricipital.

*Fracturas do olecrânio:*

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:*

Doente n.º 32 de P. T. C. H.

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.

Operação de curso: Esquirolotomia; imobilização dos ossos com placa de Lane.

22 de Dezembro (quarta feira):

27.ª LIÇÃO

*Pleuresia purulenta aguda. Pleurotomia com ressecção costal:*

Doente n.º 34 de P. T. C. H.

Sintomatologia; meios de exploração.

Tratamento da pleuresia purulenta aguda:

1) Punção simples;

2) Punção com injeccção;

3) Met. de cânulas ou tubos «à demeure» com injeccção 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 eclámpicas, paralisias de origem embólica, fenómenos sincopais, morte.

Evolução.

Mecanismo da cura e causas que se lhe opõem. Lesões da parede torácica; relações da cavidade purulenta; fistulas. Deformações torácicas produzidas pela retracção cicatricial das paredes do abscesso pleural.

Operação do curso: Incisão num flegmão da fossa iliaca. Penso à Carrel. Irrigação descontinua.

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 terço inferior do bordo cubital do antebraço.

Operação do curso: «Toillette» do ferimento, extracção 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: Eucleação 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: Osteíte condensante do terço 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 terço superior da perna e joelho. Anemia aguda.

Operação: Amputação da coxa no terço 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 peritônio, 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: Osteíte do tærço inferior do fêmur 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. Contra-indicações ao acto operatório; locais e provenientes do estado geral.

Toracoplastias.

Definição.

Operação de Estländer-Latievant: Sua técnica e resultados.

Processo de Quènu: Tempos operatórios. Inconvenientes.

Processo de Jaboulay (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-Cecchi.

Processo de Delorme. Descortiçaõ pulmonar.

Mobilização pulmonar de Souligoux.

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 punção 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 Boeckel. 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.

#### *Artrodese.*

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):

3a.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.

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 terço inferior: linha da operação e descoberta do vaso.

82. L. no terço médio.

L. no terço 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 deste vaso; anomalias mais frequentes 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; destriça da artéria das veias e nervos da região; relações mútuas.

Laqueação da artéria subclávia:

89. Para fora dos escalenos: suas relações; técnica da laqueação.

90. Para dentro dos escalenos: 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: Carcinoma 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 tiroidea 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 faríngea; 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 cistocelo.

Diagnóstico: Cistocelo à direita.

Doente n.º 313. T. O. M.

17 de Janeiro (segunda feira):

## 32.ª LIÇÃO

*Laqueações. Membro inferior.*

Laqueação da artéria femoral:

Origem e percurso, relações; exploração na 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 tærço 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 tibio társica.

Laqueação da artéria tibial posterior:

106. Origem, relações anatómicas; trajecto; pontos de reparo. Lugares de eleição para a laqueação. Técnica operatória.

Outras operações sôbre 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 Dehelly.

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.<sup>a</sup> falange.

Doente n.<sup>o</sup> 907. T. O. H.

19 de Janeiro (quarta feira):

#### 33.<sup>a</sup> 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 Theden, método de Reid. Modificações de Gersuny. Valor d'este 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 sacco. Perigos d'este 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 d'este método.

Método de Matas (endo-aneurismorrafia). Bases anatómicas d'este método. Processos:  $\alpha$ ) obliterante;  $\beta$ ) restaurador;  $\gamma$ ) reconstrutor. Suas técnicas. Indicações d'estes métodos e seus valores. Dificuldades e insucessos d'estes processos.

Sutura lateral. Indicações.

Resecção e sutura circular.

c) Enxertias 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

##### *Amputações dos membros.*

Amputações e desarticulações. Amputações 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.

Côtos maus. Conicidade dos côtos, suas qualidades e suas causas.

Constituição física dos côtos: elasticidade da pele, retractilidade dos músculos, volume dos ossos. Retracção primitiva e retracção secundária dos músculos. Como lutar contra as qualidades d'estes 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 côtos. Inflamação dos côtos. Reunião mediata e reunião imediata. Pensos dos amputados. Sua técnica.

Acidentes post-operatórios: hemorragias, fistulas, gangrena, cicatriz aderente, côto cônico, nevralgias dos amputados.

Tratamento de cada uma destas complicações.

Classificação dos métodos de amputação.

Localização da cicatriz. Forma e número dos retalhos. Métodos circular, elítico, ovalar, de dois retalhos e dum só retalho.

Instrumentos cirúrgicos: para a hemostase preventiva, para a medição dos tecidos do côto; para a diêrese das partes moles; para a sua retracção; para a diêrese dos ossos; para a hemostase definitiva durante e depois da operação; para a sutura dos tecidos.

Método circular:

109. Amputação circular infundibiliforme.

Processo ordinário: posição do operador; divisão da pele e do tecido celular sub-cutâneo; dissecação dos tegumentos; regras gerais para a diêrese dos músculos; recorte dos músculos.

110. Processo sub-perióstico de Marc-See.

111. Processo circular em canhão. Suas características, indicações e técnica.

Processo ordinário.

Processo sub-perióstico de Chalot.

Processo em fenda.

112. 113. Amputações pelos métodos de retalhos; regras gerais para talhar os retalhos:

a) Transfixão;

b) Entalhe;

c) Incisão prévia do contôrno dos retalhos.

Retalhos arredondados e retalhos de Revaton e Teale.

Retalhos cutâneos.

Método elítico (oblíquo elítico, mixto, circular oblíquo, método de Soupart);

Processo de retalho cutâneo.

Processo de retalho cutâneo-muscular.

Método ovalar:

Processo com incisão em «raquette».

Operação: ablação dum trajecto fistuloso cervical em ligação com um quisto branqueal.

Doente n.º 41. P. T. C. H.

26 de Janeiro (quarta feira):

### 35.ª LIÇÃO

*Amputações.*

Membro superior.

114. Mão: Amputações parciais dos dedos.

Indicações. Usos dos côtos. Escolha do processo a empregar. Regras para talhar os tecidos moles. Posição das interlinhas articulares.

115. 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 côto e escolha do processo; interlinha articular; medição e córte 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: Colectomia. Toilete 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 respectivo.*

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; séde 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 coto; 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 coto.

Processos de eleição.

126. Amputação no terço 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 terços superiores: Inconvenientes do método circular infundibiliforme; Processo de dois retalhos iguais anterior e posterior; Processo dum retalho anterior.

127. Desarticulação do cotovêlo: 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 coto. Hemostase provisória. Posição do operador e dos ajudantes.

Amputação nos dois terços inferiores.

128. Processo circular infundibiliforme.

Processo dum retalho ântero-externo.

Processo de dois retalhos iguais ântero-externo e pósterio-interno.

*Amputação intra-deltóidea:*

129. Processo (Chalot) circular de fenda externa.  
Processo dum retalho carnudo externo.

4 de Fevereiro (sexta feira):

## 38.ª 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 interscápulo-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 dissecação dum retalho ântero-inferior ou pectoro-axilar; incisão e dissecação dum retalho pósterio-superior ou cêrvico-escapular; secção das inserções musculares marginais.

Operação: Sequestrotomia.

Diagnóstico: Osteomielite crónica, recidivante do têrço superior da tibia esquerda.

Doente n.º 39. P. T. C. H.

11 de Fevereiro (sexta feira):

## 39.ª 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-metatársica. (Desarticulação de Lisfranc).

Indicações. Côto; processos diversos; suas vantagens e desvantagens.

Configuração das interlinhas articulares; ligamento de Lisfranc.

Processo de dois retalhos desiguais: grande retalho plantar e pequeno dorsal.

Posição do operador e do operado. Marcação da interlinha 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-metatársicas.* Amputação de Cloquet.

Tarso — Tarso anterior:

Amputação trans-cúneo-cuboidea; fim desta intervenção; processos; vantagens.

Amputação de Bonna (amputação ante-escafoideo-cuboidea).

Desarticulação de Jobert (desarticulação ante-escafoideo-cuboidea).

Desarticulação de Laborie (desarticulação ante-escafoideo-calcaneanae

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 pos. 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 Wladimiroff; 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: Safenectomia interna.

Diagnóstico: Varizes no têrço inferior da côxa esquerda e região poplíteia.

Doente n.º 43. P. T. C. H.

16 de Fevereiro (quarta feira):

#### 41ª LIÇÃO

##### *Cirurgia das fossas nasais.*

Asepsia e antisepsia.

Anestesia: geral e local.

Hemóstase: esquiemia local pre-operatória; hemóstase pre-operatória.

Hemóstase 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 (Galvanocautério, nitrato prata, ácido crómico, etc.); tampão nasal.

Tratamento do hematoma do septo, do abscesso quente e das fracturas do nariz.

Corpos estranhos: recente; antigo. Rinolito. Más conformações; imperfuração das narinas e dos coanes; atresia congénita das fossas nasais. Esporão cartilágíneo; 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 corneto inferior; técnica; indicações; ressecção do corneto 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 naso-faríngea.*

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: Eucleação (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 piosinusites esfenoidais:

- 1) Lavagens e injeções pelo orifício 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.*

Estafilorrafia 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 retrofaringeo. Adenoflegmão laterofaringeo. Angina de Luduwig.

