

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE ANATOMIA CIRURGICA, MEDICINA OPERATORIA E APPARELHOS

TALHA HYPOGASTRICA

PROPOSIÇÕES

TRES SOBRE CADA UMA DAS CADEIRAS DA FACULDADE

THESE

APRESENTADA A' FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

EM 30 DE AGOSTO DE 1887

PARA SER SUSTENTADA

POR

Pldefonso dos Reis e Silva

NATURAL DA PROVINCIA DE MINAS GERAES (PRADOS)

Afim de obter o grão de doutor em Medicina



Rio de Janeiro

TYPOGRAPHIA CARIOCA.—RUA THEOPHILO OTTONI 143

ESCRITORIO DO JORNAL DO AGRICULTOR

—
1887

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR.—Conselheiro Dr. Barão de Saboia
 VICE-DIRECTOR.—Conselheiro Dr. Barão de S. Salvador de Campos.
 SECRETARIO.—Dr. Carlos Ferreira de Souza Fernandes.

Doutores :

LENTES CATHEDRATICOS

João Martins Teixeira.....	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos.....	Chimica mineral medica e mineralogia.
João Joaquim Pizarro.....	Botanica e zoologia medicas.
José Pereira Guimarães.....	Anatomia descriptiva.
Antonio Cactano de Almeida.....	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire.....	Chimica organica e biologica.
João Baptista Kossuth Vinelli.....	Physiologia theorica e experimental.
José Benicio de Abreu.....	Pathologia geral.
Cypriano de Souza Freitas.....	Anatomia e physiologia pathologicas.
João Damasceno Peçanha da Silva.....	Pathologia medica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco.....	Pathologia cirurgica.
Conselh. Barão de S. Salvador de Campos...	Materia medica e therapeutica, especial- mente brasileira.
Luiz da Cunha Feijó Junior.....	Obstetricia.
Visconde de Motta Maia.....	Anatomia cirurgica medicina operatoria e apparehos.
Conselheiro Nuno de Andrade.....	Hygiene e historia da medicina.
José Maria Teixeira.....	Pharmacologia e arte de formular.
Agostinho José de Souza Lima.....	Medicina legal e toxicologia.
Conselheiro Barão de Torres Homem.....	
Domingos de Almeida Martins Costa.....	Clinica medica de adultos.
Conselheiro Barão de Saboia.....	Clinica cirurgica de adultos.
João da Costa Lima e Castro.....	Clinica ophthalmologica.
Hilario Soares de Gouvêa.....	Clinica obstetrica e gynecologica.
Erico Marinho da Gama Coelho.....	Clinica medica e cirurgica de crianças.
Candido Barata Ribeiro.....	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
João Pizarro Gabizo.....	Clinica psychiatrica..
João Carlos Teixeira Brandão.....	

LENTE SUBSTITUTO SERVINDO DE ADJUNTO

Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro..... Anatomia descriptiva.

ADJUNTOS

.....	Physica medica.
.....	Chimica mineral medica e mineralogia.
Francisco Ribeiro de Mendonça.....	Botanica e zoologia medicas.
Genuino Marques Mancebo.....	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz.....	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho.....	Physiologia theorica e experimental.
Luiz Ribeiro de Souza Fontes.....	Anatomia e physiologia pathologicas.
.....	Anatomia cirurgica, medicina operatoria e apparehos.
.....	Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira.
.....	Pharmacologia e arte de formular.
Henrique Ladislão de Souza Lopes.....	Medicina legal e toxicologia.
Benjamin Antonio da Rocha Faria.....	Hygiene e historia da medicina.
Francisco de Castro.....	
Eduardo Augusto de Menezes.....	Clinica medica de adultos.
Bernardo Alves Pereira.....	
Carlos Rodrigues de Vasconcellos.....	
Ernesto de Freitas Crissiuma.....	
Francisco de Paula Valladares.....	Clinica cirurgica de adultos.
Pedro Everiano de Magalhães.....	
Domingos de Góes e Vasconcellos.....	
.....	Clinica obstetrica e gynecologica
.....	Clinica medica e cirurgica de crianças.
Luiz da Costa Chaves de Faria.....	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
Joaquim Xavier Pereira da Cunha.....	Clinica ophthalmologica.
Domingos Jacy Monteiro Junior.....	Clinica psychiatrica.

N. B. A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emitidas nas theses que lhe são apresentadas.

V15/109

DISSERTAÇÃO

TALHA HYPOGASTRICA

I

DEFINIÇÃO; SYNONYMIA E HISTORICO



ANTES de entrarmos no estudo do historico da operação que constitue o ponto de dissertação da nossa These, devemos dizer duas palavras sobre a sua definição e synonymia.

Definiremos a talha hypogastrica da seguinte maneira:

E' uma operação que consiste em abrir, por incisão, a bexiga atravez da porção mediana do hypogastrio com um fim cirurgico.

E' uma definição que abrange todos os casos em que esta operação é chamada a intervir, ou se trate de calculos vesicaes, corpos extranhos, ou de neoplasmas da bexiga, cystites dolorosas graves, etc. etc. Não se pode, pois, defini-la hoje, como outr'ora, como uma operação que só tenha por fim extrahir calculos vesicaes, assim mesmo muito volumosos e duros.

Ella têm recebido diversas denominações, taes como: *lithotomia supra-pubiana, lithotomia hypogastrica, cystotomia hypogastrica, cystotomia supra-pubiana, talha supra-pubiana, talha hypogastrica, epicystotomia, laparo-cystotomia, alto apparelho, secção alta (sectio alta dos Alemães), talha alta, operação ou talha de Franco, etc.*

Sem discutir o valor d'estes differentes nomes, apenas diremos que *talha hypogastrica e cystotomia supra-pubiana* são os nomes porque é mais geralmente conhecida a operação que nos occupa; sendo, porem, mais correcto o de *cystotomia supra-pubiana*, que é adoptado por Chauvel e mesmo por quasi todos os cirurgiões modernos.

Feitas estas breves considerações, passemos agora a tratar resumidamente do historico da talha hypogastrica.

Quem primeiro praticou esta operação foi Pierre Franco, cirurgião d'Orange (Provence), em 1560, quando operava um menino de 2 annos de idade, pouco mais ou menos, pelo methodo que estava em voga n'essa epocha, isto é, pelo methodo do *pequeno apparelho (incisão sobre a pedra)*. Não podendo extrahir pelo perinaeo o calculo, que era do volume de um ovo de gallinha, e movido pela força das circumstancias, elle vio-se obrigado a «copper le dit enfant par-dessus l'os pubis»; e assim foi feita a primeira cystotomia supra-pubiana.

No anno seguinte P. Franco publicou esta observação no seu *Traité des hernies, 1561. Lyon*, (1) e eis textualmente o que elle disse a respeito do caso: «Je réciterai ce que une fois m'est advenu; voulant tirer une

(1) Bouley, *taille hypogastrique*, Paris, 1883.

pierre à un enfant de deux ans ou environ, auquel ayant trouvé la pierre de la grosseur d'un œuf de poule, ou peu près, je feis tout ce que je peux pour l'amener bas; et voyant que je ne pouvoye rien avancer par tous mes efforts, avec ce que le patient estait merueilleusement tormenté, et aussi les parents, désirans qu'il mourust plustot que de vivre en tel travail :

Joint aussi que je ne vouloye pas qu'il me fust reproché de ne l'avoir seu tirer (qui estait á moi grande folie) je délibérai avec l'importunité du père, mère et amis, de copper le dit enfant par dessus l'os pubis, d'autant que la pierre ne voulut descendre bas, et fut coppé sur le pénil, un peu à costé et sur la pierre, car je levais icelle avec mes doigts, qui estoyent au fondement, et d'autre costé, la tenant subjette avec les mains d'un serviteur qui comprimait le petit ventre au dessus de la pierre, dont elle fut tirée hors par ce moyen, et puis après, le patient fut guarý, (nonobstant qu'il en fut bien malade) et la playe consolidée; combien je ne conseille à homme d'ainsi faire; ains plustot user du moyen par nous inventé, duquel nous venons de parler, qui est convenant, plustot que de laisser les patients en désespoir comme cette maladie porte.»

Este meio de que elle falla era o esmagamento do calculo com o auxilio de um instrumento de sua invenção. Segundo Dolbeau, Pierre Franco tinha começado, neste caso, por fazer a talha perineal; Morand, porém, acredita que elle tinha procedido à talha hypogastrica *d'emblée*, sem ter tentado a perineal. Em todo o caso, o que ha de certo é que foi por amor proprio que Franco praticou a operação, com cujo successo não contava elle, chegando ao ponto de não aconsellar que se imitasse a sua conducta. O que é facto é que elle foi ouvido, e durante 20 annos ninguem mais fallou em talha hypogastrica.

Não se pode, porem, contestar-lhe a primazia, e quasi todos os auctores estão de accordo que foi Pierre Franco quem primeiro praticou esta operação; entretanto, alguns ha que poem em duvida esta primazia. Assim é que Nevermann (cit. por Petersen) acredita que ella já tinha sido recommendada no *Agur Veda*, livro medico dos Indous, attribuido a *Sucruta*, 1000 annos antes da nossa era. A authenticidade d'este facto não é, porém, garantida.

Segundo Blasius (cit. pelo mesmo auctor) Archigene já a tinha feito no tempo de Trajano, no começo do 2º seculo.

Phylagrius, de Thessalonica, que viveu depois de Galeno, passa tambem por tel-a praticado.

Pelos baixos relevos do tumulo de Henrique II, depositado no convento dos Benedictinos, no monte Cassino, Stromeyer acredita que elle soffreu esta operação, em 1002 a 1004.

Roth, de Bamberg, suppõe antes que se tratava de um caso de pedra na urethra, e não acceta a explicação de Stromeyer. Dizem tambem que Germain Collot, que viveu no reinado de Luiz XI, a praticára em 1474 no famoso archeiro de Bagnolet. Haller faz remontar a origem d'esta operação a meiodos do XV seculo.

Emfim, como estas diversas asserções não têm o cunho da authenticidade, é a Pierre Franco, cirurgião de Orange (Provence), que cabe a honra de ter sido o primeiro a pratical-a.

Apezar de anathematizada desde o berço por seu inventor e do olvido em que cahira, a cystotomia supra-pubiana encontrou 20 annos mais tarde, em 1580, um acerrimo defensor na pessoa de Rousset. (1) Este eminente cirurgião, contemporaneo de A. Paré, abraçando o que Franco repellia, toma a sua ideia, estuda o assumpto, faz uma serie de ensaios, inventa um methodo preciso e rigoroso, e, persuadido da excellencia do methodo hypogastrico, aconselha-o como methodo geral para substituir o que elle chama—a « boucherie périnéale. »

Durante meio seculo as ideias theoricas de Rousset não encontraram defensores e a talha de Franco ficou esquecida até 1635, quando Simon Piètre praticou esta operação, e, segundo Guy-Patin, fez com que seu discipulo Lemercier a escolhesse para ponto de sua These. Nück, em 1636, Fabricio de Hilden, Riolan, Theveni, Tolet, em 1681, e outros tambem praticaram-na. Em 1694, Proby fel-a em uma moça de 20 annos para extrahir um grampo, depois de ter exgottado todos os outros recursos. De Lamoignon, presidente do Parlamento Francez, a pedido dos profissionaes do seu paiz e em vista dos resultados obtidos por Bonnet, encarregou a Callot de dar o seu parecer sobre a nova operação. O afamado lithotomista do Hôtel-Dieu, depois de experiencias feitas em cadaveres, condemna a operação de Franco por ser muito perigosa, e na qual elle não podia pensar « sans horreur. »

Por causa d'este parecer interesseiro, segundo se diz, de um dos membros da familia Collot, foi a talha de Franco prohibida na França por um decreto do parlamento. Para a sua queda contribuiu tambem o apparecimento nesse paiz da *talha lateralizada* de Frei Jacques, nessa mesma epocha. Em 1707 ainda encontrou ella um franco defensor em Dionis, que a considera menos perigosa do que o *grande* e o *pequeno apparelho*.

Elle segue mais ou menos o processo de Rousset.

Em 1718, Jacques Douglas apresentou á sociedade de Londres uma memoria em que elle preconisa muito as vantagens d'este methodo; e no anno seguinte seu irmão John Douglas talha por este meio 4 individuos, obtendo 3 curas. O processo que elle seguia e que elle descreve minuciosamente na sua memoria como seu, e que passou como tal, nada mais é entretanto do que o de Rousset mais ou menos modificado.

Cheselden, cirurgião do Hospital de S. Thomaz, de Londres, sabendo dos bons resultados obtidos pelos Douglas e dos elogios levantados por elles ao novo methodo, começou em 1722 a seguir a pratica dos mesmos, tornando-se então um grande partidario da operação de Franco, a ponto de despertar ciumes da parte de Douglas. Alem d'estes, outros ainda a praticam na Inglaterra, onde a talha hypogastrica reinou ainda por algum tempo; e na Allemanha, Præbisch, Heister e outros tornam-se tambem seus proselytos.

(1) Rousset. *Traité nouveau d'hystérotomatokie et de partu coesario*, Paris, 1851.