144. Cirurgia das amígdalas.

Discisão. Plicotomia. Amigdalotomia: ablação das amígdalas com bisturís e tesouras; ablação com o amigdalotomo de Fahnestock; ablação com o amigdalotomo-esmagador, ablação com ansa fria; electrotomia; fragmentação (método de Ruault), amigdalotropia; ignipunctura; exereses das amígdalas encastoadas (pinça de Vacher e pinça de Mahu, esmagador de Robert Leroux). Indicações de cada um destes processos. Cuidados pre-operatórios e cuidados post-operatórios.

Hemorragia e sua profilaxia; seu tratamento.

Corpos estranhos da orofaringe.

Faringotomia.

Faringectomia.

*Cirurgia exolaringea.*

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 (Trousseau).

¿ Quais as indicações de cada um destes processos?

Técnica de cada um deles.

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, apêrto 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-sãos, 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 conjunctiva: anestesia, instrumentos apropriados ou improvisados, sua aplicação; penso e cuidados consecutivos.

147. 2) Da córnea: anestesia local ou geral, imobilização do glóbo, 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 sôbre a córnea:

148. Punção da córnea: posição do doente e do operador; preparação do campo; agulha de paracêntese 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-conjunctival 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) esvasiamento do sangue que se pode acumular na câmara anterior. Penso.

Glôbo ocular.

150. Exenteração. Evisceração do glôbo ocular: indicações operatórias; anestesia; dissecação 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 injeção.

Líquidos mais usados. Métodos empregados no tratamento dos quistos hidáticos:

*a)* Punção sem evacuação e injeção de líquido em dose não tóxica (Bacelli);

*b)* Punção com evacuação do quisto e injeção em dose tóxica, mas imediatamente extraída (Debove e Mesnard);

*c)* Punção, evacuação e injeção 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-frênica (Israel e Segond).

Via lombar.

Hemóstase; provisória e definitiva.

Provisória (compressão digital ou instrumental do fígado, a distância ou no pedículo vascular). Injeções de solutos adrenalinados.

Definitiva: «tamponnement», termocauterização, laqueação, sutura.  
 Laqueação directa e em massa. Material para a laqueação. Variedades: laqueação sobre suportes, laqueação com cavilhas, laqueação descontínua, 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 «capitonage»).

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 injeção 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 diereze; 3.º tratamento da solução de continuidade e do côto 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 apêto 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.

α) 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 colédoco (exploração indirecta e directa) e porção retropancreática do colédoco.

β) A vesícula e as vias biliares estão aderentes; exploração interna das vias biliares.

158. *Colecistostomia.*

Fístula biliar artificial (Terrier). Colecistoproctia (Pantaloni). 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.ª 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 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 colédoco, icterícia grave, drenagem dos canais hepáticos.

Instrumentos cirúrgicos.

Vias de acesso para descobrir os quatro segmentos do colédoco: supra-duodenal, retro-duodenal, sub-duodenal ou retropancreático e parieto-duodenal. Técnica:

a) Incisão de Kehr;

b) Exploração das vias biliares:  $\alpha$ ) vesícula facilmente visível;  $\beta$ ) vesícula envolta por aderências;  $\gamma$ ) exploração dos segmentos retro-duodenal, pancreático e intraduodenal do colédoco;

c) Incisão do colédoco: 1) sente-se um cálculo em qualquer porção do colédoco; 2) não se encontrou cálculo algum no seu interior;

d) Extracção do cálculo;

e) Cateterismo do colédoco;

f) Drenagem;

g) Tratamento das lesões vesiculares;

h) Sutura da parede abdominal.

Cuidados post-operatórios.

*Colédoco-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 Welcomme.

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, abscessos, 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 bôca: 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. Reducção do promontório ósseo (Duplay) na fenda unilateral do bôrdo alveolar.

Lábio lepúrino completo; urano-estafilorrafia; 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 hemóstase. Mobilização e descolamento dos retalhos. Maneira mais simples de fazer a sutura; material empregado. Penso. Cuidados post-operatórios.

Uranoplastia.

Estafilorrafia. 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 tópo 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 deslissamento (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 pedicelo flectido ou torcido (método indiano). Região dos retalhos.

Processo de Langenbeck-Volkman. 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 deslissamento. 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.

Esvaziamento 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 lingua.*

Preparação do doente. Processos de anestesia: método de Kocher, método de Doyen, método de Crile, método de Pirogoff-Cunningham, etc.; posição do doente; hemóstase preventiva. Vias de acesso. Amputações totais e parciais.



164. Excisões cuneiforme e indicações.

165. Hemiseccão 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 Sédillot.

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 abscessos 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 crónica 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 poplíteia direita e no terço inferior da côxa.

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-  
-axilo-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 crânio na região fronto-parietal esquerda com grande «enfocement».  
Operação: Trepanação com trépano de Martel; esquirolecctomia.  
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 esófago.*

Noções de anatomia cirúrgica. Relações do esófago 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 esófago.

Esofagotomia interna.

Perigos e acidentes do esofagótomo 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.

Esofagostomia.

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: Soluto atoxicocaina adrenalina.

Doente n.º 334. T. O. M.

Diagnóstico: Sarcoma pediculado do coiro cabeludo.

Operação: Ablação do tumor.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 939. T. O. H.

20 de Abril (quarta feira):

#### 55.ª LIÇÃO

*Laparotomia.*

Instrumentos cirúrgicos e material.

Cuidados pre-operatórios: regimen alimentar, desinfecção da parede,

(1) Foi esta a última operação feita no cadáver; os estudantes deixaram de comparecer nas aulas.

resguardo contra o frio, injeções leucotáxicas. Classificação das laparotomias. Tempos operatórios: Incisão da parede.

A) Laparotomia mediana: a) Laparotomia mediana supra-umbilical (incisão da pele, incisão da aponevrose, incisão do peritônio) 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 peritônio.

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 fóra do músculo grande recto: a) Laparotomia sub-costal e sua utilidade; b) Laparotomia iliaca 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 peritônio. Tamponagem à Mickulicz.

Cuidados post-operatórios.

Acidentes post-operatórios: 1) Acidentes imediatos: shock; hemorragia; septicémia 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: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 333. T. O. M.

22 de Abril:

Diagnóstico: Estenose pilórica cicatricial.

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

Anestesia: Clorofórmio 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: Clorofórmio 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.ª LIÇÃO

##### *Tratamento das peritonites agudas generalizadas.*

I. Laparotomia: séde; cuidados necessários; vantagens; drenagem; lugares de eleição; tipos de drenos.

II. Tratamento do peritónio:

a) Lavagens: inconvenientes; líquidos usados, técnica da lavagem;

b) Injecções intraperitoniais 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 soro. Técnica. Soro de Hayem e soro de Schiassi;

b) Injecções de soro 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 soro de Schiassi;

c) Injecções de colargol;

d) Aplicação de ar quente (Stempel);

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 estricina;

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; epíplon herniado; peritonite generalizada.

Operação de curso: Ressecção do epiplon; drenagem abdominal; injeção massiça de óleo canforado; clister de Murphy e posição de Fowler.

4 de Maio (quarta feira):

57.ª LIÇÃO

*F. penetrantes do crânio. Seu tratamento.*

Instrumentos cirúrgicos: trépano de Doyen e trépano de Martel; peças que os compõem e seu funcionamento. Pinças-goivas; descola-mater, curetas 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 40º, mistura d'Horsley, álcool a 90º.

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 tocanalina e suas vantagens.

Topografia das lesões: localização da artéria meníngea e da zona rolandica; localização na região occipital e occipito-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  $\gamma$ , 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 osso ao nível das lesões; procedimento perante uma fenda do osso, uma mancha hemorrágica ou uma pontuação escura. Que fazer se a tábua externa está deprimida ou há esquirolas. Nos ferimentos penetrantes do crânio 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, ennegrecida, 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 osso: 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 esquirolas.

Operação: Corôa de trépano com o aparelho de Martel e esquirolec-tomia.

Anestesia regional com soluto atoxicocaina adrenalina.

Doente n.º 952. T. O. H.

6 de Maio (sexta feira):

#### 58.ª 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  $\frac{1}{30}$  de atropina (cirurgiões alemães); mistura de álcool, éter e clorofórmio (Lichtheim, 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 sincaína a 8 por 100. Seus inconvenientes e suas vantagens.

3) Anestesia local da parede abdominal combinada com a narcose (Braun, Finsterer e Lãweu). Injecção de 0,0005 gr. escopolâmina e 0,01 gr. de morfina, anestesia da pele, narcose pelo éter ou pela mistura de cloreto de etilo e álcool a 94º na proporção de 10 por 100 só nos tempos dolorosos.

4) Anestesia local da parede abdominal ant. associada à injecção de sincaína no epiplon gastro-hepático (região coeliaca). Soluto a 1 por 100 na vizinhança imediata do plexo solar (Roussiel, Pauchet). Técnica de Wendling (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 esplâncnicos por intermédio dos rami-comunicantes. Técnica da anestesia paravertebral. Técnica de Kappis; últimas modificações e sua justificação.

6) Anestesia dos nervos esplâncnicos 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), lacerado o meso, exteriorizada e fixada a parede posterior do estômago, feita a oclusão temporária do estômago e do intestino, colocado o «bilot», feita a sutura sero-muscular posterior, incisa-se o estômago e o intestino numa extensão média de 3 cent. Suturam-se os lábios da boca anastomótica e procede-se à sutura sero-muscular anterior. Reducção dos órgãos para dentro do abdómen e sutura da parede. Penso. Cuidados post-operatórios. Vômitos. Alimentação. Limpeza dos dentes e da boca. 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 Welcomme.

Doente n.º 70. P. T. C. H.

9 de Maio (segunda feira):

### 59.ª LIÇÃO

#### *Métodos de sutura da parede abdominal.*

A) Sutura em massa: técnica; cuidados especiais na execução deste 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 peritónio, restauração da parede em seis planos; c) Processo de Sapiejko e suas características. B) Método extraperitoneal: a) Processo Quénu: descoberta dos músculos rectos e suas dificuldades; abertura das bainhas paralelamente à linha branca; sutura dos bordos internos depois de rebatidos para dentro; descolados os mús-



culos rectos, postos ao contacto são assim suturados; sutura dos lábios externos da incisão da bainha 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, dissecação e tratamento do saco; dificuldade da sua dissecação 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 podem 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, Magnai, Jannesco e Halsted; ¿Que posição ocupa nos processos de Frank, Nelaton e Ombredanne? ¿O que lhe fez Fergusson? Que inconvenientes podem provir das manobras violentas sôbre 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 (Trendlenburg).

*Penso e cuidados post-operatórios.*

## Complicações post-operatórias:

- 1) Acidentes parietais (hematomas, abscessos e fistulas, flebites do cordão espermático; inflamações crônicas; 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, epiploites, sua symptomatologia, 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; regimen, exercícios ginsticos 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 crônica 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.

Sede gástrica do orificio anastomótico; sede 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 symptomatologia do ileus. Como preveni-la; *b*) compressão da ansa pelo colon e grande epiplon e daí o «circulus vitiosus».

2) Complicações provenientes da anastomose: *a*) redução do orificio 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:  $\alpha$ ) anastomose errada da ansa no sentido do peristaltismo;  $\beta$ ) formação dum esporão gastro intestinal situado à direita;  $\gamma$ ) uma anormal flacidez 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  $\gamma$  de Roux e g. e. anterior em  $\gamma$  de Wölfler-Roux); dupla anastomose lateral (processos de Matoli, processo de Fowler, 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 umbilicoxifoidea aumentada por vezes por incisão transversal; exploração interna do abdómen, descolamento colo-epiploico, «toilette» ganglionar sub e 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: Osteomielite crónica da tibia 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 injeccção modificadora: anestesia da vaginal, processo de injeccção, cuidados e complicações post-operatórias. Líquidos empregados: tintura de iodo, nitrato de prata, ácido fénico, éter iodoformado, adrenalina, 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 epidídimo.

Orqui-epidimectomia.

Em que consiste: quando se faz e por que se faz:

A) Castração simples: 1) Incisão do escroto e isolamento do testículo; incisão rectro-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 epididimo 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 peritônio; 4) abertura e dissecação 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 epididimar.

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 fezes. Sêde 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 esófago 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  $\gamma$  de Maydl, sua técnica. Processo por anastomose lateral de Albert.

Ileostomia (ileoproctia ou operação de Nélaton). Quando se faz e para

que se faz. Fistula estercural e «anus praeternaturalis» 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* (caecoproccia, op. de Píloro).

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 (coloproccia iliaca ou op. de Littré; anus ilíaco esquerdo, sigmoidostomia).

Anus ilíaco temporário e definitivo; procedimento diverso num e noutro 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 (esfíncter 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 (coloproccia 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 Welcomme.

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 duma

ressecção 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 o 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 apêrto 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 deste 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  $\gamma$ .

Indicações gerais das anastomoses gastro-intestinais e intestinais. Restabelecimento da circulação do conteúdo intestinal quando interrompido por uma ressecção segmentar prévia ou por um apêrto 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 appareceu 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. Simptomatologia 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; enxertias ósseas. Obtur-

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

Técnica operatória de Von Mosetig Moorhof:

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

Conclusões.

Operação de curso: Cura radical duma hérnia inguinal.

Doente n.º 91. P. T. C. M.

6 e 8 de Julho:

#### 70.ª e 71.ª LIÇÕES

*Exclusão do intestino.*

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

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

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

Definição de H. Hartmann.

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

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

*Técnica da exclusão.*

Sêde 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 iliaca. Fistulização da extremidade distal: indicações para a fistulização da extremidade proximal, e para a fistulização das duas extremidades.

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



Extensão possível da exclusão do intestino.

Operações de curso:

Operação: Ablação.

Diagnóstico: Fibrocondroma da abóbada palatina.

Doente n.º 79. P. T. C. H.

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

Doente n.º 81. P. T. C. H.

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

Doente n.º 967. T. O. H.

10 de Julho (sexta feira):

#### 72.ª LIÇÃO

##### *Tratamento da apendicite.*

Considerações gerais. Profilaxia. Higiene e 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 frequentes 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) gelo no abdómen; 4) morfinação. Técnica deste tratamento. Extracto do ópio, elixir paregórico e morfina. O uso da beladona. Injecções de soro fisiológico e clister gôta a gôta

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

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

Diagnóstico: Estenose pilórica cicatricial.

Operação: Gastroenterostomia transmesocólica posterior (Von Hacker).

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 77. P. T. C. H.

13 de Julho (segunda feira):

#### 73.ª LIÇÃO

##### *Tratamento cirúrgico da apendicite aguda.*

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

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

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

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

Diagnóstico: mioma volumoso intersticial da face posterior do útero.

Operação: Histerectomia subtotal. Processo americano.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 309.

15 de Julho (quarta feira):

#### 74.ª LIÇÃO

##### *Intervenções a quente nas apendicites supuradas.*

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

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

B) Tratamento dos grandes abscessos 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.ª LIÇÃO

##### *Tratamento da apendicite a frio.*

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

Tratamento das lesões do cecum coexistentes com a apendicite crónica.

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

Tratamento da peritonite aguda generalizada de origem apendicular.

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

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

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

Operação: Desarticulação metacarpo-falangiana.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 966. T. O. H.

20 de Junho:

Diagnóstico: Fistulas peri-rectais completas.

Operação: Cura das fistulas; método da incisão.  
 Anestesia: Clorofórmio Welcomme.  
 Doente n.º 968. T. O. H.

27 de Junho:  
 Diagnóstico: Fractura antiga, não consolidada do terço inferior do fémur esquerdo com interposição de tecidos moles entre os dois tôpos.  
 Operação: Osteosíntese. Processo de Lane. Imobilização em aparelho engessado.  
 Anestesia: Clorofórmio Welcomme.  
 Doente n.º 1242.

Diagnóstico: Flegmão difuso inguino escrotal esquerdo. Hérnia inguinal esquerda.  
 Operação: Incisão; desbridamento; drenagem.  
 Anestesia: Anestesia geral com cloreto de etilo.  
 Doente n.º 974. T. O. H.

28 de Junho:  
 Diagnóstico: Osteomielite aguda hipertóxica do terço inferior do húmero esquerdo.  
 Operação: Ressecção sub-perióstica do terço inferior do húmero. Drenagem.  
 Anestesia: Clorofórmio Welcomme.  
 Doente n.º 977. T. O. H.

1 de Julho:  
 Diagnóstico: Osteomielite crónica recidivante do fémur esquerdo e do rádio direito.  
 Operação: Sequestrotomia. Esvaziamento.  
 Anestesia: Clorofórmio Welcomme.  
 Doente n.º 972. T. O. H.

5 de Julho:  
 Diagnóstico: Eventração post-operatória. Mioma subseroso encravado entre os folhetos do ligamento largo.  
 Operação: Cura da eventração pelo processo Maas-Maydl. Histerectomia subtotal.

7 de Julho:  
 Diagnóstico: Úlceras varicosas no membro inferior direito. Varizes na cõxa.  
 Operação: Safenectomia interna.  
 Anestesia: Clorofórmio Welcomme.  
 Doente n.º 983. T. O. H.

8 de Julho:  
 Diagnóstico: Úlceras varicosas à esquerda. Varizes da safena interna.

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

11 de Julho:

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

13 de Julho:

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

15 de Julho.

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

21 de Julho:

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

22 de Julho:

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

25 de Julho:

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

27 de Julho:

Diagnóstico: Metastases axilares numa doente operada do cancro do seio.

Operação: Esvaziamento ganglionar axilar.  
Anestesia: Clorofórmio Welcomme.  
Doente n.º 347. T. O. M.

30 de Julho:

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

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

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 4145. P. C. H.

2 de Agosto:

Diagnóstico: Osteomielite crónica do terço médio da tibia direita.

Operação: Sequestrotomia. Esvaziamento.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 991. T. O. H.