Segundo a estatística de Morand, de 1719 a 1723 subia a 31 o numero dos operados por Douglas, Cheselden, etc., etc., havendo apenas 5 insuccessos. Entretanto, não obstante os bons resultados colhidos até então, aquelles que eram seus partidarios, taes como Douglas, Cheselden, etc., foram se tornando em pouco tempo seus adversarios, a ponto de ser a talha de Franco abandonada nos hospitaes de Londres, desde 1727: contribuindo para isso o facto de se terem dado com alguns cystotomistas rupturas da bexiga e ferimento do peritoneo.

Em Amsterdam, Sermes praticou-a 16 vezes, obtendo 11 curas, e por este facto foi elle muito censurado pela classe medica, que o considerou «ineptus ad officium judicio publico declaratus.»

Expulsa da Inglaterra, volta a talha de Franco para a sua patria, onde é bem acolhida por Sénac, Morand, Ledran e muitos outros, d'entre os quaes sobresahe Thibaut, o grande lithotomista da epocha e cirurgiaão em chefe do Hôtel-Dieu, o qual, a pedido de Winslow, pratica-a em cadaveres, faz diversos estudos e sobre ella emite um juizo muito favoravel. Durante uns trinta annos, a partir d'essa epocha (1728), a talha supra-pubiana, offuscada pelo brilho da *talha lateralizada*, cuja fama crescia de dia para dia, foi praticada apenas por alguns cirurgiaões. Não tardou, porém, a apparecer em 1760 Baseilhac, mais conhecido por Frei Côme, o qual modificou consideravelmente o seu manual operatorio, fazendo esta operação entrar em uma phase mais brilhante do que nunca. Observando elle que era muito commum a incontinencia de urina nas mulheres operadas pela talha lateral, que elle sempre empregava, pensou Frei Côme que só a talha de Franco poderia obviar este inconveniente. Começou então elle a praticar a talha hypogastrica.

Considerando perigosas as injeções intra-vesicaes, até então empregadas, Frei Côme rejeita-as, e para penetrar na bexiga no estado de vacuidade, sem lesar o peritoneo, elle inventou a *sonda de dardo*. O processo de Frei Côme é longo e algum tanto complicado, tendo alem disso a desvantagem de exigir muitos instrumentos e alguns especiaes. Durante 10 annos este grande cystotomista praticou a talha hypogastrica exclusivamente na mulher, e como já eram bastante numerosos os seus successos, começou elle então a empregal-a no homem e com resultados mais ou menos eguaes.

Segundo Pascal Baseilhac, seu sobrinho e historiador, em 100 operados (41 homens e 59 mulheres) obtivera elle 81 curas e 19 mortes (10 homens e 9 mulheres). Entretanto, apesar de tão brilhantes resultados, a talha de Franco ainda não consegue implantar-se no seu paiz natal, onde reina ainda a talha lateralizada, para cujo aperfeiçoamento contribuiu tambem Frei Côme com o seu *lithotomo occulto*; de maneira que durante todo o fim do XVIII seculo foi a talha supra-pubiana praticada poucas vezes na França.

Durante os 30 primeiros annos do seculo XIX esta operação foi praticada por diversos cirurgiaões, não conseguindo entretanto ainda impor-se, porque á ella ordinariamente recorriam sómente nos casos de pedras muito volumosas, e sobretudo naquelles em que a talha lateralizada, que nessa epocha já possuia um methodo rigoroso e scientifico, não dava resultado. Em Dupuytren a talha hypogastrica encontrou um sincero parti-

dario, o qual considerava-a, como methodo geral, tão boa como a talha perineal. Elle modificou o processo de Frei Côme, supprimindo a *botocira* perineal. Da mesma opinião é Pinel-Granchamps, o qual ainda propõe a sutura da bexiga em vez da sonda de demora.

Para Boyer as grandes dimensões do calculo e a impossibilidade de extrahil-o pelo perineo constituem as indicações da talha hypogastrica, a qual todavia elle acha muito vantajosa nas mulheres pelo processo de Frei Côme.

Em Belmas encontra o alto aparelho um historiador convicto e consciencioso, o qual não só praticou a operação muitas vezes, como tambem teve occasião de assistir ás muitas que foram feitas por seu sogro, o grande talhador Souberbielle, um dos incansaveis e acerrimos defensores da talha hypogastrica, que por ella luctou durante mais de 20 annos, desde 1818. A principio Belmas seguia o processo de Frei Côme, que elle mais tarde modificou, já inventando novos instrumentos, já modificando os antigos. Rejeitava tambem a *botocira* perineal. No seu livro *Traité sur la cystotomie sus-pubienne* publicado em 1827 trata elle longamente d'esta operação, e, estabelecendo um parallelo entre o *alto* e o *baixo aparelho*, conclue dizendo que a cystotomia supra-pubiana «peut être adoptée comme méthode générale.» Nessa mesma epocha Amussat, grande entusiasta da lithotricia, recorre ao *alto aparelho*, quando aquella não póde ser praticada.

Emfim, discutida, aperfeiçoada e modificada por quasi todos que a tinham praticado, a talha hypogastrica, já contando por centenas as suas victorias, começava a rivalizar-se com a talha lateralizada, quando surge em 1835 uma adversaria mais terrivel—a lithotricia. Não obstante a protecção de Souberbielle, de Belmas, etc. etc., ella tornou-se rara no tempo em que a joven eschola cirurgica era representada por Civiale, Leroy d'Etiolles e Heurteloup, grandes apologistas da lithotricia, os quaes recorriam á talha hypogastrica sómente depois de reconhecida a impraticabilidade da primeira, cujos successos cresciam de dia para dia.

Para o declinio da talha hypogastrica tambem contribuiu o facto da lithotricia e da talha perineal escolherem, por assim dizer, os bons casos, ficando para a primeira os maus, e em geral á ella se recorria em pessimias condições, já quando nada se obtinha com as outras.

Velpeau é-lhe favoravel, e condemna a sutura vesical; Malgaigne não condemna a operação, receiando todavia os seus accidentes (lesão do peritoneo e infiltração de urina). Na Allemanha deram-lhe melhor acolhimento, e d'entre outros destacaremos Gunther, o qual publicou em 1851, em Leipzig, uma interessante memoria sobre a *sectio alta*, reunindo elle todos os casos d'esta operação publicados desde a sua origem até 1851. Depois de estudal-os e de examinal-os seriamente, Gunther declara-se franco partidario da talha hypogastrica, e prova com a sua estatistica que os dous espantalhos d'esta operação (lesão do peritoneo e infiltração urinaria) não eram tão communs como se acreditava.

Em Dolbeau encontra ella mais um adversario, movido não pelo preconceito ou pela ignorancia, e sim pelo interesse. E' assim que na sua obra *De la pierre dans la vessie*, publicada em 1864, depois de comparal-a

com a sua *lithotricia perineal* ou *talha lithotritica*, conclue elle dizendo : « ... la taille sus-pubienne disparaîtra de la pratique chirurgicale. » Elle foi por demais severo para com uma operação que nunca praticára.

Assim como os allemães, os cirurgiões americanos tambem não foram indifferentes á talha de Franco, occupando saliente logar Dulles, um dos seus mais ardentes defensores, o qual reunio em 1875 um grande numero de observações (478), e, como Gunther, depois de examinal-as com attenção e imparcialidade, declara-se seu partidario, imitando assim a conducta do illustre cirurgião allemão.

Flury, continuando a obra de Gunther, reunio, tanto quanto lhe foi possivel, as operações do *alto appareilho* praticadas de 1851 a 1878, attingindo ellas a 93. Em muitos d'estes casos, diz elle, a operação foi feita depois de tentadas em vão a lithotricia e a talha perineal, de modo que só em 79 individuos é que ella foi praticada sem precedencia de outra, sendo os seus resultados 55 curas e 24 casos fataes.

Emfim, após uma peregrinação tão longa e accidentada, durante a qual por vezes se colligaram o preconceito, a ignorancia e o interesse, entra em uma nova phase aquella que desde o berço traz na fronte estampado o anathema paterno—a talha de Franco. Com Petersen começa a phase gloriosa da talha hypogastrica. O distincto clinico de Kiel em uma memoria apresentada a 7 de Abril de 1880 (1) ao *Congresso para as Sciencias chirurgicas*, de Berlim, trata extensamente da *sectio alta* e das importantes modificações por que elle fez passar o seu manual operatorio. Para evitar o ferimento do peritoneo, um dos escolhos da talha hypogastrica, elle propõe que se introduza no recto do doente um balão de cautchouc (colpeurynter), o qual, distendido por uma injeção d'agua, eleva para cima e para adiante a bexiga, tambem previamente distendida. D'este modo consegue-se, como elle demonstrou em muitas experiencias cadavericas, afastar do bordo superior da symphyse pubiana o fundo de sacco peritoneal anterior, ficando assim desnudada da serosato, em extensão sufficiente para o campo operatorio, a face anterior da bexiga. Depois de numerosas experiencias feitas no verão de 1878, Petersen conclue que o peritoneo não será lesado, pelo seu processo, nem mesmo por um operador inexperiente ou neophyto. Depois de ter combatido as objecções feitas contra a talha hypogastrica e estabelecido as suas indicações, Petersen mostra as vantagens do methodo, e conclue que a talha lateralizada não pode ser collocada em parallelo com a *sectio alta*, e que a talha mediana lhe é inferior debaixo de muitos pontos de vista.

A idéa do *ballonnement* rectal para a talha hypogastrica não cabe, como queriam alguns, a Milliot, o que se póde verificar pela memoria por elle publicada em 1875. Petersen conta na sua memoria que, lembrando-se de que Braune (em uma memoria publicada 2 annos antes) tinha avançado que pela apalpação rectal (processo de Simon), não só a bexiga elevava-se, graças ao alongamento da urethra, como tambem a prega anterior do peritoneo, teve elle então a idéa de introduzir no recto

(1) Petersen. Arch. für klin. chir. 1880, p. 752.

um balão cheio de uma certa quantidade d'agua para obter este effeito, e a experiencia correspondeu á sua expectativa.

Releva, porém, notar que Legendre já tinha mostrado, em cadáveres congelados, que o peritoneo acompanha o vertice da bexiga no seu movimento de ascensão.

Dez annos antes de Petersen, Pouliot, (1) verificando pessoalmente se os estudos anatomicos de Sappey eram bem fundados, instituiu uma serie de experiencias, empregando sómente a injeção vesical, e chegou a resultados differentes dos de Sappey e mais ou menos analogos aos de Petersen. Na terceira parte de sua these de doutoramento assim conclue elle, após os seus estudos: «Je crois que mon travail sera utile pour la ponction et la taille hypogastrique; si je n'entraîne pas les convictions, du moins je provoquerai de nouvelles recherches qui établiront définitivement ce point d'anatomie.»

Em todo caso, nenhum teve a excellente idéa de Petersen do emprego do balão rectal, cujas vantagens estão hoje bem reconhecidas.

Com as novas modificações de Petersen é a cystotomia hypogastrica introduzida na França por Périer, em 1881, depois do olvido em que ella cahira nesse paiz. Ainda por novos aperfeiçoamentos passa o processo operatorio de Petersen, sendo promotores dos mesmos Périer e Guyon. Ambos contrarios á sutura total da ferida vesical, adoptada por Petersen, substituem-na vantajosamente pela drenagem da bexiga, e para isto inventou Périer o duplo tubo siphão, o qual acaba muito recentemente de ser aperfeiçoado por Guyon, como veremos em occasião opportuna.

Hoje a cystotomia supra-pubiana é praticada em toda parte, os seus successos são innumerados; de todos os lados surgem observações e memorias interessantes sobre esta operação, pondo em relevo as suas vantagens, a sua facilidade de execução, etc. Nas discussões travadas a seu respeito nas sociedades scientificas tem sahido ella sempre vencedora. Tillaux, a proposito de uma communicação feita por Périer á Sociedade de Cirurgia na sessão de 23 de Dezembro de 1884, poz em duvida as vantagens da talha hypogastrica nos meninos, a qual dizia elle ser inferior, nelles, á talha perineal, que devia ser a preferida em vista das suas vantagens nestes ultimos. Alem d'isso, elle a considerava mais difficil no menino do que no adulto. Do mesmo modo pensava Le Dentu.

Na sessão seguinte, porem, Monod provou com uma estatistica, recolhida de momento, de 45 casos que a opinião de Tillaux e de Le Dentu não podia ser aceita, visto como nem um só caso fatal foi assignalado, não obstante ter sido lesado o peritoneo em um dos operados, e alem d'isso as difficuldades referidas pelos operadores eram de pouca monta, e não tão grandes como suppunha Tillaux. Por isso, concluiu Monod que, ainda mesmo nos meninos, a cystotomia supra-pubiana é preferivel á perineal.

No Brazil esta operação tem sido praticada poucas vezes.

(1) Pouliot. Ponction vésicale hypogastrique, rapports de la paroi antérieure de la vessie, Th. de Paris, 1868.

Apenas temos noticia de ter ella sido praticada em Pernambuco pelos Drs. Malachias e Pontual; em S. Paulo pelos Drs. Luiz Pereira Barreto e Carlos Botelho; e na Bahia por um cirurgião cujo nome ignoramos. Todos elles obtiveram excellentes resultados. No Rio de Janeiro praticaram-na tambem os Drs. Brissay e Fort, que infelizmente não obtiveram bons resultados, fallecendo os dois operados.