6 de Agosto:

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

Operação: Cura da hérnia, ovariectomia.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 348. T. O. M.

11 de Agosto:

Diagnóstico: Apendicite crónica. Anexite bilateral crónica.

Operação: Apendicectomia. Histerectomia subtotal com ablação dos anexos.

Anestesia: Éter Schering's.

Doente n.º 337. T. O. M.

15 de Agosto:

Diagnóstico: Mastoidite esquerda.

Operação: Antrotomia.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 4067. P. C. M.

Dias oficiais de aulas de Técnica Operatória e Terapêutica Cirúrgica no ano de 1920-1921

Outubro	2.º	18	25	-	-	-	Janeiro	2.º	-	10	17	-	Abril	2.º	18	25	-	-	-
	4.º	20	27	-	-	-		4.º	-	12	19	26		4.º	20	27	-	-	-
	6.º	22	29	-	-	-		6.º	7	14	21	28		6.º	22	29	-	-	-
Nov	2.º	1	8	15	22	29	Fevereiro	2.º	-	14	21	28	Mai	2.º	-	9	16	23	30
	4.º	3	10	17	24	-		4.º	2	16	23	-		4.º	4	11	18	25	-
	6.º	5	12	19	26	-		6.º	4	11	18	-		6.º	6	13	20	27	-
Dez	2.º	-	6	13	20	-	Março	2.º	-	7	14	-	Junho	2.º	-	6	13	-	-
	4.º	-	8	15	22	-		4.º	2	9	16	-		4.º	1	8	15	-	-
	6.º	3	10	17	-	-		6.º	4	11	18	-		6.º	3	10	-	-	-

2.º Assistente — Dr. José Cid de Oliveira.

Preparador — Dr. André Miranda.

Servente — Raul de Oliveira.

# SUMÁRIO DAS LIÇÕES

DE

## PATOLOGIA E TERAPÊUTICA CIRÚRGICA ESPECIAL

ANO LECTIVO DE 920-921

19 de Outubro (terça feira):

### 1.ª LIÇÃO

#### *Lesões traumáticas.*

Classificação dos grandes processos mórbidos.

Classificação das lesões traumáticas.

Contusão.

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

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

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

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

Prognóstico.

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

21 de Outubro (quinta feira):

### 2.ª LIÇÃO

#### *Ferimentos.*

Definição: foco traumático; classificação segundo os bordos da solução

de continuidade; classificação segundo a sede. Evolução anatómica dos ferimentos; reunião primitiva e reunião mediata.

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

Evolução clínica dos ferimentos.

Prognóstico.

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

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, dor e suas particularidades, hemorragia.

Diagnóstico e suas dificuldades.

Tratamento e suas particularidades.

Ferimentos por instrumentos cortantes.

Etiologia e mecanismo.

Classificação anatomopatológica; caracteres de cada variedade.

Sintomas e sua evolução clínica.

Tratamento: desinfecção, hemóstase e 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 (têrça feira):

4.ª LIÇÃO

*F. por mordedura.*

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

Feridas envenenadas.

Classificação. Mordeduras de víbora, vespa, abelha, escorpião e serpentes. Propriedades dos venenos segundo a classificação de Noc; poder hemolítico, coagulante, proteolítico, neurotóxico, citolítico. Modo de acção dos venenos e seus efeitos sôbre o figado, 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 «habitués» do teatro anatómico? Qual a sua patogenia. Acidentes locais; acidentes locais com propagação possível aos tecidos vizinhos. Sintomas gerais e fenómenos gerais sem reacção local apreciável. Tratamento.

Diagnóstico: Quisto congénito do pescoço.

Operação: Extirpação.

Anestesia local com soluto de atoxicocaina adrenalina.

Doente n.º 884. T. O. H.

Diagnóstico: Hidrócelo à direita.

Operação: Cura radical; ressecção da vaginal.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 890. T. O. H.

28 de Outubro (quinta feira):

5.ª LIÇÃO

*Feridas por armas de fogo.*

Definição.

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

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

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

Teoria da pressão hidráulica (Kocher).

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

¿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. Píocultura.

Tratamento das feridas de guerra.

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

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

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

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 6. P. T. C. H.

30 de Outubro (sábado):

#### 6.ª LIÇÃO

*Lesões produzidas pelos agentes físicos e químicos.*

Lesões produzidas pelo calor.

A) Acidentes gerais.

a) Calor dos gases; b) calor dos líquidos; c) insolação; mecanismo da morte por hipertermia (teorias muscular, sangüinea, 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 anatômica 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-Barker à direita e Czerny à esquerda.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.  
Doente n.º 889. T. O. H.

2 de Novembro (têrça feira):

7.ª LIÇÃO

*Electricidade.*

O raio.

Lesões exteriores e causas que as provocam; perturbações nervosas imediatas e afastadas; efeitos 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. Sede 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: radiodermite operatórias e radiodermite profissionais; seus caracteres e variedades; eritema precoce ou pré-reacção de Beclère e suas características; alopecia e suas formas; radiodermite ligeiras: 1) forma eritematosa e seus sinais; pigmentação difusa e condições que determinam o seu aparecimento; 2) forma flictenoide e sua descripção; radiodermite graves: a) forma ulcerosa; fenómenos subjectivos e objectivos que a acompanham; b) forma necrosante; circunstâncias em que se desenvolve e como evoluciona. Qualidades das cicatrizes das radiodermite, quer provenham da aplicação prolongada e antiga de irradiações, quer das úlceras produzidas pelos raios de Roëntgen.

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

Acção das radiações de Roëntgen sobre os tecidos glandulares:

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

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

Glândula mamária: durante e fora 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 conseqüências do abaixamento de temperatura; factores que a enfraquecem.

Efeitos da acção prolongada do frio; descrição pelos exploradores das regiões polares: dificuldade na explicação desses fenómenos.

B) Acção local do frio:

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

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

Diagnóstico: Hérnia inguino-escrotal congénita à direita.

Operação de curso: Cura radical; Bassini-Barker.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 12. P. T. C. H.

Diagnóstico: Angioma ulcerado; turgescente do couro cabeludo.

Operação: Excisão.

Anestesia local com soluto de atoxicocaina adrenalina.

Doente n.º 12. P. T. C. H.

6 de Novembro (sábado):

#### 9.ª LIÇÃO

*Complicações não sépticas dos traumatismos.*

1. Dôr.

Classificação de Verneuil; seus caracteres e patogenia.

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

Patogenia das hemorragias tardias; acção dos fenómenos sépticos.

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

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

Sintomas e tratamento.

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

5. Delírio traumático.

Traumatismos que 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: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 10. P. T. C. H.

9 de Novembro (têrça feira):

#### 10.ª LIÇÃO

*Complicações não sépticas dos traumatismos (continuação).*

6. «Delirium tremens».

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

7. Síncope traumática.

Definição; suas causas e sintomas; fisiologia da síncope. A síncope nas anestésias gerais; síncope respiratória e síncope cardíaca; seu mecanismo fisiológico. Tratamento: técnica da respiração artificial, das tracções rítmicas da língua de Laborde, da electrização do frênico. 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 sehsitivos, traumatismos abdominais, no testículo e sôbre

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

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

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

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

Diagnóstico: Epitelioma do tærço médio da perna esquerda.

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

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 18. P. T. C. H.

11 de Novembro (quinta feira):

#### 11.ª LIÇÃO

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

##### *Varizes.*

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

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

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

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

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

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

13 de Novembro (sábado):

#### 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.

16 de Novembro (têrça 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 sôbre que assenta a técnica de Halsted.

Estatística de Depage e estatística de Walter.

A mortalidade diminue 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, encefaloide e cancro coloide).

Técnica operatória.

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

É necessária Borel, Walter, Handley, etc.

¿E os gânglios?

Indicações operatórias.

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

Conclusões.

18 de Novembro (quinta feira):

#### 14.ª LIÇÃO

*Infecção* (noções gerais).

Definição.

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

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

Luta das células. Luta de diástases. Imunidade.

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

20 de Novembro (sábado):

#### 15.ª LIÇÃO

*Anatomia patológica e patogenia* (Infecções).

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

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

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

Teoria das cadeias laterais de Ehrlich.

Aglutinação de Grüber.

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



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

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

23 de Novembro (têrça feira):

#### 16.ª LIÇÃO

##### *Diagnóstico (Infecções).*

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

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

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

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

Diagnóstico: Epitelioma do sulco naso-geniano direito.

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

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 18. P. T. C. M.

25 de Novembro (quinta feira):

#### 17.ª LIÇÃO

##### *Flegmões.*

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

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

Evolução e terminação dos flegmões.

Classificação dos flegmões segundo a sua sintomatologia:

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

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

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

Diagnóstico: Tumores hemorroidários.

Operação de Whithead.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 19. P. T. C. H.

27 de Novembro (sábado):

#### 18.ª LIÇÃO

*Flegmões (continuação).*

B) Flegmão difuso gasoso.

Caracteres do vibrião séptico. Desaparecimento da teoria unicista das gangrenas gasosas. Outros microrganismos 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 fôrmas 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 clinica da gangrena. Tratamento: terapêutica preventiva; desbridamentos extensos e extração de corpos estranhos; hemóstase. Desinfecção artificial por processos físicos e químicos: ar quente (Quénu), soluto de hipoclorito neutro de Dakin, soluções cloretadas sódicas de Wright, solução terebentinada fraca. Pensos freqüentes e auto-drenagem permanente. Isolamento de doentes. ¿É contagiosa a gangrena gasosa?

Tratamento da gangrena confirmada: grandes desbridamentos de Morestin. Ignipuntura 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 injeções intersticiais de oxigénio; o uso de largas compressas embebidas de éter; o emprêgo do arsenobenzol e do galyl; as injeções e lavagens de cloridrato quinino a 1,25  $\frac{0}{100}$  (Kenneth Taylor); a mistura formulada de Morestin; as auto-vacinas de Wright.

### III. Flegmões crónicos e lenhosos.

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

30 de Novembro (têrça feira):

#### 19.ª LIÇÃO

##### *Septicémia.*

Etiologia.

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

¿Porque se dá a invasão septicémica?

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

Quantidade de micróbios.

Terreno, condições que favorecem o aparecimento dum estado septicémico.

¿Como penetram os micróbios no sangue?

a) Via linfática; b) via sanguínea directa.

Anatomia patológica.

Micróbios no sangue: toxemias; bacteriemias.

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

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

Diagnóstico: Luxação exposta da cabeça do rádio.

Operação: Reducção da luxação: drenagem. Imobilização.

Doente n.º 25. P. T. C. H.

2 de Dezembro (quinta feira):

#### 20.ª LIÇÃO

##### *Abcessos.*

Definição. Etiologia; condições da produção do pus; não há micróbios habitualmente piogénicos. Conseqüências 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 abscesso; sua constituição. Evolução dos abscessos. Abscessos crônicos e abscessos agudos.

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

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

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

Apresentação dum doente com um volumoso abscesso 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

*Abscessos* (continuação).

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

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

7 de Dezembro (têrça feira):

#### 22.ª LIÇÃO

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

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

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

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

Diagnóstico diferencial entre biloculação gástrica por ptose, espasmo ou compressão; biloculação por estenose mediogástrica; importância dos raios X. Reconhecimento 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.ª LIÇÃO

#### *Indicações operatórias dos apertos não neoplásicos do piloro.*

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

Diagnóstico: Ferida perfurante no hipocondro esquerdo. Hérnia traumática do intestino e eplon 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 (shock, 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 transversal ou por outra causa? Cuidados segundo Mayo Robson para o seu tratamento; posição do doente; lavagens do estômago; alimentação rectal; administração de doses pequenas de calomelanos. Conselhos de J. Deaver e de Maucclair. O entero-anastomose de Braun; a gastro-enterostomia em  $\gamma$ ;

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

Recomendação de Mercadé antes de se recorrer à intervenção cirúrgica;

C) Úlcera péptica do jejuno (Braun). Sua frequência; época de aparecimento; sede; 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 periodo post-operatório. ¿Em que casos é permitida a operação de novo?

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

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 regimen descloretado para um regimen hipercloretado: edemas renais; edemas cardíacos.

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

Operação: Laqueações. Drenagem.  
Anestesia geral com cloreto de etilo.  
Doente n.º 1131. P. C. H.

14 de Dezembro (têrça feira):

#### 25.ª LIÇÃO

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

#### *Tétano.*

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

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

- 1) Tétano cefálico, tétano paralítico de Rose, seus sintomas, evolução e diagnóstico. Teorias diversas sobre a sua patogénia;
- 2) Tétano das paredes abdominais: casos de Montais, de Schwartz e Moulonguet;
- 3) Tétano parcial dos membros: forma monoplégica e forma paraplé-gica; importância da hiperexcitabilidade excessiva dos músculos e dos nervos às correntes farádica e galvânica e do exagêro dos reflexos tendinosos para o diagnóstico do tétano. Sua evolução e terminação.

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

Patogénia do tétano local. Analogia entre o tétano parcial humano e o tétano experimental de certos animais. Influência no seu aparecimento da introdução duma dose mínima de toxina e da existência duma imunidade relativa, natural ou adquirida. Como explicar a acção da injeção 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 injeção: erupção, sua sede, 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 injeções:  $\alpha$ ) acidentes tardios;  $\beta$ ) acidentes imediatos locais e gerais. Sua explicação: estado anafilático. Meios de prevenir os acidentes séricos: o uso de cloreto de cálcio e da adrenalina; método anti-anafilático de Besredka;

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

Regras de seroterapia preventiva: ¿A quem se deve injectar o sôro? ¿Quando deverá ser feita a injeção? ¿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 injeções 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. Acido fénico (Bacelli) preparação da solução, vantagem no adicionamento de glicerina; doses e número de injeções. Raridade no envenenamento, meios de o reconhecer e processos de o evitar. Modificações do método de Bacelli: líquido de Magliano, preparado de Gerest, soluto de De Montille e Lesage, valor estatístico do método de Bacelli; modo de acção do ácido fénico; acção «in vitro» e «in vivo». Aplicação do método de Bacelli e das injeções massiças de soro antitetânico ao doente n.º 2183. U. H. Outros antitóxicos: cloridrato de betaína, coleslerina, opoterapia nervosa, persulfato de sódio e processo de aplicação. Tratamento pela perfoxena e pela mistura de Bottu, etc.

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

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

Tratamento sintomático:

Traqueotomia. Frenicotomia bilateral.

Estatísticas.

Conclusões.

Diagnóstico: Osteomielite prolongada do fémur direito.

Operação: Sequestrotomia.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 1103. P. C. H.

18 de Dezembro (sábado):

#### 27.ª LIÇÃO

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

#### *Carbúnculo.*

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

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

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

Sintomatologia da pústula maligna: fenómenos clínicos observados nas primeiras horas e sua transformação sucessiva; aparecimento da escara central, da corôa de vesículas e da aréola inflamatória de Chaussier; sintomas gerais da bacteriémia carbunculosa. Evolução para a cura desta infecção e sua descrição. Septicémia carbunculosa: 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 soro-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; soro anticarbunculo de Sclavo de efeitos nas primeiras 12 horas após a inoculação. Diminuição da mortalidade em vários países.

Métodos antisépticos: valor do iodo e formas sob que se pode administrar; 0 914.

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

Tratamento do estado geral.

Diagnóstico: Quisto sinovial da região poplíteia esquerda.

Operação: Ablação.

Anestesia local com soluto de atoxicocaina.

Doente n.º 24. P. T. C. M.

Diagnóstico: Lipoma volumoso acima da espinha ilíaca ântero-superior direita.

Operação: Enucleação.

Anestesia geral com cloreto de etilo.

Doente n.º 26. P. T. C. H.

21 de Dezembro (têrça feira):

28.ª LIÇÃO

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

*Perinefrite.*

Definição. Paranefrite e perinefrite.

Classificação de Roberts. Classificação de Maas: supra-renal, infra-renal, pre-renal e retro-renal. Anatomia do rim e dos seus envólucros; relações dos vasos sangüíneos, 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, superaguda e lenta. Migração dos abscessos: para o tórax, abertura no intestino, peritoneal, umbilical, lombar e no bassinete. Fistulização.

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

Dificuldades de diagnóstico no início. Dôr confundível com lumbago, neuralgia ileo-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: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 26. P. T. C. M.

8 de Janeiro (sábado):

29.ª LIÇÃO

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

*Tumores do pescoço.*

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

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

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

Fistulas congénitas: suas variedades: fistulas completas; fistulas cegas externas e fistulas cegas internas; estudo dos orifícios e do 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 tærço inferior do fêmur direito.

Operação: Sequestrotomia.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 985. P. C. H.

11 de Janeiro (tærça feira):

### 30.ª LIÇÃO

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

#### *Hidrócelos congénitos.*

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

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

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

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

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

Diagnóstico: Hidrócelo comum e hidrócelo comunicante. Hidrócelo e hérnia inguino-vaginal. Pseudo-quistos 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 pseudo-quisto sacular, etc.

Tratamento: incisão dos hidrócelos vagino-abdominais; dissecação e extirpação da porção escrotal e funicular da bolsa. ;E da porção abdominal? ;Dissecação 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: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 36. P. T. C. H.

13 de Janeiro (quinta feira):

31.ª LIÇÃO

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

*Hemorróidas.*

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

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

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

Prognóstico das hemorróidas idiopáticas, sintomáticas e respectivas complicações.

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

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

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

Operação de Whithead modificada.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

15 de Janeiro (sábado):

32.ª LIÇÃO

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

*Hérnias (noções gerais).*

Definição e classificação: hérnias congénitas, adquiridas e traumáticas.

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

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

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

Sintomas físicos; hérnias redutíveis e hérnias irreductíveis, 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 injeções irritantes. Cura radical operatória, bases em que assenta; tratamento do saco e tratamento da parede abdominal. Seqüências operatórias. Resultados tardios. Indicações gerais da cura radical.

Operação: Cura radical; método Bassini-Barker.

Diagnóstico: Estenose pilórica de origem cicatricial.