Finalmente, praticou-a no anno passado, com feliz resultado, o illustado professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Dr. Oscar Bulhões, tendo a operação sido feita no Hospital da Santa Casa de Misericordia, sahindo o operado completamente restabelecido.

Emfim, muito longe iriamos, si quizessemos historiar tudo o que se tem feito e escripto sobre a talha hypogastrica nestes ultimos annos desde Petersen (1880) até hoje, e apenas diremos, em conclusão, que ao illustado director da Policlínica de Kiel, assim como a Eduardo Périer e a Felix Guyon, distincto chefe da escola do hospital Necker, deve esta operação o occupar hoje saliente logar entre as suas congeneres e o ser mesmo, na phrase de Bouley, uma «humble, mais utile succédanée» da lithotricia.

II

ANATOMIA TOPOGRAPHICA

L'anatomie est toujours «le flambeau du chirurgien.»
(Etienne, Th. d'agrég., Paris, 1883).

Antes de entrarmos no estudo do manual operatorio da cystotomia supra-pubiana, devemos conhecer bem o seu campo operatorio.

Constituirá, pois, o assumpto deste capitulo a anatomia da região hypogastrica ou supra-pubiana. A pouca attenção que á esta região prestaram os antigos cirurgiões, assim como as idéas erroneas, que por muito tempo reinaram na sciencia sobre as relações da bexiga com a parede abdominal anterior, idéas estas sustentadas por anatomistas eminentes, como Sappey e outros, foram outras tantas causas que muito cooperaram para o descredito e abandono da talha de Franco.

Os tratados classicos de Anatomia topographica não descrevem esta região de um modo especial, e os auctores não estão mesmo de accordo sobre os seus limites.

Ella é limitada: em cima, por uma linha horizontal passando pelas espinhas iliacas anteriores e superiores, direita e esquerda; em baixo, pelos bordos superiores dos pubis; e lateralmente, por duas linhas verticaes partindo da eminencia ilio-pectinea ou do meio da arcada crural, e prolongando-se directamente para cima. Alguns auctores, Bouley (1), por exemplo, estabelecem como ponto de partida para estas linhas verticaes as espinhas dos pubis; o que, porem, não é exacto. Segundo Tillaux,

(1) Bouley, Taille hypogastrique, 1883.

a cavidade abdominal divide-se em nove regiões, das quaes tres medianas (*epigastrio, mesogastrio e hypogastrio*), e seis lateraes, direitas e esquerdas, as quaes são: *os hypocondrios, os flancos e as fossas iliacas*. As linhas que limitam estas diversas regiões são fornecidas por duas linhas verticaes parallelas cortadas por duas horizontaes, das quaes a superior passa, segundo diz elle, pelas cartilagens das nonas costellas de cada lado, e a inferior pelas espinhas iliacas antero-superiores. Quanto ás linhas verticaes, os auctores divergem. Uns fazem-nas partir d'estas espinhas iliacas, outros das espinhas dos pubis. Tillaux prefere, como pontos de reparo, a eminencia ilio-pectinea ou o meio da arcada crural, e diz o illustrado anatomista que não têm razão aquelles que as fazem passar pelas espinhas iliacas antero-superiores, e muito menos a têm os que tomam para seu ponto de partida as espinhas dos pubis, o que reduziria as regiões medianas a uma especie de tira estreita. Assim pois, não se pode acceitar os limites lateraes da região hypogastrica, como quer Bouley, partindo das espinhas pubianas, porque ficaria ella nestas circumstancias reduzida sómente a uma tira estreita, á *linha alva*. A região hypogastrica e as fossas iliacas correspondem á grande bacia. No hypogastrio se encontram o grande epiploon, o intestino delgado e a bexiga, quando ella está distendida.

Esta região apresenta sete camadas ou planos, que são os seguintes, de fóra para dentro: 1º *a pelle*; 2º *o tecido celular sub-cutaneo*, tambem chamado *fascia superficialis*; 3º *a aponevrose abdominal*; 4º *a camada muscular*; 5º *o fascia transversalis*; 6º *o tecido celular prevesical, ou cavidade de Retzius*; e 7º *a bexiga e o fundo de-sacco peritoneal prevesical*. D'estas differentes camadas as que merecem uma attenção particular da parte do cirurgião são a 6ª e a 7ª, em cuja descripção seremos mais minuciosos; sendo as outras aliás de pouca importancia, debaixo do ponto de vista da operação que nos occupa.

1º. PELLE.— A pelle d'esta região nada de notavel apresenta. Muito elastica, guarnecida de pellos na visinhança do penil, ella apresenta muitas vezes nas multiparas a chamada *linha escura da prenhez*, que é muito commum nas mulheres gravidas. Esta linha mediana e vertical é devida a um deposito de pigmento, e quando ella existir poderá servir de ponto de reparo para a incisão cutanea.

2º TECIDO CELLULAR SUB-CUTANEO OU FASCIA SUPERFICIALIS. — De todas as camadas da região hypogastrica a que mais varia em espessura é esta. Mais espessa na mulher e nos individuos gordos, ella pode attingir 2 a 2 1/2 cent. de espessura, podendo mesmo ir muito alem.

Tambem é da sua maior ou menor espessura que depende a maior ou menor profundidade da bexiga, constituindo algumas vezes uma causa de difficuldade ou mesmo impossibilidade para a operação.

O tecido celular sub-cutaneo, ou *fascia superficialis*, é constituído por bridas fibrosas que se entrecruzam formando lojas ou areolas, em cujo interior existem abundantes pelotões de gordura amarellada.

Superficialmente estas areolas são frouxas e espaçosas e o tecido adiposo mais abundante, ao passo que profundamente ellas vão se es-

treitando, as bridas fibrosas vão se condensando, de maneira que o tecido fibroso, sobrepujando o adiposo ao nível da face profunda do *fascia superficialis*, toma ahí a forma laminosa, aponevrotica.

Assim, o tecido celular sub-cutaneo affecta, segundo Tillaux, a forma de *fascias* decomponiveis em duas camadas, superficial e profunda, das quaes a primeira, ou folha superficial do *fascia superficialis*, continua-se com a da pelle da côxa passando por diante da arcada crural sem linha de demarcação; ao passô que a segunda (folha profunda do *fascia superficialis*) adhere intimamente á referida arcada. Nas pessoas magras esta distincção das duas folhas é mais facil. D'estas disposições resultam consequencias clinicas e operatorias importantes.

A incisão d'este plano faz-se quasi a secco, visto como interessa apenas arteriolas e venulas, ramos das arterias e veias sub-cutaneas abdominaes, que por sua vez acham-se longe do campo operatorio. A arteria sub-cutanea é pequena e constante, nasce do tronco da femural logo abaixo da arcada de Poupart, algumas vezes da vergonhosa externa, e dirige-se obliquamente para o umbigo, não merecendo preoccupar o cirurgião, diz Tillaux. O *fascia superficialis* d'esta região é a continuação do das regiões vizinhas; continua-se para baixo com o das bolsas, e, ao nível da linha mediana, elle adhere mais ou menos intimamente á face profunda da pelle e á aponevrose subjacente.

Destacando-se o *fascia superficialis*, encontra-se na parte mediana da região uma especie de ligamento amarellado, de fôrma rectangular, formado de laminulas elasticas (Bouley), e estendendo-se da raiz das bolsas para cima em uma distancia de 4 a 5 cent. do bordo superior do pubis, e expandindo-se superiormente em fôrma de leque. As suas fibras, intimamente adherentes á aponevrose abdominal, descem convergindo na linha mediana para a raiz das bolsas. As fibras lateraes dirigem-se para os cordões espermaticos, que ellas cobrem, e vão se inserir na face profunda das bolsas, ao nível da raiz da verga; as medianas reúnem-se em baixo a outras semelhantes emanadas da parte superior da symphyse, formando com ellas um feixe achatado, triangular e vertical chamado *ligamento suspensor da verga*. (Sappey).

Na parte inferior da região ainda se encontram algumas arteriolas e venulas, ramusculos das arteria e veia vergonhosas, talvez mais calibrosas do que as sub-cutaneas. Não offerecem tambem importancia a não ser a fôrma serpentina que ellas tendem a tomar; e provavelmente a ellas é que se referia Belmas, quando dizia que as veias d'esta região são algumas vezes varicosas, a ponto de formarem grupos vasculares acima dos pubis. A camada elastica oppõe-se á infiltração de urina em virtude da sua extructura. Depois de tirado o *fascia superficialis*, ainda se encontram nas partes infero-lateraes da região supra-pubiana os cordões espermaticos, que se dirigem obliquamente para baixo e para dentro para a espinha pubiana. Ao nível do bordo superior da symphyse, elles conservam entre si uma distancia média de 5 cent.; de modo que podem ser lesados por uma incisão transversal feita perto dos pubis, e é este um dos defeitos do processo de Ledran, o qual aconselha a incisão transversal.

3.º APONEVROSE ABDOMINAL. — Destacando-se o *fascia superficialis*, encontra-se logo abaixo a *aponevrose abdominal anterior* revestida de uma delgada tela cellulosa. O seu aspecto varia tanto na linha mediana, onde se vê uma linha branca, cuja largura augmenta-se de baixo para cima, como nas partes lateraes, onde ella é de um branco-azulado por causa da camada muscular sotoposta.

Esta aponevrose é espessa e resistente, as suas fibras são obliquas para baixo e para dentro na direcção das fibras musculares do grande obliquo do abdomen, do qual ella pôde ser considerada como um largo tendão de inserção. Pelo entrecruzamento de suas fibras ao nivel da linha mediana, ella forma a chamada *linha branca* ou *linha alva*, a qual na distancia de 6 a 7 cent. acima da symphyse pubiana ainda merece bem o nome de *linha*, e fórma um verdadeiro septo fibroso vertical e antero-posterior, que separa os bordos internos dos musculos grandes rectos do abdomen, ordinariamente muito approximados. A *linha branca* estende-se, sob a forma de uma tira fibrosa, do appendice xiphoide á symphyse pubiana. A sua largura varia com os sexos e com os individuos, e sobretudo quando se a considera abaixo ou acima do umbigo. Na sua porção infra-umbilical ella vae se estreitando á proporção que desce, e se reduz a uma delgada lamina fibrosa antero-posterior que vae se inserir na parte postero-superior da symphyse pubiana por intermedio da base de sua expansão triangular. Em geral, ella é de 6 a 8 mm. de largura superiormente, e apresenta a sua maior largura (18 a 20 mm.) ao nivel do umbigo.

E' a parte escolhida para a incisão na talha hypogastrica e na ovariotomia. Nesta camada ainda se encontram pequenos orificios que dão passagem a filetes nervosos lombo-abdominaes e a ramusculos da arteria epigastrica.

Como acabamos de dizer, ordinariamente aconselha-se que se faça a incisão da talha hypogastrica na *linha alva*, a qual é nesta região uma verdadeira linha ou septo vertical antero-posterior tão estreito que é impossivel penetrar-se no seu intersticio. Nestas condições o bisturi cahe forçosamente, á direita ou á esquerda, na bainha de um dos rectos, e a incisão deixará de ser mediana, o que não convém. Para se approximar tanto quanto possivel fôr da linha mediana e fazer-se a secção da *linha branca*. Bouley aconselha um meio que nos parece bom. Feita a incisão da pelle e descoberta a aponevrose abdominal, faz-se nesta, em cima e perto da linha mediana, uma abertura sufficiente para a introdução do bico da sonda cannelada, que será levada por debaixo da aponevrose até á linha mediana, inclinando-se o bico da tenta-canula para direita ou para esquerda, conforme a incisão cahio na bainha muscular esquerda ou direita. Nestas condições o bico da sonda cannelada vae esbarrar-se no septo vertical mediano (*linha alva*), ao longo do qual será ella escorregada até á symphyse, o que se faz com a maior facilidade, diz Bouley. Algumas vezes o operador poderá encontrar obstaculo em uma das intersecções aponevroticas do musculo grande recto; basta, porém, um pouco de esforço para transpol-o e levar a tenta até ao pubis. Em seguida, faz-se a incisão da aponevrose sobre a tenta-canula. Assim conseguir-

se-á evitar a incisão dos rectos abdominaes, uma vez encontrado o intersticio muscular.

4.º CAMADA MUSCULAR. — Compõe-se dos musculos pyramidaes e dos grandes rectos do abdomen, que são cobertos pelos primeiros na sua porção infero-interna. Os pyramidaes são pequenos musculos de fórma pyramidal, situados na região hypogastrica de cada lado da *linha alva*, que os separa interpondo-se ás suas faces internas. Em baixo, elles inserem-se, pelas suas bases e por meio de curtas fibras aponevroticas, na parte antero-superior da symphyse pubiana e dos pubis; e d'ahi dirigem-se obliquamente para cima e para dentro e vão se inserir por linguetas tendinosas na *linha alva*, ao nivel do meio do espaço comprehendido entre a symphyse e o umbigo. Estes pequenos musculos não são constantes; ora existe um de cada lado; ora dous de um lado e um do outro; mais raras vezes dous de cada lado, e outras vezes faltam.

Sappey considera-os feixes de reforço dos grandes rectos do abdomen. Situados mais profundamente estão os grandes rectos, os quaes se inserem inferiormente no corpo dos pubis por um tendão anacarado, achatado de diante para traz, de 2 a 3 cents. de largura e de um comprimento pouco mais ou menos igual, e que occupa todo o intervallo que se estende da espinha á symphyse pubiana, prolongando-se muitas vezes do bórdo superior do pubis sobre a sua face anterior.

Algumas vezes este tendão se divide em duas linguetas, das quaes a externa é mais larga e mais delgada do que a interna.

Estes musculos apresentam no seu trajecto de 3 a 5 intersecções fibrosas situadas quasi todas acima do umbigo, e que adherem intimamente á face profunda das folhas anteriores das suas bainhas.

A' medida que estes musculos se dirigem para cima, vão se afastando um do outro, e o espaço que medeia entre elles é occupado, como já vimos, pela *linha alva*.

5.º FASCIA TRANSVERSALIS. — A 5ª. camada é formada pelo *fascia transversalis*, descripto pela primeira vez por A. Cooper. E' uma membrana fibrosa que só existe na porção sub-umbilical da parede abdominal e que, como o *fascia iliaca*, só apresenta resistencia na vizinhança da arcada crural e a dous ou tres dedos transversos acima. A partir do umbigo, a folha posterior da bainha do grande recto se adelgaça e resolve-se logo em uma camada de tecido cellular, sendo desde então substituida por uma aponevrose independente que se espessa de cima para baixo, o *fascia superficialis*, o qual está em relação immediata, pela sua face anterior, com a face profunda dos musculos grandes rectos e transversos, e por sua face posterior com o tecido cellular sub-peritoneal e o peritoneo (Billaux).

Este *fascia* fixa-se para dentro no bórdo externo do tendão do musculo recto do abdomen, onde elle desdobra-se em duas folhas, das quaes a *superficial* dirige-se para a *linha alva* passando por entre o grande recto e o pyramidal, e a *profunda*, mais delgada ainda do que a primeira, reveste a parte inferior do recto abdominal; para cima e para atraz, elle perde-se insensivelmente no tecido cellular sub-peritoneal. Quanto ás suas inserções inferiores muito divergem os auctores;

ellas differem segundo são consideradas na metade externa e na metade interna da arcada crural. Na metade externa, diz Tillaux, este *fascia* se implanta solidamente no *fascia iliaca*, que elle encontra em angulo quasi recto; e na metade interna, elle se insere na arcada crural de maneira a formar com a aponevrose do grande obliquo uma gotteira de concavidade superior na qual está deitado o gordão espermatico, o que constitue o trajecto inguinal, do qual este *fascia* forma a parede posterior.

Ao nivel da fossetta inguinal externa o *fascia transversalis* fornece uma bainha commum ao cordão e ao testiculo.

Retzius e outros anatomistas negaram a existencia do *fascia transversalis* nesta região. Segundo Retzius esta aponevrose acompanha o peritoneo na sua reflexão para a face posterior da bexiga, não revestindo por essa razão a face posterior do abdomen na sua porção inferior. Richet diz que é a porção mediana do *fascia transversalis* que existe na região hypogastrica; e segundo Bouley, ora elle se apresenta com caracteres de uma verdadeira aponevrose, ora de *fascia*, e ás vezes falta.

6.º TECIDO CELLULAR PREVESICAL, CAVIDADE DE RETZIUS. — Para atraz do *fascia transversalis* encontra-se um tecido cellular amarellado, mais ou menos adiposo e mais ou menos abundante segundo os individuos. E' o *tecido cellular prevesical*, o qual se acha interposto entre a bexiga (suppondo-a distendida), o peritoneo, a parede abdominal e o pubis, e constitue a folha anterior do desdobramento do *fascia propria*, segundo Bouilly.

Etienne (1) chama a attenção para uma disposição, um aspecto particular d'este tecido ao nivel do *fundo-de-sacco* peritoneal anterior, o que não deixa de ter importancia na talha supra-pubiana, podendo isto servir de ponto de reparo para evitar-se a serosa. Diz elle ter verificado em cadaveres, mesmo de individuos os mais emaciados, a presença de um verdadeiro *bourrelet* de um cinzento-amarellado, que limita muito exactamente esta praga serosa. Nos individuos gordos ou nas mulheres, é um verdadeiro cochim de tecido gorduroso de um amarello-óca, que não deixa ás vezes de embarçar o operador. Este tecido cellular é sub-peritoneal, está situado para atraz do *fascia transversalis*, cujas fibras são vistas antes de se attingil-o, e está contido n'esta cavidade na qual se desenvolve a bexiga ao distender-se, na cavidade chamada de Retzius.

Este anatomista sueco foi quem primeiro deu uma descripção especial d'esta cavidade virtual, apresentando a este respeito em 1856 uma memoria á Academia de Stockolmo, a qual Hyrtl mais tarde, em 1858, communicou á Academia das sciencias de Vienna.

Depois de descrevel-a minuciosamente nesta sua memoria, Retzius diz que a bexiga enchendo, dilata-se em uma cavidade cujas paredes, anterior e posterior, são por ella afastadas. A *anterior* é formada, diz elle, pela extremidade inferior dos musculos grandes rectos do

(1) Etienne, Parallèle des diverses tailles vésicales, Th. d'agrég., Paris, 1883.

K. 4.—1887.

abdomen e pela parte anterior de sua bainha; a *posterior* pelo peritoneo, que é coberto pelas aponevroses, as quaes se confundem para atraz com as linhas semi-circulares de Douglas; e as *paredes* lateraes são formadas pelas referidas pregas semi-circulares e pelo seu prolongamento em arcada. De maneira que d'estas disposições anatomicas resultaria uma loja que seria fechada adiante pela parede abdominal; atraz, pelo peritoneo e *fascia transversalis*; e lateralmente, pelas adherencias d'essas duas membranas no bordo externo da bainha dos musculos rectos abdominaes. Bouilly, (1) que de novo estudou esta cavidade em 1880, nega a disposição que lhe traçára Retzius.

Diz elle que traçando-se na parede abdominal anterior: 1º uma linha transversa perpendicular á *linha branca* e situada a 8 ou 9 cent. abaixo do umbigo; 2º duas linhas verticaes seguindo o bordo externo dos musculos rectos anteriores e descendo quasi até ao pubis, circumscreve-se um espaço rectangular, atraz do qual se desenvolve a bexiga, quando, sahida da excavação pebiana, ella attinge uma distensão media. Este espaço, que corresponde á região hypogastrica profunda, é um ponto relativamente fraco da parede abdominal, que neste nivel se deixa facilmente deprimir para adiante pela bexiga, durante a sua repleção. As linhas superficiaes por elle traçadas correspondem profundamente a uma disposição anatomica particular da parede abdominal destinada a permittir a ampliação do reservatorio urinario pela sua face anterior. O facto mais saliente desta disposição, diz elle, é a ausencia, em toda a porção assim limitada, de uma aponevrose de envoltorio solida na face posterior dos musculos rectos, a qual seria um obstaculo á distensão da bexiga para adiante e á sua evacuação pela compressão dos referidos musculos rectos.

Resulta d'isto, continua elle, a formação de um espaço, adiante da bexiga, de paredes moveis, desenvolvendo-se com a distensão do orgão, accumulado por tecido cellulaer, e impropriamente chamado *cavidade prevesical* ou *pre-peritoneal*. Sobre este ponto, diz elle, os anatomistas estão de accordo. Começam, porem, as divergencias quando se trata de descrever como se comportam as differentes camadas da parede abdominal profunda ao nivel d'esta região.

Como já dissemos, Bouilly não acceta a disposição anatomica do anatomista suéco, a qual, diz elle, ou é falsa ou excepcional, porque elle nunca a encontrou em seus estudos anatomicos. Após pacientes estudos, Bouilly chegou á conclusão de que a *cavidade prevesical* não apresenta as mesmas paredes assignaladas pelo anatomista Retzius, o que se pôde verificar pela sua descripção:

A folha posterior da bainha dos musculos rectos abdominaes anteriores, a 8 ou 9 centímetros abaixo do umbigo, termina-se por um bordo curvilíneo de curvatura inferior, dobrado pelo peritoneo que lhe adhire neste ponto. Pelas suas extremidades lateraes este bordo curvo insere-se nos bordos externos dos musculos rectos na extensão de 1, 2 ou 3 cent. E' isto o que se chama *linha* ou *préga semi-circular de Douglas*.

(1) Bouilly.—Les tumeurs aiguës et chroniques de la cavité prévésicale (cavité de Retzius) Paris, 1880, Th. d'agrég.

A partir d'este ponto até ao pubis, diz Bouilly, os rectos estão revestidos na sua face posterior, não de uma aponevrose resistente, mas sim de uma t'ela fibro-cellulosa, que, resistente superiormente, vae-se adelgacando para abaixo e perde-se abaixo dos pubis e atraz da symphyse, confundindo-se com o tecido cellular pubiano.

Superiormente esta t'ela adhire ás linhas semi-circulares de Douglas, e, lateralmente, ao bordo externo da bainha dos rectos; para fóra d'este ponto, ella continua-se, á direita e á esquerda, com o *fascia transversalis* propriamente dicto, do qual esta t'ela fibro-cellulosa nada mais é, segundo Bouilly, do que a parte mediana enfraquecida.

A camada de tecido cellular que separa o *fascia transversalis* do peritoneo, isto é, a camada sub-peritoneal, para a parte inferior da parede abdominal condensa-se e se espessa, tomando o aspecto de uma membrana, que A. Cooper denominou *fascia propria*. A camada cellular ante e latero-vesical é uma dependencia d'este *fascia*, o qual vae-se espessando a partir do umbigo até ás pregas de Douglas, e ao nivel d'esta arcada fibrosa elle se desdobra em duas folhas, das quaes a *anterior*, laminosa, fórma o 6º plano ou *tecido cellular prevesical*, e a *posterior*, areolar e mais frouxa, reflecte-se com o peritoneo sobre a bexiga dirigindo-se com elle para a face posterior d'este orgão. E' entre estas duas folhas que a bexiga executa os seus movimentos de ascensão e de descensão, como se estivesse em uma especie de bolsa serosa. O *fascia propria* prolonga-se para cima, acompanhando as arterias e a uraca até á parte inferior da cicatriz umbilical. Bouilly provou, pois, que foi a folha posterior do *fascia propria*, a qual, unindo-se á anterior, forma uma ogiva cujo vertice corresponde ás pregas de Douglas, que Retzius tomou pelo *fascia transversalis*, explicando assim o porque elle excluiu-o da parede anterior da cavidade prevesical.

Para Bouilly o *fascia transversalis* desce adiante da bexiga para perder-se atraz dos pubis, e não continua-se para traz d'ella com o *fascia pelvis*, como dizia Retzius; de sorte que póde-se conceber a cavidade como uma cupula peritonial aberta em baixo e para adiante, ou melhor como um nicho fechado adiante pelo pubis e parede abdominal anterior, cuja aboboda seria formada pela serosa exclusivamente. (Etienne).

A região hypogastrica profunda, como Bouilly denomina a *cavidade de Retzius*, merece attenção especial do cirurgião por ser o logar onde ordinariamente se derrama a urina nos casos de punctão e talha hypogastricas, e de feridas accidentaes da bexiga, etc. Nestes casos a infiltração urinaria pode muito bem invadir todo o tecido sub-peritoneal da bacia e da cavidade abdominal, em vista das disposições anatomicas, produzindo lesões extremamente graves.

Assim, pois, não se deve descollar o tecido prevesical, sendo por isso censuravel e recusada a pratica de Ludwig, que aconselha, na talha hypogastrica, o descollamento do tecido celular retro-pubiano. Chegando ao tecido celular prevesical o operador pode encontrar algum obstaculo á marcha operatoria devido a algum vaso da parede anterior da bexiga; por isso, é mister bem conhecê-los.

As arterias da bexiga se dividem em *anteriores*, *posteriores*, *superiores* e *inferiores*. Estes vasos, provenientes de fontes multiplas, são em geral de pequeno calibre e pouco sangue fornecem nas feridas da bexiga. As *arterias anteriores*, que mais nos interessam, são ramos da vergonha interna e algumas vezes da obturadora. Ellas se ramificam na tunica muscular da bexiga, e as suas ultimas divisões se distribuem na tunica mucosa. As veias vesicaes são mais volumosas, e não seguem o trajecto das arterias. Gillette, (1) que as estudou muito bem, dividio-as em tres redes: *sub-mucosa*, *inter-muscular* e *sub-peritoneal*. A rede venosa da mucosa do corpo vesical é representada, diz Tillaux, por um certo numero de departamentos venosos, cujas ramificações convergem para um tronco principal, lembrando vagamente cada departamento os *vasa vorticosas* choroidianos. Ao nivel da mucosa do collo, ella forma um rico plexus venoso circular, que muitas vezes é varicoso. Os troncos principais da *rede sub-mucosa* reúnem-se e formam a *rede inter-muscular*. O seu trajecto é irregular, havendo entretanto, ás mais das vezes, um parallelismo entre as veias e as fibras musculares.

A *rede sub-peritoneal* divide-se em *anterior*, *posterior* e *lateral*, e fórma o *plexus pudendalis*. As *anteriores*, que mais nos interessam, descem para o collo vesical e vão se lançar, com as dorsaes da verga, no plexus de Santorini, situado na parte postero-inferior da symphyse pubiana.