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

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 35. P. T. C. H.

18 de Janeiro (têrça feira):

### 33.ª LIÇÃO

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

#### *Acidentes das hérnias.*

Estrangulamento herniário:

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

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

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

4) Outros agentes de estrangulamento: estrangulamento nas hérnias properitonias, por um anel muscular, por divertículos do saco, por bridas, pelo epiplon, pelo apêndice, pelo divertículo de Meckel, estrangulamento retrógrado, vólvo 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: fenômenos macroscópicos no 1.º, 2.º e 3.º períodos, transformação do conteúdo da ansa intestinal. Lesões histológicas do intestino; localização dos micróbios na sua espessura e sua influência;

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

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

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

Etiologia do estrangulamento:

Causas predisponentes inerentes ao indivíduo: sexo, 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 inspecção, pela palpação e pela percussão; a corda epiploica de Velpeau: sintomas abdominais e digestivos; suspensão na eliminação de gases e fezes; raras vezes diarreia; como explicá-la; 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; septicemia peritônio-intestinal de origem herniária.

Diagnóstico diferencial da orquite dum testículo em ectopia com o estrangulamento dum hérnia congênita. 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 conseqüências; seu tratamento; b) reduções parciais; c) redução properitoneal; d) redução subperitoneal; e) redução com o agente de estrangulamento;
- 3) Redução do intestino doente; acção da taxis 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 soro quente.

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

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

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

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

Doente n.º 90. P. T. C. H.

Operação: Incisão; desbridamento.

Anestesia geral com cloreto de etilo.

Diagnóstico: Estenose médio-gástrica com estenose pilórica completa.

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

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 10. P. T. C. H.

22 de Janeiro (sábado):

### 35.ª LIÇÃO

Apresentação de doentes.

*Tuberculose cirúrgica.*

Definição. Esboço histórico dos trabalhos de Laennec, Broussais, Gran-cher, Villemin e Koch. Formas, dimensões e reacções tintoriais do bacilo;

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

Anatomia patológica:

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

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

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

27 de Janeiro (quinta feira):

### 36.<sup>a</sup> LIÇÃO

*Tuberculose cirúrgica* (continuação).

Sintomatologia:

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

**Diagnóstico:**

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

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

Prognóstico: de que depende; factores a ponderar sempre.

**Tratamento:**

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

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

Tratamento medicamentoso nas tuberculoses cirúrgicas.

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

Diagnóstico: Esporão cartilágneo bilateral do septo nasal.

Operação: Ressecção do esporão com bisturi forte.

Anestesia geral com cloreto de etilo.

Doente n.º 36. P. T. C. H.

29 de Janeiro (sábado):

## 37.\* LIÇÃO

**Coxalgia.**

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

da cavidade cotiloidea; perfuração do acetabulum; ulceração compressiva de Lannelongue. Coleções purulentas e sua migração. Abscessos pélvicos. Perturbações no crescimento do esqueleto do membro respectivo; alongamento trófico de Ollier; raquitismo inflamatório de Ollier e Vincent. Luxações patológicas e seu mecanismo, conforme as fases do processo de 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 começo; caracteres da dôr espontânea e sede 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 noturnos e sua significação semeiológica. 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-púbica. Abscessos artrifluentes ou articulares: a) anteriores e externos; b) internos ou dos adutores; c) posteriores ou nadegueiros; d) pélvicos.

Abscessos extra-articulares.

¿Qual a evolução destes abscessos? ¿Qual a sua importância para o prognóstico?

1 de Fevereiro (têrça feira):

### 38.ª LIÇÃO

*Coxo-tuberculose* (continuação).

Evolução:

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

Duração média da coxalgia.

Elementos clínicos que servem de base ao prognóstico; importância dos abscessos e das 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 sede inicial das lesões?

Diagnóstico:

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

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

Tratamento:

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

Leito-goteira de Bonnet-Ollier.

Técnica do aparelho gessado.

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

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

Tratamento das fistulas; antisépticos usados; medicação modificadora.

Resultados do tratamento conservador.

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

Diagnóstico: Varizes muito volumosas no tærço superior da côxa e na região poplíteo 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 cêrvico-facial infectada.

#### *Actinomicose.*

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

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

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

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

5 de Fevereiro (sábado):

40.<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup> LIÇÃO

*Fracturas* (continuação).

Fracturas completas:

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

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

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

Lesões dos t. moles:

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

Sintomatologia:

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

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

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

*Mobilidade anormal* e sua exploração; causas de êrro.

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

12 de Fevereiro (sábado):

42.ª LIÇÃO

*Fracturas* (continuação).

Diagnóstico:

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

Exame do estado geral.

Evolução das fracturas fechadas.

Períodos de Gosselin (inflamação, 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 Villevené).

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

Formação do calo nas fracturas não reduzidas e cominutivas.

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

Operação: Ressecção costal; descorticação pleuro-pulmonar.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 861. T. O. H.

15 de Fevereiro (têrça feira):

43.ª LIÇÃO

*Fracturas* (continuação).

Tratamento das fracturas simples:

Indicações de Goselin; tratamento anatómico e tratamento funcional.

Restabelecimento da forma; redução e contenção.

Redução imediata precoce; suas vantagens e efeitos.

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

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

Redução progressiva por tempos sucessivos.

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

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

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

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

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

Diagnóstico: Carcinoma do seio direito.

Operação de Halsted.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 27. P. T. C. H.

17 de Fevereiro (quinta-feira):

#### 44.ª LIÇÃO

*Fracturas* (continuação).

Método Lucas-Championnière no tratamento das fracturas.

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

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

Método ambulatório no tratamento das fracturas.

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

Método Delbet: marcha normal do membro fracturado.

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

Tratamento operatório nas fracturas diafisárias fechadas.

Como nasceu êste meio terapêutico; onde e quando; vantagens da redução sangrenta. ¿Quais os resultados funcionais dos processos clássicos? Estatísticas globais de Hoemel e de Smith. Estatísticas de Scudder, de Steward, de Lane e de 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: Fractura transversal dos dois ossos do antebraço esquerdo.

Operação: Osteosíntese; processo de Lane.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 916. T. O. H.

19 de Fevereiro (sábado):

#### 45.ª LIÇÃO

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

*Fracturas* (continuação).

Seqüências imediatas a afastadas das fracturas.

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

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

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

B) *Músculos*: a) Atrofia muscular: segmentar e total; atrofia muscular por lesões articulares e atrofia muscular por lesões abarticulares; sua diferença: semeiologia desta amiotrofia: hipotonia, atrofia e 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 cordões ântero-laterais: sinais clínicos. Atrofia óssea calcárea de Südeck.

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

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

Tratamento secundário das fracturas:

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

Complicações das fracturas:

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

Diagnóstico: Condroma submaxilar à direita.

Operação: Enucleação.  
Anestesia regional com soluto de atoxicocaina adrenalina.  
Doente n.º 921. T. O. H.

22 de Fevereiro (têrça feira):

46.ª LIÇÃO

*Oclusão intestinal.*

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

Notas clínicas 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 anatómico; a história progressiva no conhecimento da causa da oclusão; importância do exame directo do doente. Obstrução e estrangulamento; obstrução e peritonite. Oportunidade e indicações operatórias. Métodos operatórios: enterostomia, entero-anastomose, ressecção do intestino. Sua escolha. Contra-indicações. Resultados, complicações e seqüências post-operatórias.

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

Operação: Safenectomia interna.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 49. P. T. C. H.

24 de Fevereiro (quinta feira):

47.ª LIÇÃO

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

Tumores: definição e sua crítica.

Classificações antigas e modernas; sua crítica.

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

Epitelioma pavimentoso da lingua; apresentação dum doente.

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

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

Anatomia patológica:

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

Sintomatologia:

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

Diagnóstico:

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

Tratamentos:

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

Doente n.º 47. P. T. C. H.

Anestesia geral com clorofórmio Welcomme.

1 de Março (têrça feira):

#### 48.ª LIÇÃO

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

*Tumores* (continuação).

Angiomas.

Sinonímia. Definição.

Anatomia patológica.

Localização; estatísticas de Parker e de Porta.

Naevi materni e naevi pigmentares.

Classificações antigas e classificação de Virchow.

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

*Angiomas cavernosos*: sua constituição histológica.

Origem e evolução.

Congênitos; 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 congênitos; 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 cirsoides.

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 liquidos; cáusticos químicos; cauterização geral, termo ou galvanocautério. Electrolise.

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

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

Doente n.º 49. P. T. C. H.

Operação: Enucleação.

3 de Março (quinta feira):

#### 49.ª LIÇÃO

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

*Tumores* (continuação).

Sarcomas.

Definição; sua critica; 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 Gross e Scahwartz. Sexo. Hereditariedade e temperamento; traumatismos e irritações na genese e evolução dos sarcomas.

Tratamento e prognóstico:

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

neoplasmas. Estatística de Gross. 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 côxa esquerda.

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

Anestesia regional com soluto de atoxicocaina adrenalinado.

Doente n.º 52. P. T. C. M.

5 de Março (sábado):

#### 50.ª LIÇÃO

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

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

*Tumores (continuação).*

Tumores epiteliais: sua classificação.