Não é raro encontrar-se ao nivel da face anterior da bexiga uma ou mais veias calibrosas, ás vezes do calibre de uma veia humeral, sobretudo quando se opera com o balão de Petersen que congestiona as veias da pequena bacia. Bouley, Etienne, etc., citam casos d'este genero. Como ellas se acham na linha mediana, é preciso cautela para não feril-as, o que poderia dar logar a uma hemorragia, que viria perturbar a marcha operatoria. Segundo Bouley, é esta talvez uma das maiores fontes de hemorragia na talha hypogastrica, a qual não é entretanto muito grave, e é raro.

7.º BEXIGA E FUNDO-DE-SACCO PERITONEAL ANTERIOR. — Para traz do tecido celular pre-vesical encontra-se a face anterior da bexiga, quando distendida, e o fundo-de-sacco peritoneal prevesical, cujas relações constituem uma das questões mais importantes da cystotomia supra-pubiana, o que nos obriga a ser mais extenso sobre esta parte do capitulo.

A bexiga occupa uma grande parte da excavação pelviana. A sua forma varia segundo as idades e o seu estado de vacuidade e de repleção. No primeiro caso, a bexiga retrahida, abatida sobre suas paredes, achatada, occulta-se na pequena bacia por detraz dos pubis, e o peritoneo ligeiramente suspenso passa quasi directamente da parede abdominal para a face anterior do rectum; e no estado de vacuidade, ella torna-se *fusiforme* no menino, e no adulto ella toma a forma de um *ovoide* cuja

(1) Gillette. Recherches anatomiques sur les veines de la vessie et sur les plexus veineux intra-pelviens, (Journal de l'anatomie et de la physiologie, 1869.)

pequena extremidade está para cima e para adiante e a grande extremidade para baixo e para atraz.

Quanto á profundidade da bexiga no estado de repleção, ha muitas variações individuaes, podendo ella ser nos individuos magros de menos de $1/2$ centimetro, nos de média gordura de 2 a $2\ 1/2$ cent., e nos gordos de 3, 4 ou mais centimetros. Emfim, isto depende sobretudo do maior ou menor desenvolvimento do tecido cellulo sub-cutaneo, e porisso é que na mulher ella está, em geral, situada mais profundamente do que no homem.

O reservatorio urinario, á medida que vai se enchendo, sahe da excação pelviana, ultrapassa o seu estreito superior, invade o hypogastrio em uma extensão variavel, e vem se pôr em contacto com a parede abdominal por intermedio de sua face anterior, que se torna então accessivel á acção cirurgica. Vejamos agora como se comporta o peritoneo com a face anterior da bexiga; quaes as relações que elle affecta com esta face, questão esta de magna importancia para a pratica da talha hypogastrica, visto como por muito tempo affirmou-se ser impossivel attingir a bexiga pela sua face anterior sem ferir o peritoneo, acreditando-se que a parte d'esta face despida da serosa e em contacto com a parede abdominal anterior não era bastante extensa para permittir a entrada no orgão por essa via.

Como se sabe, o peritoneo desce acompanhando a uraca para o vertice da bexiga, onde ella se fixa. No estado de vacuidade d'este orgão, a serosa, reflectindo-se sobre esse cordão, passa quasi directamente para a face posterior da bexiga, de maneira que a sua face anterior fica de todo desprovida de peritoneo.

A' medida que a bexiga se distende e sóbe para o abdomen, o peritoneo vai sendo levantado e descollado pelo vertice do orgão, formando então uma depressão de concavidade superior, denominada *fundo de sacco peritoneal anterior* ou *prevesical*, ou *vesico-abdominal*. Quanto á formação e á disposição d'esta prega peritoneal, não havia accôrdo entre os anatomistas. Acreditavam alguns que a bexiga, distendendo-se, invadia o abdomen, levava para cima o peritoneo e vinha se pôr directamente em contacto, *por toda a altura de sua face anterior*, com a parede abdominal anterior sem interposição de serosa.

Este facto foi, porem, contestado por muitos anatomistas entre os quaes Malgaigne, e, sobretudo, Sappey, o qual provou a sua inexactidão, demonstrando que uma parte da face anterior da bexiga distendida era coberta pelo peritoneo, e que ella se distendia sobretudo á custa de sua face posterior, experimentando então um movimento de basculo tendo por effeito inclinar o seu vertice para adiante.

A este repeito diz Tillaux (1) « Ces faits sont parfaitement exacts... A' mesure que la vessie remonte, il se forme un cul-de-sac pèritonéal entre sa paroi antérieure et la paroi abdominale: mais je ne puis admettre le mécanisme invoqué par notre savant anatomiste, et moins encore les conséquences qu'il en tire au point de vue opératoire. »

(1) Tillaux. Traité d'anat. topog., pag. 762, 1884.

Sappey, descrevendo a formação d'esta prega serosa, diz:

« Le péritoine descend sur la face antérieure du viscère en rabattant l'ouraque contre celle-ci, et il descend d'autant plus bas que la dilatation devient plus considérable.»

Mais adiante ainda diz o illustrado anatomista: « Tel est le mécanisme en vertu duquel le péritoine descend entre la paroi abdominale et la vessie.»

Tillaux, que de novo estudou esta questão, não admite, como vimos, o mecanismo invocado por Sappey, e eis textualmente o que elle diz: « Non, le péritoine ne descend pas, car il remonte, au contraire. En se portant en haut, la vessie entraîne avec elle la portion de péritoine située immédiatement au-dessus du pubis. A mesure que la vessie se distend, son sommet s'élargit, de façon à fournir presque une face supérieure, et la partie de la vessie placée en avant de l'ouraque se coiffe de cette portion de péritoine détaché de la paroi abdominale; plus la vessie remonte; plus il y a de péritoine détaché de la paroi abdominale, et plus il y a de vessie recourverte. »

Continúa elle: « Quand M. Sappey dit: « le cul-de-sac descend d'autant plus bas que la dilatation devient plus considérable, » le fait est vrai, mais ce qui est vrai également, c'est que la hauteur de la vessie dépourvue de péritoine est en raison de la profondeur du cul-de-sac, puisque la portion qui forme le cul-de-sac est précisément celle qui a été détachée de la paroi abdominale.

En lisant M. Sappey, il semblerait que, plus la vessie est distendue, moins on a d'espace pour pénétrer dans sa cavité, puisque le péritoine descend davantage: or cela n'est pas exact; je le répète, la portion du péritoine qui recouvre la paroi antérieure de la vessie distendue n'est autre que celle qui tapissait la paroi abdominale avant la distension, et en voici la preuve: mesurez la distance qui sépare le pubis du cul-de-sac péritonéal et celle qui sépare le cul-de-sac péritonéal du sommet de la vessie, c'est-à-dire de l'insertion de l'ouraque, la distance est la même, et il n'en peut être autrement;... »

Em seguida conclue elle: « Donc l'espace privé de péritoine est d'autant plus grand que le cul-de-sac est plus profond, c'est-à-dire que la cavité vésicale est plus distendue; le péritoine ne joue pas un rôle actif dans la distension de la vessie, il ne descend pas, son rôle est purement passif, la vessie le refoule en haut et s'en coiffe en partie. »

Sappey (1) conclue a sua descrição, aliás erronea, como o demonstrou Tillaux, dizendo: « Les rapports qu'affecte la région antérieure de la vessie avec la paroi correspondante de l'abdomen sont donc beaucoup moins étendus qu'on ne le pense généralement... Si les chirurgiens l'eussent mieux connue, ils n'auraient certainement pas proclamé d'une voix presque unanime qu'un calcul peut être facilement extrait par cette région sans léser le péritoine, et que la ponction sus-pubienne est aussi exempte de tout danger. En conformant leur conduite à un pareil lan-

(1) Sappey. Traité d'anat. descr., pag. 566, vol. IV, 1870.

gage, je n'hésite pas à dire qu'ils s'abandonnent à une fausse sécurité: c'est ce qu'avait déjà entrevu du reste Malgaigne, qui signale les dangers de la sonde à dard dans la taille hypogastrique. »

Tomando, pois, por base a anatomia, Sappey rejeitava absolutamente a talha e a punção hypogastricas, o que Tillaux não admite. « Il est un fait indiscutable, diz elle, c'est que, lorsque la vessie est distendue, une portion de sa face antérieure répond immédiatement à la paroi abdominale sans interposition du péritoine... On peut donc, sans danger de blesser le péritoine, pénétrer dans la vessie par-dessus le pubis, à la condition de ne pas prolonger l'incision trop haut. »

Depois dos importantes estudos de Petersen, Tillaux ainda tornouse mais entusiasta da talha hypogastrica do que em 1877, quando elle fez conhecer o erro em que laborava Sappey; e a respeito d'esta operação diz elle na IV ed. da sua Anatomia, (1884): « La taille hypogastrique imaginée par Franco dans un éclair de génie, tour-à-tour reprise et abandonnée, jouit aujourd'hui d'une grande faveur. »

E mais adiante, depois de considerar as suas vantagens, elle diz: «... on conçoit que cette méthode soit mise en parallèle avec la taille périnéale, et puisse même lui être supérieure, ce que l'avenir démontrera. » Sappey (1), em 1879, depois das novas pesquisas de Tillaux, modifica a sua opinião a respeito da cystotomia hypogastrica, da qual entretanto elle ainda não se mostra grande partidario, conforme as suas palavras: «... la taille hypogastrique ne saurait être comparée à la lithotritie périnéale imaginée par Dolbeau; si les progrès de l'anatomie ne la condamnent pas absolument, les progrès de la chirurgie lui laissent bien peu de valeur. » Hoje, porem, tal asserção é insustentavel.

Richet, Etienne, Bouley e outros tambem explicam a seu modo a formação do fundo-de-sacco vesico-abdominal; estando, emfim, todos em desaccordo com Sappey.

Vejamos agora o que se tem dicto quanto á distancia que medeia entre este fundo-de-sacco e o bordo superior da symphyse pubiana. Lauger estudando a topographia da bexiga diz que, em geral, elle está tanto mais elevado acima da symphyse, quanto mais alto estiver o vertice vesical; não havendo, porem, nenhuma relação constante a este respeito, diz elle.

Deneff e Veter (cit. por Bouley) dizem que ha um espaço de 4 dedos transversos sem peritoneo, quando a bexiga está muito distendida. Segundo Pitha, nos velhos e nos magros, a serosa attinge o bordo superior da symphyse, pondo-se de parte os casos de dilatação chronica da bexiga por estagnação urinaria, assim como tambem os casos de adherencia da serosa á symphyse. Elle cita um caso d'este genero, assim como tambem Bromsfield, Lotzbeck e Petersen, que cita dous casos. Emfim, estes factos não são communs.

Pouliot, (2) depois de uma serie de experiencias sobre esta ques-

(1) Sappey. Tr. d'anat. desc., 1879, 3ª ed.

(2) Pouliot. Ponction vésicale hypogastrique, Th. de Paris, 1868.

tão, conclue que a altura do fundo-de-sacco peritoneal anterior acima da symphyse está sempre em proporção com a distensão do reservatorio urinario. Bouley, fazendo uma serie de experiencias com o fim tambem de verificar a altura da préga peritoneal comparada com a altura do vertice da bexiga, chegou a resultados analogos aos de Pouliot.

D'estes seus estudos tira elle uma conclusão pratica, isto é, que para as alturas do vertice da bexiga acima da symphyse pubiana, comprehendidas entre 9 e 13 centímetros, seria preciso tirar 4 cent. para se ter a altura do fundo-de-sacco peritoneal acima da referida symphyse, e 3 cent. para as alturas comprehendidas entre 5 e 9 centímetros.

De modo que, acrescenta Bouley, (1), *approximadamente* poder-se-ia julgar no vivo, pela saliencia do vertice da bexiga acima do pubis, da altura da prega peritoneal; ha, todavia, muitas differenças individuaes sobre este ponto.

Em uma segunda serie de experiencias feitas em outras condições, elle verificou que, para a mesma quantidade de liquido injectado, a altura do fundo-de-sacco acima da symphyse está longe de ser a mesma, variando muito com os individuos. Elle ainda tira esta conclusão: «Toutes choses égales d'ailleurs, il faut, en général, pour faire remonter le repli péritonéal à une hauteur donnée, injecter dans la vessie beaucoup plus de liquide chez les individus maigres que chez les individus gras.»

Esta regra não é absoluta, offerecendo muitas excepções, como elle mesmo reconhece. Emfim, estas experiencias, alem de muitas outras, nas quaes sómente foram feitas injectões intra-vesicaes, provam que Sappey não tinha razão em considerar como muito pequeno o espaço comprehendido entre a symphyse e o fundo-de-sacco peritoneal ante-vesical a ponto de elle achar perigosa mesmo a punção hypogastrica.

Vejamos agora qual é a disposição d'esse *fundo-de-sacco*, fazendo se a distenção vesical combinada com a rectal, segundo o processo de Petersen.

O illustrado cirurgião de Kiel, procurando conhecer os resultados fornecidos pelo engenhoso meio que elle imaginára (emprego de um balão rectal), emprehendeu uma serie de experiencias relativas a esta questão, e chegou a resultados não tão favoraveis como elle esperava, sendo elle mesmo o primeiro a reconhecê-lo, como se vê pelas palavras com que elle termina a descripção do seu *modus faciendi*: «E' evidente que havia uma certa resistencia de attrito a vencer e que meus resultados não são certamente muito excellentes». (1) Em todo o caso elle poude se convencer de que a bexiga era levada para cima e para adiante pelo balão, o que devia augmentar muito as facilidades operatorias. Petersen não indica de um modo claro e preciso o processo que seguira nas suas experiencias, nas quaes elle empregou injectões variaveis de 0 a 600 grammas (segundo o seu quadro), tanto para a bexiga, como para o balão rectal, injectando ora só-

Bouley, op. cit.

(1) Petersen. Arch. für klin. chir.. 1880, p. 752.

mente a bexiga, ora o balão, ora ambos simultaneamente. Broussin (1) e Duchastelet repetiram por sua vez as experiencias de Petersen, tanto em meninos como em adultos, e, como elle, não encontraram differença bem notavel na altura da prega peritoneal, empregando-se ou não o balão rectal. Etienne e Vautrin repetindo-as em 18 cadaveres de individuos de 20 a 80 annos chegaram a resultados mais lisongeiros do que os precedentes. Ambos serviram-se, como balão rectal, de um pessario Gariel, sendo a quantidade de liquido nelle injectada invariavel, 250 grammas empregava Etienne e 300 grammas Vautrin, que, alem d'isso, não variava as injectões vesicaes, para as quaes elle empregava sempre 300 grammas. Das experiencias de Etienne resulta que, com uma distensão vesical de 200 a 450 grammas, elle obteve uma altura média do fundo-de-sacco de 41 mm.; como *minimum* 18 mm., e como *maximum* 55 mm. Em dous casos elle encontrou o fundo-de-sacco ao nivel do bordo inferior da symphyse, porque havia um pouco de aseite, o que não era visivel no exterior. Vautrin chegou a resultados mais ou menos analogos nas suas seis experiencias.

Segundo Bouley, Petersen ou foi victima de uma serie má, ou então o seu processo era defeituoso. Achando discordes e não muito animadores os resultados fornecidos pelas experiencias de Petersen, elle empreendeu uma serie de novas experiencias, seguindo um processo melhor, e chegou ás seguintes conclusões, que reproduzimos textualmente: «Il existe des différences individuelles très marquées, et ce serait téméraire que de vouloir poser des règles absolues au sujet du relèvement du repli péritonéal, après l'injection de la vessie et le ballonnement rectal; 2°. Mais d'une manière générale, le relèvement du cul-de-sac au dessus de la symphyse est assez proportionnel à l'embonpoint du sujet. Très appréciable chez les individus gras ou d'un embonpoint moyen, il est beaucoup moins prononcé chez les individus maigres». Diz elle que, com uma injectão média de 400 a 500 grammas, no balão e na bexiga, é preciso contar que o fundo-de-sacco se elevará de 7 centimetros e mais nos individuos gordos; nos de média gordura de 6 a 7, nos magros de 5 a 6, e nos muito magros de 3 a 4 centimetros, ou mesmo menos; e, com injectões de 250 a 350 grammas na bexiga e 400 a 600 no balão, os algarismos representando a altura do referido fundo-de-sacco são apenas um pouco menos pronunciados.

Em uma segunda serie de experiencias, em que elle variou as quantidades de liquido injectado, quer na bexiga, quer no balão, com o fim de ver como se modificava a altura da supradicta prega peritoneal, elle é levado a fazer as seguintes observaões:

«L'influence vraiment utile du ballon sur le relèvement du cul-de-sac péritonéal s'arrête de 400 a 600 cc. d'injection.

«Dans la plupart des cas, dès qu'on veut dépasser cette limite, le ballon trop distendu tend à faire hernie par l'anus, ou bien quand il est bien retenu, dans le bassin, il remonte dans le rectum en s'allo-

(1) Broussin. De lá t. hypogastrique, Th. de Paris, 1882.

K. 5.—1887.

geant et en se moulant sur l'intestin. 2° Quand on pourra injecter dans la vessie de 300 à 400 grammes (le ballon contenant 500 cc. o environ), on pourra compter déjà sur un relèvement très appréciable du cul-de-sac péritonéal». Se não se conseguir, porém, injectar na bexiga uma tal quantidade de liquido, não é caso para se desesperar, visto como tem-se observado que em muitos casos, com uma injeção intra-vesical de 150 a 200 cc., já se obtem um espaço sufficiente para a operação, tendo-se ainda o recurso de levantar e proteger com o dedo a serosa, pratica hoje commum e seguida por Guyon, que sempre empregou no vivo injeções vesicaes de 200 a 350 grammas, não lhe permittindo a bexiga ultrapassar esta ultima quantidade; e no balão rectal elle tem empregado de 400 a 600 grammas, sem nunca ter lesado o peritoneo.

Em certos casos, raros é verdade, o balão pode subir ao até promontorio e impedir a distensão da bexiga. Bouley observou isto duas ou tres vezes, contendo então a bexiga 100 a 150 grammas. Defontaine (du Creusot), a proposito de uma observação sua de 2 talhas hypogastricas praticadas com successo em um mesmo menino de 4 1/2 annos, e apresentada á Soc. de cirurgia (sessão de 10 de Novembro de 1886) chama a attenção dos praticos para a possibilidade de se incisar o recto, nos meninos, quando não se mantem bem o balão em situação conveniente.

Isto apenas quer dizer que contra taes casos, se bem que raros, se deve prevenir o operador; por isso, é de boa pratica certificar-se bem, antes da operação, da altura da bexiga no hypogastro, quer se tenha injectado muito ou pouco liquido, empregando-se a percussão e principalmente a apalpação, que, neste particular, é melhor do que os outros meios exploratorios, inspecção e percussão, segundo Guyon e muitos outros praticos abalisados.

Nos casos de adherencias do peritoneo á symphyse, o balão rectal não dará resultados; entretanto, elles não podem entrar em linha de conta por serem raros. Pitha, Bronsfielde, Lotzbeck e Petersen citam apenas alguns d'estes factos, como já tivemos occasião de dizer.

Quanto á disposição do fundo-de-sacco peritoneal prevesical nos herniosos, Féré (cit. por Broussin), em experiencias feitas em Bicêtre sobre 7 cadaveres de herniosos, 4 de hernias inguinaes simples e 3 de hernias inguinaes duplas, observou que nestes ultimos a prega peritoneal ficava ao contacto do pubis, e que nos de hernia simples ella subia no maximo de 1 cent., assim mesmo do lado em que não havia hernia, apezar de ter elle feito injeções intra-vesicaes forçadas. Elle não affirma, porém, se no vivo dar-se-ha a mesma cousa. Vautrin encontrou tambem um cadaver de velho de 74 annos, portador de uma hernia inguinal direita, no qual o fundo-de-sacco subio sómente 4 mm., depois de uma injeção no balão e na bexiga de 300 grammas para cada um.

Entretanto, a estes factos a observação oppõe outros congeneres e que discordam dos primeiros. Verneuil referio á Soc. de cirurgia (sessão de 13 de Março de 1883) o caso de um individuo de 60 annos, que apresentava uma hernia inguinal dupla e muito volumosa, no qual não havia entretanto adherencia peritoneal. Guyon tambem operou um individuo portador de hernia inguinal esquerda sem ferir a serosa.

No cadáver de um individuo de 60 annos, no qual havia hernia dupla e adherencias epiploicas no fundo do sacco herniario, após uma injeção vesical de 300 gr. e rectal de 700 gr., Bouley obteve 10 cent. para a altura do vertice vesical e 7 cent. para a do fundo-de-sacco peritoneal, o qual ainda se conservava 2 $\frac{1}{2}$ cent. acima da symphyse, ficando distendida sómente a bexiga.

Emfim, poderíamos citar mais alguns casos, em que se fez a talha hypogastrica sem ferir o peritoneo, não obstante os operados serem herniosos. A unica conclusão a tirar d'estes factos é que, durante a operação, será necessario redobrar de precauções para não interessar-se a serosa, e procural-a um pouco mais para baixo sem se expôr todavia a ir descollar o tecido cellular retro-pubiano.

Até então nos temos referido especialmente ao homem, e devemos tambem dizer algumas palavras a respeito da mulher e do menino.

Na mulher, as relações da face anterior da bexiga com a face posterior da symphyse pubiana, com a parede abdominal anterior e com o peritoneo, são as mesmas que no homem: tambem a talha e a punção hypogastricas, diz Tillaux, são submettidas ás mesmas regras. Segundo muitos anatomistas, a bexiga se acha mais elevada nella, e se distende com mais facilidade. Bouley diz ter obtido, em suas experiencias, resultados mais ou menos identicos ou mesmo inferiores aos fornecidos pelo homem. Com injeções vesicaes e rectaes de 400 gr. cada uma elle obteve, para a altura da prega peritoneal, algarismos oscillando entre 2 e 7 cent. Elle notou que a introdução e a distensão do balão rectal são embaraçadas pela presença do uterus, e que é muito difficil fazer a bexiga guardar a injeção, sendo preciso para isso comprimir o orificio urethral de encontro ao bordo inferior da symphyse. Elle considera difficil e mesmo inutil a substituição do balão rectal por um vaginal.

Nos meninos, dizem os anatomistas que a bexiga sobe muito no abdomen, sendo por assim dizer um *orgão abdominal*.

Segundo Valette, para as edades que medeiam entre 3 e 16 annos, o fundo-de-sacco vesico-abdominal nunca desce até o bordo superior da symphyse pubiana, ficando sempre 3 cent. acima, ainda mesmo no estado de vacuidade da bexiga. Pitha declara que nos meninos abaixo de 8 annos o peritoneo não desce a mais de 2 cent. abaixo do umbigo; que até a idade de 20 annos, assim como na mulher, a bexiga fica elevada acima do pubis relativamente. Lauger, em um trabalho publicado na Allemanha sobre a topographia da bexiga, diz que nos recém-nascidos toda a parede anterior da bexiga está ao contacto da parede abdominal, e ella está tão elevada que o orificio da urethra se acha quasi immediatamente por detraz do bordo superior da symphyse.

Diz Sappey que para o fim do segundo anno da vida extra-uterina a bexiga aloja-se em totalidade na excavação pelviana, e o seu vertice, estando a bexiga vasia, corresponde em geral á parte mais elevada da symphyse pubiana. Emfim, Bouley em suas experiencias observou que ella se dilata com facilidade, e que a superficie despida de serosa era tão

grande que se podia dispensar o balão rectal, com o que concordam Monod, Guyon, etc., etc.

Esta favoravel disposição do peritoneo persiste, segundo dizem uns, até á idade de 20 annos. Bouley acha melhor, porém, considerar-se como maximum, em geral, a idade de 15 a 16 annos.

Em summa, a lesão do peritoneo na talha hypogastrica hoje é rarissima, e deixou de ser um dos dous escolhos d'essa operação.

Quando a bexiga está distendida, diz Tillaux (1), póde-se penetrar nella pela face anterior, com a certeza, se se operar convenientemente, de não interessar a serosa.

III

MANUAL OPERATORIO

Muitas têm sido as modificações e alterações por que tem passado o manual operatorio da cystotomia supra-pubiana, desde a sua infancia até aos nossos dias.

Rousset foi quem primeiro lhe deu um verdadeiro processo operatorio, racional e scientifico, o qual, se bem que bastante modificado, ainda hoje é o empregado, e póde ser considerado, por assim dizer, o pae de todos os outros processos que têm sido propostos para a pratica da operação de P. Franco.

Os principaes d'estes diversos processos operatorios podem ser grupados em tres methodos, que são : 1º o *methodo sem conductor*, comprehendendo os processos de Rousset, de Ledran, de Baudens e de Petersen ; 2º o *methodo com conductor*, o qual abrange o processo de Frei Côme e as suas modificações ; 3º o *methodo a dous tempos*, no qual estão incluídos os processos de Vidal de Cassis, de Valette (de Lyon) e o de Theophilo Anger (thermo-cauterização).

Deixando de parte a descripção e a critica dos mesmos, visto como não são mais empregados actualmente, vamos tratar sómente do que é hoje geralmente seguido e que póde ser denominado o *processo classico*, isto é, o de Petersen modificado por Pérrier e Guyon. Póde-se dividil-o em 7 tempos, que são : 1º *injecção da bexiga e do balão rectal* ; 2º *incisão dos tegumentos* ; 3º *incisão da aponevrose* ; 4º *incisão do tecido celular prevesical* ; 5º *puncção e incisão da bexiga* ; 6º *extracção da pedra* ; 7º, finalmente, *a collocação dos drens e o curativo*.

Antes, porém, de entrarmos na descripção d'estes differentes tempos da operação, vejamos quaes são os preparativos a que é submettido o doente alguns dias antes de ser elle operado, isto é, os chamados *cuidados preliminares* ou *preparatorios*, os quaes são concernentes não só ao *estado geral*, como tambem ao *estado local*.

(1) Tillaux. Tr. d'anat. topogr., 1884, p. 767.

Verdadeiramente fallando, os primeiros não apresentam nada de especial em relação á operação que nos occupa, e são communs tanto á ella, como a outras operações que se praticam no aparelho das vias urina-rias; e, além d'isso, quasi todos os phenomenos geraes estão subordinados ao *estado local*, e attenuam-se ou desapparecem conforme as condições d'este ultimo.

Os cuidados preparatorios geraes consistem sobretudo em collocar o doente nas melhores condições possiveis para resistir ao choque operatorio, já reconstituindo-lhe o organismo, já combatendo a febre, que não é rara nos calculosos; e deve-se, emfim, procurar operal-o, tanto quanto possivel fôr, no estado apyretico.