Epiteliomas propriamente ditos; sua divisão.

Epiteliomas pavimentosos estratificados; suas variedades.

Epitelioma pavimentoso lobulado; caracteres histológicos.

Epitelioma mucoso; sua definição.

Epitelioma pavimentoso tubulado; suas características.

Epitelioma calcificado. Origem e evolução dos epiteliomas pavimentosos: o epitelioma pode ter origem sem ser nos espaços interpapilares? Há epiteliomas primitivos das glândulas sudoríferas e sebáceas? Factores que apressam a evolução dos epiteliomas; sua infiltração através dos tecidos: nervos, artérias e veias; difusão por via linfática.

Etiologia do cancroide do lábio:

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

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

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

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

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

Lipomas.

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

Anestesia regional com soluto de atoxicocaina.

Operação: Ablação do tumôr.

8 de Março (têrça feira):

#### 51.ª LIÇÃO

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

*Doenças das gengivas.*

1) Lesões traumáticas:

Feridas operatórias, contusões e ferimentos propriamente ditos.

2) Lesões inflamatórias:

Gingivite aguda; gingivite flegmonosa; gingivite gangrenosa.

Gingivite crónica: forma fungosa e forma hipertrófica.

Tuberculose das gengivas;

Sífilis das gengivas;

3) Tumores:

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

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

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

Patogenia segundo Nélaton, Virchow e Magiot.

Sintomas. Diagnóstico e tratamento.

Tumores dos maxilares:

I. Tumores relacionados com o sistema dentário:

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

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

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

II. Tumores independentes do sistema dentário:

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

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

Sarcomas: anatomia patológica; classificação; variedades histológicas.

Etiologia: sinais clínicos segundo os periodos de evolução destes tumores:

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

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

Operação: Ablação do tumor e esvaziamento ganglionar da axila.

Doente n.º 58. P. T. C. M.

10 de Março (quinta feira):

#### 52.ª LIÇÃO

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

Operação: Gastroenterostomia transmesocólica posterior Von Hacker.

#### *Semeiologia do estômago.*

Interrogatório do doente.

Métodos de exploração física do estômago;

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

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

- a) Estômago vazio e ingestão duma quantidade determinada de água;
- b) «Clapotage» depois duma refeição;
- c) «Clapotage» em jejum.

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

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

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

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

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

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

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

Operação: Safenectomia interna.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 55. P. T. C. M.

15 de Março (têrça feira):

53.ª LIÇÃO

*Carcinoma do estômago.*

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

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

Formas anátomo-patológicas segundo Borrmann:

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

Sob o ponto de vista cirúrgico:

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

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

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

2) Via sangüínea (veias do estômago, veia porta, figado, etc.);

3) Difusão por propagação directa (pâncreas, figado, colon);

4) Via peritoneal. Caracteres das metastases peritôneas. Cancro ulcerado e úlcera cancerosa.

Sintomatologia.

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



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

Existência dum tumor, 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.ª LIÇÃO

##### *Tratamento do cancro do estômago.*

Tratamento cirúrgico: radical e paliativo. Só excepcionalmente se pode escolher a terapêutica a seguir sem ter aberto o abdómen. Erros frequentes. 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 clinica 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 tærço superior da perna direita.

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

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 933. T. O. H.

Diagnóstico: Carcinoma do seio direito e adenopatia axilar volumosa.

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

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 59. P. T. C. M.

19 de Março (sábado):

#### 55.ª LIÇÃO

Apresentação do doente n.º 82.

#### *Quisto hidático do fígado.*

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

Perturbações exercidas sôbre os órgãos da vizinhança: compressão da veia porta, ascite, perfurações na cavidade pleural, 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 peritônio? Erupção à maneira da urticária. Modificações após a morte do equinococcus. Meios laboratoriais de diagnóstico dos quistos hidáticos e seu valor clínico.

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

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

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

Operação: Marsupialização por via transpleurofrénica.

22 de Março:

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

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

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 56. P. T. C. H.

24 de Março:

Diagnóstico: Trajecto fistuloso antigo da região supraioidea.

Operação: Excisão do trajecto.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 41. P. T. C. H.

25 de Março:

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

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

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 59. P. T. C. H.

26 de Março:

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

Operação: Cura radical da hérnia; castração à direita.

Anestesia regional com soluto de atoxicocaina adrenalina.

Doente n.º 58. P. T. C. H.

26 de Março:

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

Operação: Osteosíntese com placa de Lane.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 2250. P. C. H.

29 de Março:

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

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

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 60. P. T. C. H.

4 de Abril:

Diagnóstico: Hérnia inguinal direita. Varizes na perna direita.

Operação: Cura radical da hérnia. Safenectomia.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 62. P. T. C. M.

5 de Abril:

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

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

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 64. P. T. C. M.

7 de Abril:

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

Operação: Safenectomia interna.

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 52. P. T. C. M.

13 de Abril:

Diagnóstico: Fractura da parte média da clavícula esquerda.

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

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 64. P. T. C. H. T

14 de Abril:

Diagnóstico: Fractura transversal da rótula esquerda pelo quarto inferior.

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

Anestesia: Clorofórmio Welcomme.

Doente n.º 65. P. T. C. H.

Diagnóstico: Fibroma pediculado e longo no grande lábio.

Operação: Ablação.

Anestesia: Anestesia geral com cloreto de etilo.

Doente n.º 61. P. T. C. M.

15 de Abril:

Diagnóstico: Epitelioma do véu palatino e da úvula.

Operação: Estaflectomia e uvulectomia.  
 Anestesia: Anestesia regional com soluto de novocaina-adrenalina.  
 Doente n.º 69. P. T. C. M.

17 de Abril:  
 Diagnóstico: Unhas encravadas nos dedos mínimos dos pés.  
 Operação: Arrancamento.  
 Doente: Consulta externa.

Diagnóstico: Lipoma volumoso da região dorso-lombar.  
 Operação: Ablação.  
 Anestesia: Anestesia regional sol. atóxico-cocaina adrenalina.  
 Doente n.º 71. P. T. C. M.

17 de Abril:  
 Diagnóstico: Hipertrofia das amígdalas.  
 Operação: Amigdalotomia por fragmentação; pinça de Ruault.  
 Anestesia: Anestesia local com pulverização de soluto de cocaina.  
 Doente de consulta externa.

19 de Abril (têrça feira):

#### 56.ª LIÇÃO

##### *Tratamento cirúrgico moderno dos quistos hidáticos:*

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

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

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

II. Marsupialização. Sua técnica e suas indicações. Complicações (supuração, colerragia, fistulas 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 intra-quísticas 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 eis o método de escolha. Suas indicações conforme:

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

b) *Do estado da membrana adventícia:*  $\alpha$ ) calcificação;  $\beta$ ) rigidês;  $\gamma$ ) fis-

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

c) *Da séde do quisto*: sua classificação:  $\alpha$ ) quistos ântero-inferiores;  $\beta$ ) quistos pósteros-inferiores;  $\gamma$ ) quistos ântero-superiores e suas vias de acesso;  $\delta$ ) quistos pósteros-superiores e séde da sua intervenção;  $\zeta$ ) como intervir?

Marsupialização ou redução sem drenagem.

Processos que permitem a supressão da drenagem:

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

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

3) Redução do saco suturado (Delbet):

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

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

Estudo comparativo da marsupialização e da sutura sem drenagem.

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

Conclusões.

Comparação dos diversos processos de sutura sem drenagem.

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

Doente n.º 86. P. T. C. M.

21 de Abril (quinta feira):

#### 57.ª LIÇÃO

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

*Mal de Pott* (Tuberculose vertebral; Espondilite tuberculosa).

Anatomia patológica:

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

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

Como se forma a gibosidade.  $\zeta$ ) Quando se forma?

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

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

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

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

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

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

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

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

Operação de curso: Amputação do seio direito.

Diagnóstico: Sarcoma ulcerado e com tecidos necrosados.

Doente n.º 85. P. T. C. M.

23 de Abril (sábado):

#### 58.ª LIÇÃO

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

*Mal de Pott* (continuação).

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

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

Sintomatologia. Sintomas do comêço: triade sintomática do periodo 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 espáduas. Atitude do pótico e sua explicação. Exploração da mobilidade do ráquis e suas alterações. Dores espontâneas, sua sede e seu valor:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Operações do curso: Osteosíntese da clavícula com parafuso.

Diagnóstico: Fractura oblíqua da clavícula direita pelo tærço externo.

Doente n.º 964. T. O. H.

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



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 reclinção da coluna vertebral? Quando se faz e como se faz a extensão contínua. O leito dos póticos. Como fazer a reclinção da coluna vertebral: leito engessado de Lorenz e colete engessado de Sayre. Construção do leito de Lorenz: técnica do colete de Sayre. Variedades conformé 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 abscessos 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 injeccões 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 epididimo.*

Anatomia patológica. Formação dos nódulos tuberculosos no epitélio e nas paredes dos canais. Sua confluência e formação de abscessos. Caseificação. Invasão do deferente; sua formação em rosário. Contaminação do testículo quer pelos canaliculos seminiais, quer por via linfática, evolução para a cavernização. Raridades da tuberculose primitiva do testículo. Limitação do processo, propagação aos tecidos em tórno: 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 sífilis 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 orquidomia seguida de orquidorrafia. A castração precoce como profilaxia da tuberculização bilateral. Terapêutica nestes casos. Fisioterapia na tuberculose testículo-epididimar 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. Criptorquismo. Anorquidia. 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 criptorquismo;

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. «Ectopla 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 criptorquidia?