Os cuidados preliminares relativos ao estado local são mais importantes do que os primeiros.

Consistem elles no emprego das injeções intra-vesicaes, as quaes têm o duplo fim de *habituar a bexiga á distensão e de modificar a sua mucosa e as urinas*. São, pois, injeções intra-vesicaes *dilatadoras e modificadoras*.

Quando a bexiga não se presta a uma distensão sufficiente, por causa da sua grande irritabilidade, tem-se aconselhado e recorrido ás injeções dilatadoras, que têm por fim habitual-a a distender-se e a guardar uma certa quantidade de liquido que antes ella não tolerava. Com este meio Petersen conseguiu, no fim de nove dias, obter uma distensão de 320 gr., pouco mais ou menos, em um menino de 12 annos, cuja bexiga não tolerava mais de 70 cc. de injeção. Estas injeções devem ser feitas todos os dias e de um modo lentamente progressivo, e com o liquido na temperatura do corpo para não se despertar as contracções vesicaes. Além disso, é preciso pratical-as com prudencia e mesmo com paciencia, visto como trata-se de um órgão doente e irritavel, cuja intolerancia pathologica é tão accentuada, em certos casos, que as tentativas para a sua distensão fornecem resultados parciaes ou mesmo nullos, segundo diz Guyon, o qual contesta o valor d'estas injeções, e diz que para se obter a dilatabilidade da bexiga em taes casos, é preciso tratar de curar a causa provocadora da contractura e irritabilidade vesicaes, que é a inflammação da mucosa, a cystite. Para combater este estado intolerante do reservatorio urinario diversos meios têm sido propostos, taes como, os opiaceos *intus et extra*, os banhos, os suppositorios de belladona ou de chloral, as correntes continuas fracas (Reliquet), etc., etc.

Guyon, pelas suas observações clinicas, e Desnos, por experiencias feitas em cães, verificaram que, durante a anesthesia chloroformica completa, a bexiga submete-se, acceita e guarda a injeção; sendo, porém, o torpor vesical despertado, de quando em vez, por contracções reflexas fortes, violentas. Tem-se dicto mesmo que o operador não deve se desanimar, quando encontrar uma bexiga nimiamente irritavel, porque a chloroformisação profunda é um excellente meio para vencer esta dificuldade. Entretanto, achamos que para estes casos um meio muito mais heroico do que o chloroformio e todos os outros é a cocaina, cuja efficacia já tivemos occasião de verificar em um calculoso, cuja bexiga,

excessivamente irritavel, não supportava o mais ligeiro catheterismo. Entretanto, depois de uma injeccão intra-vesical de uma solução co-cainica, poude ser praticada a litholapaxia com perfeita tolerancia da bexiga.

Refiro-me á operação que foi praticada o anno passado no Hospital da Misericordia pelos distinctos cirurgiões Drs. Barão de Saboia e Pedro Affonso Franco, já tendo este ultimo empregado o mesmo meio anteriormente em um caso analogo e com excellentes resultados. Emfim, como estas, muitas outras observações poderíamos citar, para provarmos quão evidente é a efficacia da cocaina nas bexigas intolerantes, fazendo-as supportar não só uma grande injeccão, como tambem os grossos lithotridores de Bigelow. Quanto ás *injecções modificadoras*, serão ellas feitas egualmente com o liquido na temperatura do corpo.

Estas injeccões de lavagem, diz Guyon, têm uma acção modificadora muito evidente, que se exerce não só sobre a mucosa vesical, como tambem sobre as urinas. Como base d'estas injeccões modificadoras, as quaes têm por fim combater a cystite calculosa e impedir a decomposição das urinas, têm sido propostas diversas substancias, taes como, os acidos salicylico, benzoico, phenico, a essencia de Wintergreen, etc. etc.. Internamente, Périer, Guyon, Petersen e outros, empregam o acido salicylico e o salicylato de sodio em doses diarias de 15 decigrs. com o fim de tornar asepticas as urinas. Hoje, porém, está reconhecido que o acido borico é o melhor topico da mucosa vesical; e, segundo Pasteur, elle impede perfeitamente a fermentação ammoniacal, em uma solução a 4 %, e é esta a que se emprega hoje.

Guyon e Thompson, que são auctoridades na materia, condemnam as *injecções dilatadoras*, chegando mesmo o ultimo a rejeitar tanto estas, como as outras, considerando o illustrado cirurgião inglez os cuidados preliminares inuteis e mesmo perigosos. Emfim, o chloroformio e a cocaina simplificam hoje de uma maneira notavel esta parte da technica da talha hypogastrica.

Vejamos agora quaes são os cuidados que precedem de perto á operação.

Na vespera, administrar-se-ha ao doente um purgativo, ou então um clyster, algumas horas antes da operação, para desobstruir o rectum. O doente deve ser operado em jejum.

Périer administra o chloral (1 a 3 gr.) na manhã da operação com o duplo fim de facilitar a anesthesia chloroformica e de deixar o doente calmo durante o resto do dia e á noite. Elle não o emprega, porém, nos brighticos e nos cardiacos. Depois de convenientemente raspados os pellos e lavado o campo operatorio com a solução phenicada forte de Lister (5 %), colloca-se o doente em posição conveniente para ser operado, isto é, em decubitus dorsal, com a cabeça um pouco inclinada sobre o peito e este sobre o ventre; com as pernas em flexão sobre as côxas e estas sobre o abdomen e convenientemente afastadas. Collocar se-á por debaixo da bacia um cochim espesso para eleva-la sufficientemente. D'este modo ficam os musculos abdominaes relaxados, e os intestinos se

afastam da bexiga. O operador tomará a posição que lhe fôr mais comoda; sendo, entretanto, preferível collocar-se á direita do doente, por ser esta a melhor posição.

Além de outros, deve-se ter á mão os seguintes instrumentos: dous bistouris, um recto e um abotoado, uma tenta-canula, teneltes rectas e curvas, o balão rectal, uma sonda metálica de torneira e outras de gomme, uma seringa de anel graduada, quebra-pedras e os *drains* de Guyon.

Um ajudante chloroformisa o doente, e outro dá os ferros.

Estando tudo e todos promptos, o operador dará começo á operação.

1º TEMPO.—*Injecção da bexiga e do balão rectal.*—O balão, unctado de oleo convenientemente, será introduzido no recto profundamente para que elle não faça hernia pelo anus, tendo-se tambem o cuidado de evitar que elle se dobre, o que impossibilitaria a sua distensão e favoreceria mesmo a sua sahida para fóra do intestino recto.

O balão rectal deve ser de caoutchouc vulcanizado, resistente e espesso, sendo esta espessura uniforme em todos os pontos da sua superficie. A melhor fórma para elle é a oblonga, segundo Guyon. A sua capacidade será de 400 a 600 cc. Delle parte um tubo da mesma substancia, tendo uma torneira, que será fechada após a injecção rectal.

Depois de introduzido no recto o balão, leva-se á bexiga uma sonda metálica de torneira, ou ainda uma sonda de gomme, sendo, porém, preferível a primeira, a qual será communicada com a bexiga por meio de um tubo flexível, que tem por fim defendel-a dos choques e abalos communicados á sonda durante a injecção.

Depois de uma lavagem prévia da bexiga, injecta-se em sua cavidade uma solução morna de acido bórico (a $4 \frac{0}{10}$), na proporção de 300 a 400 gr., ou mais si se puder; em seguida fecha-se a torneira da sonda, e sobre esta liga-se a verga com o fim de evitar a sahida do liquido por entre as paredes da sonda e da urethra.

Deve-se medir a injecção pelo gráo de resistencia da bexiga, e, para bem apreciar-a, Guyon aconselha que seja ella feita com uma seringa de larga canula, de piston macio e de grande calibre.

Feita a injecção vesical, procede-se á distensão do balão rectal, a qual será feita com agua morna. A' medida que o balão se distende, um ajudante impedirá com os dedos a sua sahida pelo anus. Vê-se então que a extremidade urethral ou externa da sonda vai se dirigindo para baixo, por entre as côxas do doente, descrevendo um arco de circulo, ao passo que a interna ou vesical sóbe com o baixo-fundo da bexiga. Ao mesmo tempo o hypogastrio proemina, torna-se muito saliente, o que se póde apreciar pela inspecção, pela percussão e pela apalpação. Como já dissemos no cap. da Anatomia, deve-se verificar bem, sobretudo pela apalpação, a situação exacta da bexiga para evitar-se a incisão do balão em vez da bexiga, o que algumas vezes será possível, sobretudo nos meninos, como disse Defontaine (du Creusot), se não se tiver o cuidado necessario.

Feita uma injeção de 400 a 600 gr. no balão, fecha-se á sua torneira, e procede-se á operação propriamente dicta.

2º TEMPO. — *Incisão dos tegumentos.* — O operador collocado á direita do doente faz com um bistouri recto, na linha mediana e de cima para baixo, uma incisão de 8 a 10 cent. de comprimento, interessando a pelle e o tecido cellular sub-cutaneo, e estendendo-se até á symphyse pubiana, ultrapassando-a de alguns millimetros. Esta incisão será proporcional á gordura do individuo e ao volume da pedra.

Feita a hemostasia, se houver algum corrimento sanguineo, passa-se á incisão da aponevrose.

3º. TEMPO. — *Incisão da aponevrose.* — Abaixo do tecido cellular sub-cutaneo encontra-se a aponevrose abdominal, que se reconhece pela sua côr brilhante e um pouco nacarada, sobretudo na sua parte superior. Para a sua secção, servir-se-ha do bistouri ordinario, já não tendo mais emprego a navalha de Franco, o bistouri trocater de Fr. Côme e nem o aponevrotomo de Belmas. Ella será incisada sobre a sonda canelada de um só golpe e de cima para baixo, seguindo-se o meio empregado por Bouley, e do qual já tivemos occasião de fallar no capitulo da Anatomia.

Outros preferem incisal-a na direcção da linha mediana, direcção fixada pelo umbigo e pela symphyse, sem a tenta canula e por pequenos golpes, guiando-se pelo bordo interno dos musculos rectos ou pyramidaes, que se mostrarão sob o bistouri logo depois da secção da aponevrose. Etienne prefere esta pratica áquella que consiste em incisar sobre a sonda canelada; d'esta ultima maneira, diz elle, não se sabe o que se corta, sobretudo se se faz a secção com o bistouri no sulco da tenta canula e com o cortante da lamina para adiante.

4º. TEMPO. — *Incisão do tecido cellular pre vesical.* — Seccionada a aponevrose abdominal bem ao nivel da *linha alva*, cahe-se no bordo interno do musculo grande recto do abdomen, o qual será levado para fóra, depois de destacadas com o dedo ou com a tenta-canula as adherencias fibrosas que o ligam á *linha branca*, que é o intersticio muscular. Inferiormente, se os tendões dos rectos se apresentarem unidos em uma só porção, elles serão divididos por uma incisão vertical e mediana. Emfim, separados os bordos internos d'estes musculos, encontra-se o tecido cellular prevesical adiante do qual vêm-se as fibras transversas do *fascia transversalis*. Se se deprimir docemente com o index a parte superior da ferida, depois de descoberto o tecido cellular ante-vesical, pode-se sentir, em alguns casos, um pequeno tuberculo formado pela inserção da uraca no vertice da bexiga. Quando elle fór percebido, constituirá um bom ponto de reparo, porque o fundo-de-sacco peritoneal vesico-abdominal está collocado para baixo d'elle 2 a 3 cent., em média.

Nos casos normaes e favoraveis, diz Bouley, este tuberculo sóbe com o vertice vesical, não sendo por isso percebido pelo dedo.

Um outro ponto de reparo, melhor do que o precedente e que é quasi constante, é formado pelo pelotão cellulo-adiposo amarellado e mais ou menos abundante, que dobra a prega peritoneal, e ao qual já refe-

rimo-nos em outro lugar. Emfim, antes de incisar o tecido prevesical, é sempre prudente levantar doce e delicadamente para cima, com o index esquerdo curvado em colchete, os tecidos do angulo superior da ferida, onde se pode encontrar a serosa, que assim ficará protegida pelo dedo. Em seguida, secciona-se na linha mediana, camada por camada e com prudencia, o *fascia transversalis* e o tecido prevesical, tendo-se o cuidado de evitar as veias vesicaes, que são algumas vezes bastante desenvolvidas.

Alguns operadores seccionão o *fascia transversalis* sobre a sonda cannellada ou *en dédolant*, e descobrem a face anterior da bexiga em uma extensão sufficiente raspando com o dedo de baixo para cima o tecido cellular que a reveste. Emfim, não se deve punccionar a bexiga antes de terminada a hemostasia e de posta a descoberto bem claramente a face anterior deste orgão, porque, além do tecido cellular ante-vesical, ahí se encontra a prega peritoneal descendo a distancias variaveis.

Assim, pois, o operador deve vel-a e não deve punccional-a senão depois de estar certo de que é bem ella que elle tem debaixo dos dedos, e para isto elle tem a vista e o tacto. Reconhece-se-a pela côr avermelhada do seu tecido e sobretudo pelas veias volumosas que apparecem neste lugar, veias turgidas pela presença do balão rectal. Pode-se ainda assegurar-se de sua presença pelo tocar do bico da sonda, que se abaixará de maneira a fazel-a proeminar entre os labios da ferida abdominal. Quanto ao outro meio exploratorio, a fluctuação, não se deve procurar a sentil-a, porque exige algum exforço, o que pode occasionar o descolamento do tecido perivesical e favorecer a infiltração de urina.