¿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 insufficiente 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 sêca 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:

¿A 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 intervem o sistema nervoso na génese das gangrenas? ¿Há nervos tróficos?

III) Gangrenas causadas por lesões directas dos tecidos. Conclusões.

Anatomia e fisiologia patológica.

Variedades:

1) Gangrena sêca: 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 aração erepe sua formação: 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 (têrça feira):

## 63.ª LIÇÃO

*Gangrenas* (continuação).

Doente n.º 50. P. T. C. M.: Diagnóstico: Gangrena sêca do dedo po-  
legar 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. Sintoma-  
tologia. Sinais precursores: fenómenos sensitivos, fenómenos motores,  
«meiopragie» de Potain, perturbações circulatórias. Sinais iniciais da gan-  
grena. Evolução e complicações;

b) Gangrenas por embolia. Causas. Sinais prodrómicos. 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 anal-  
gésico 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 síndrome;

III. Gangrenas por alterações do sangue:

a) Gangrena diabética. Patogénia: teoria da arterite, teoria da vitalidade  
precaria dos tecidos, teoria nervosa;

b) Gangrena por ergotismo;

c) Gangrena nos albuminúricos;

d) Gangrena palúdica;

e) Gangrena nas cachexias.

Diagnóstico.

Tratamento de gangrena sêca 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 ato-  
xicocaina-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. Altera-  
ções arteriais e venosas; sua influência na génese das úlceras; perturbações

nervosas e alterações do sangue. Lesões dos tegumentos, do tecido celular, dos músculos, das artérias e das veias. Frequência 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 sífilítica, úlcera tuberculosa, úlcera neoplásica, do escorbuto, úlcera fagadénica.

Prognóstico.

Tratamentos conforme a variedade.

14 de Maio (sábado):

#### 65.ª LIÇÃO

##### *Osteomielite aguda.*

Classificação das doenças dos ossos. Lesões infecciosas; 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 poluição 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 perióstio;

2.ª fase: medulite supurada e colecção sub-perióstica supurada. Modificações mais acentuadas da medula. Lesões de osteíte rarefaciente e hiperostose por osteíte condensante. Lesões do perióstio. Abscesso sub-perióstio e sua evolução; suas conseqüências. 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 primitivos 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 diaepifisária; como se faz a separação da diafise. Fracturas espontâneas e seu mecanismo.

Sintomatologia:

Primeiro período: dor, tumefacção ao nível da união da diafise com a epifise, edema cutâneo e veias dilatadas, sinais dados pela palpação, sintomas gerais.

Período de estado: agravamento de sintomatologia descrita, formação de abscesso 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 abscesso;
- 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 hipercrecimento, hipocrescimento, exagêro das curvaturas da diafise.

17 de Maio (têrça feira):

#### 66.ª LIÇÃO

*Osteomielite* (continuação).

Marcha, duração, terminação.

Diagnóstico: Necessidade do exame dos ossos nos adolescentes febris. Confusões no começo com a meningite e febre tifoide.

Reumatismo articular agudo e osteomielite. Caracteres da febre de crescimento. Como distinguir da osteomielite aguda tuberculosa e da pseudo-paralísia sífilítica ou doença de Parrot. Não confundir com uma contusão com derrame sangüíneo, com uma fractura sub-perióstica, com a linfangite ou com o flegmão profundo.

¿ Há possibilidade de reconhecer pelos dados clinicos 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 começo 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 piartrite a artrotomia em vez da amputação de Chassaignac. A ressecção precoce ou tardia nas osteomielites. Há o direito de a fazer e quando. Conseqüências possíveis; como remedeiá-las ou tratá-las.

¿ Qual o tratamento da osteomielite crónica?

Abertura de abscessos e sua localização pela radiografia; o esvaziamento medular.

A sequestrotomia; instrumentos precisos, regras gerais; técnica do penso. Necessidade do esvaziamento da medula óssea fungosa.

Métodos de preenchimento das grandes cavidades ósseas: enxertias autoplásticas, homoplásticas e heteroplásticas. Enxertias de ossos mortos. Osteoplastias: necrotomia osteoplástica de Bier; osteoplastia de Jaboulay; osteoplastia de Schulten. A «plombage» de Mosetig, parafinagem iodoformada, etc.

Diagnóstico: Osteomielite crónica recidivada.

Operação: Sequestrotomia e esvaziamento 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 sede 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 esfínterianas. Além destes sintomas nervosos difusos:

Sintomas de localização: 1) Perturbações motoras:  $\alpha$ ) Fenómenos paralíticos (hemiplegias, monoplegias);  $\beta$ ) 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 crâneo;

V. Ensinaamentos 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 «enfocement» extenso e laceração da dura mater.

21 de Maio (sábado):

68.ª 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 coccix.

Fracturas do iliaco.

Sua freqüência; tipos anatómicos das fracturas; fractura da crista e



fractura da asa do osso ilíaco; direcção e disposições destas fracturas. Suas causas. Sinais funcionais e sinais físicos. Diagnóstico e causas de erro. 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 frequentes. 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 quasi 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 isquiático, 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 asas 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: principios 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 (têrça feira):

69.ª LIÇÃO

*Traumatismos sôbre 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 frequente 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 vertebraes; fracturas unilaterais e fractura do arco vertebral;

4) Fracturas isoladas das apófises articulares;

5) Fracturas isoladas dos corpos vertebraes e suas modalidades;

6) Fracturas transversais totais.

Mecanismo: as fracturas vertebraes são quasi 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: frequência. 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 (supraglenoideas). Sua etiologia, séde e orientação dos traumatismos. Contrações musculares que as determinam.

Mecanismo. Acção dos ligamentos córacó-humeral profundo e supra-gleno-suprahumeral e das faixas fibrosas supra-gleno-prehumeral e pre-gleno-subhumeral. Como se dá a luxação nos traumas directos sôbre 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, tumefacção, 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.ª 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: paralisias 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 humero. 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 (têrça 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 Delpech;
- 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 escapulo-humeral da doente n.º 79.

P. T. C. M.

Operação de curso: Sequestrotomia da rótula esquerda.

Diagnóstico: Osteíte crónica.

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 têrço superior da tibia 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; histerectomia sub-total pelo método americano.

16 de Junho:

Doente n.º 85. P. T. C. H.

Diagnóstico: Osteíte 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: Psoíte 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 sub-maxilar 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 peritónio 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: Eucleação 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 epiplocelelo.

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: Fistula 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 hysterectomizado 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 contôrno ao epiplon 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 epiplon 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-púbica 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-scrotal 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: Eucleação intra-capsular.

28 de Julho:

Diagnóstico: Apendicalgias: quisto do ovário com pediculo em torsão à direita; quisto de ovário pequeno.

Operação: Apendicectomia; ovariectomia.

Doente n.º 114.

Diagnóstico: Apendicite com aderência a um quisto de ovário.

Anestesia: Eterisação com máscara de Ombredanne.

Operação: Ovariectomia 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: Esquirolecctomia; 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; ruptura das meninges.

Anestesia regional sob atoxicocaina 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: Esvaziamento 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. <sup>as</sup> - 19 26 - - 5. <sup>as</sup> - 21 28 - - sáb. 16 23 30 - -	Janeiro	{ 3. <sup>as</sup> - 11 18 - - 5. <sup>as</sup> - 13 20 27 sáb. 8 15 22 29	Abril	{ 3. <sup>as</sup> 19 26 - - - 5. <sup>as</sup> 21 28 - - - sáb. 23 30 - - -
Nov	{ 3. <sup>as</sup> 2 9 16 23 30 5. <sup>as</sup> 4 11 18 25 - sáb. 6 13 20 27 -	Fevereiro	{ 3. <sup>as</sup> 1 - 15 22 5. <sup>as</sup> 3 10 17 24 sáb. 5 12 19 -	Mai	{ 3. <sup>as</sup> - 10 17 24 31 5. <sup>as</sup> 5 12 19 26 - sáb. 7 14 21 28 -
Dez	{ 3. <sup>as</sup> - 7 14 21 - 5. <sup>as</sup> 2 9 16 - - sáb. 4 11 18 - -	Março	{ 3. <sup>as</sup> 1 8 14 15 5. <sup>as</sup> 3 10 16 17 sáb. 5 - 18 19		

2.º Assistente — *Dr. Azevedo Leitão.*

2.º Assistente provisório — *Dr. João Pôrto.*

1870

Received of the Treasurer of the  
County of ... the sum of ...  
for ...

Witness my hand and seal this ... day of ...  
1870

John ...  
County Clerk

...

...

...

...

...

...

...

...