5°. TEMPO. — *Punção e incisão da bexiga.* — Depois de bem descoberta e reconhecida a face anterior da bexiga no fundo da ferida abdominal, puncciona-se francamente o orgão mergulhando o bistouri directa e perpendicularmente, o qual pode ser conduzido sobre a unha do index esquerdo collocado em forma de colchete no angulo superior da ferida para suspender e proteger a serosa. A incisão será franca, de um só golpe, de cima para baixo e por pequenos movimentos de serra. Servir-se-ha do index introduzido logo na bexiga para levantar e distender a sua face anterior. Uma vez feita a incisão, corre abundantemente o liquido da injecção, assim como uma certa quantidade de sangue.

Dos diversos tempos da operação é este o que dá mais sangue, por causa da grande vascularisação da bexiga; notando se, todavia, que esta hemorragia é insignificante e cessa por si mesma, sobretudo depois da depleção do balão rectal. Na parte mediana da face anterior da bexiga ordinariamente se encontram uma ou duas veias volumosas, que podem ser lesadas, se não se tiver a devida cautella. Emfim, pondo-se de parte a pequena hemorragia dependente da incisão vesical e conservando-se bem na linha mediana, a talha hypogastrica é uma operação que se pratica quasi *a secco, á blanc*, como dizem os francezes. Petersen incisa a bexiga camada por camada.

6°. TEMPO. — *Extracção da pedra.* — Terminada a incisão vesical, fixa-se a bexiga com o dedo recurvado em forma de colchete e collocado

na cavidade vesical abraçando o angulo superior da ferida vesico-abdominal, ou ainda com o gorgerete suspensor de Belmas, que será mantido por um ajudante, ou melhor por meio de fios suspensores passados em suas paredes.

A sonda, tornada inutil, é retirada para não embaraçar a extracção da pedra. Explorada prudentemente a cavidade vesical com o index e reconhecidos o volume, a forma e a posição do calculo, procede-se á sua extracção ou com os dedos, se se puder, ou melhor com as tenettes rectas ou curvas, que serão guiadas até á pedra pelo index esquerdo introduzido na bexiga; sendo, porém, melhor na maior parte dos casos servir-se dos dedos como *indicadores* do que como *extractores*.

Se o calculo fôr volumoso e cheio de asperezas, os labios da ferida vesico-abdominal serão afastados por meio de dous afastadores rhombos, largos, pouco espessos e fortemente recurvados de modo a abrangerem em suas curvaturas as paredes abdominal e vesical, applicando-as uma contra a outra, com o fim não só de proteger a mucosa vesical e os bordos da ferida, como tambem de alargar mais a sua abertura para a passagem do calculo. O meio proposto por alguns cirurgiões de introduzir-se o dedo no recto e levar para adiante a pedra, tornando assim a sua extracção mais facil, é impossivel com o processo de Petersen por causa do balão rectal.

Quando o volume do calculo fôr tal que elle não possa, a despeito dos meios empregados, passar pela abertura vesico-abdominal, não se podendo além d'isso prolongar para cima a incisão por causa do peritoneo, nem tão pouco para baixo, porque, em virtude da retracção muscular, a extremidade inferior da incisão se terá approximado do collo, cujo ferimento é perigoso, nestas condições; diz Etienne: «Deux choses seront seules possibles: ou faire passer le calcul quand même, ou le briser.»

A primeira alternativa não é de boa pratica, ainda mesmo que seja auxiliada pelo debridamento lateral, por expôr a contusões e mesmo a dilacerações os labios da ferida vesico-abdominal.

A segunda, quebrar o calculo, é a unica aceitavel e seguida por Guyon e quasi todos. O esmagamento será feito com as *tenettes* ordinarias ou com as de Dolbeau, as quaes expõem menos á fragmentação do calculo.

Feita, enfim, a extracção do calculo sem se deixar o menor fragmento, e uma vez terminada a operação, proceder-se-ha ao curativo.

Como, porém, este constitue um dos pontos mais importantes, se não o mais importante, da cystotomia supra-pubiana, cujos successos dependem principalmente de um bom curativo, e como, de outro lado, acaba elle recentemente de passar por importantes modificações, as quaes, reunidas ás que já conhecemos, fizeram d'esta operação uma das mais methodicamente reguladas da cirurgia não só para as manobras operatorias como ainda para os cuidados consecutivos: por todas essas razões, pois, achamos mais conveniente tratar d'este assumpto á parte e com mais desenvolvimento.

Curativo da talha hypogastrica

A respeito do tratamento dos talhados pela via hypogastrica os cirurgiões estão actualmente divididos em dous campos. Uns preferem a sutura completa, total da ferida vesical com sonda de demora. Outros preferem a drenagem hypogastrica com o auxilio dos tubos-siphões e sutura parcial.

A sutura completa da bexiga ainda está em estudo e as observações publicadas até então não são concludentes.

Até hoje ella não tem sido coroada de successos senão muito raramente (1). Na mór parte dos casos não só ella tem falhado, como ainda, o que é infinitamente mais grave, ella tem dado logar a complicações de uma extrema gravidade, tendo sido muitas vezes seguida de infiltração sub-peritoneal. E' evidente que só a possibilidade de um igual accidente basta para condemnar absolutamente a sutura total, a qual para ser boa precisa ser perfeitamente hermetica. E como esta condição ainda não foi rigorosamente realizada de modo a dar constantemente uma segurança completa, e emquanto ella não fór modificada de maneira a perder os seus perigos e inconvenientes, a *cystorrhaphia* total não merecerá entrar na pratica, e as *vantagens* que ella póde dar se limitam em definitiva a apressar a cura de alguns dias, não contrabalançando entretanto os seus *perigos e inconvenientes*.

Guyon, guiado por sua longa pratica, é partidario convicto do segundo methodo, isto é, da drenagem pelo hypogastrio effectuada com o auxilio de dous tubos, e declara abertamente que este methodo é infinitamente superior á oclusão completa, total da bexiga.

E na verdade é o que mais vantagens offerece actualmente, e o que conta maior numero de adeptos, sobretudo depois dos aperfeiçoamentos realizados pelo illustre professor do hospital Necker.

O curativo, tal como é concebido e feito por Guyon, preenche todas as indicações, isto é, põe a ferida ao abrigo do contacto da urina, assegurando o seu escoamento continuo e facil, favorece a cicatrização regular e permite obter-se uma cicatriz resistente.

Elle compõe-se do *siphonage* e de meies auxiliares destinados a assegurar o seu funcionamento perfeito, os quaes são a sutura parcial em planos ou andares (*étages*) da ferida hypogastrica e os anti-septicos, particularmente o iodoformio. O *siphonage* da bexiga, que constitue um dos elementos mais importantes do curativo, é realizado no hospital Necker com o auxilio de tubos duplos unidos.

Foi Périer quem primeiro teve a idéa de drenar a bexiga com o auxilio de dous grossos tubos, inspirado pela drenagem pleural preconizada por Moutard-Martin, segundo dizem uns, ou por mero acaso, segundo outros. Seja como fór, foi elle o primeiro a empregar esse meio. Quasi simultaneamente, Guyon, a convite de seu collega, começou tam-

(1) V. a mem. de Tuffier: De la t. hyp., in *Annales* de Guyon de 1881, pag. 367.

bem a empregal-os. A principio elles eram fixados com o auxilio do curativo, mais tarde Guyon teve a idéa de sutural-os na pelle, o que tornou o seu funcionamento muito mais regular, assegurando de uma maneira certa a sua fixidez.

Bem que os resultados obtidos assim já fossem muito satisfactorios, todavia existiam certos inconvenientes que são combatidos pelos tubos-siphões que elle mandou Aubry fabricar.

Primitivamente eram empregados tubos de caoutchouc de 8 a 10 mm. de diametro e *independentes um do outro*.

Para obviar os inconvenientes offerecidos por estes tubos, Guyon mandou construil-os de *curvatura fixa* e unidos em sua extremidade vesical em uma extensão de 10 a 12 cent. Esta soldadura é feita segundo o plano de curvatura, de sorte que o tubo collocado do lado da concavidade tem uma circumferencia de raio menor que o outro. Graças á sua superposição elles occupam pouco lugar e não têm tendencia a afastar os labios da ferida. Elles são largamente abertos na sua extremidade e apresentam além disso, cada um, um olho collocado do lado da convexidade para o tubo excentrico e do lado da concavidade para o seu congenerere. O seu diametro é de cerca de 8-10 mms. e corresponde pouco mais ou menos ao n. 30 da fieira Charrière.

Percebe-se facilmente quaes são as vantagens d'estes *tubos de curvatura fixa*. Os orificios oppostos um ao outro permittem ao liquido injectado na bexiga circular primeiro na cavidade do orgão antes de sahir pelo olho da outra sonda. Graças á curvatura fixa, a extremidade dos tubos nenhuma tendencia tem a deixar o baixo-fundo, isto é, o ponto mesmo em que a urina chega á bexiga pelos ureteres; o contacto com a ferida vesico-abdominal não se faz mais do que por um ponto limitado, equivalendo apenas á espessura de um só tubo, visto como elles são superpostos, e finalmente estes tubos não se dobram, nunca se acotovellam, qualquer que seja o curativo empregado.

Eguae vantagens não offerecem entretanto os siphões-Périer, cujos inconvenientes elle mesmo procura combater.

A's modificações feitas por Guyon nos tubos-siphões ainda propõe o Dr. Guiard (1) mais uma que achamos racional. A secção, ao nivel da abertura vesical, d'esses tubos unidos representa um 8 de conta, cujos angulos reintrantes são vazios. Resulta d'isto que o bordo da ferida vesical, mais ou menos tenso, passa de um sobre o outro como uma ponte, deixando de cada lado um espaço triangular, muito pequeno sem duvida, porém sufficiente para dar passagem á urina. Seria bom, diz elle, que os dous sulcos lateraes fossem cheios em uma extensão de alguns centimetros, de maneira a dar, ao nivel da abertura vesical, uma « secção regularmente ovalar e não em 8 de conta. » Assim construidos, diz Guiard, os tubos-Guyon associados á sutura parcial opporão á sahida da urina pela ferida uma barreira quasi insuperavel.

(1) F. P. Guiard. — Contribution à l'étude de la Taille hypogastrique. *Annales de Guyon*, 1887, p. 108.

Conhecidas estas modificações dos siphões, vejamos agora como se pratica o curativo da cystotomia hypogastrica.

Como elle deve ser methodicamente executado e submettido a regras precisas, descrevel-o-hemos tal como é praticado no hospital Necker, servindo-nos para isso das excellentes memorias de Hallé, de Guiard, ex-internos dos hospitaes, e da de Clado e Nourrie, internos de Guyon, os quaes tratam minuciosamente desta questão. O curativo, tal como vamos descrever, é applicavel a todos os casos, ou se tenha praticado a operação por um calculo, corpo extranho, etc., ou por um neoplasma da bexiga. Assim, pois, supponmos terminada a operação, em qualquer uma d'essas hypotheses, e só restando o curativo.

Este divide-se em *immediato* e *consecutivo*, distinguindo-se no primeiro seis tempos, que passamos a descrever:

1.º TOILETTE DA BEXIGA.—Uma vez terminada a operação, faz-se a *toilette* da bexiga, isto é, lava-se abundantemente a sua cavidade com a solução borica a 4% até que o liquido saia perfeitamente limpido, após a expulsão do sangue liquido ou dos coelhos contidos na bexiga; isto feito, esponja-se cuidadosamente uma ultima vez a mucosa, com uma esponja impregnada da solução forte de Lister porém bem exprimida, para assegurar-se de que a parede vesical não sangra em nenhum ponto; depois semeia-se o iodoformio finamente pulverizado sobre as partes em que a operação foi mais especialmente dirigida.

Guyon aconselha ser moderado no emprego d'este pó, porque uma quantidade muito grande poderia dar logar a agglomerações formando verdadeiros pequenos calculos de iodoformio que, na verdade, não oferecem gravidade, porém poderiam constituir um pequeno accidente, embaraçando ulteriormente o *drainage* urethral.

O que acabamos de dizer refere-se mais especialmente aos casos de tumor, em que é preciso um tratamento topico da mucosa. Nos casos, porém, de calculos, corpos extranhos, etc., basta uma simples lavagem da bexiga.

2.º SUTURA PARCIAL DA FERIDA VESICAL.—Depois de ter enxugado de novo os labios da ferida vesical com uma esponja aseptica, collocam-se dous afastadores de cada lado da ferida abdominal de modo a estender, a abrir docemente toda a superficie de secção, salvo os bordos da ferida vesical. A partir d'este momento o papel dos fios suspensores, já tão consideravel para a propria operação, torna-se cada vez maior, e o bom exito da sutura depende em grande parte dos serviços que nos prestam estes fios, os quaes já foram previamente collocados nas paredes vesicaes para facilitar as manobras operatorias.

O ajudante, tomando separadamente cada um d'estes fios, afasta ligeiramente a fenda vesical e, levantando os seus bordos, elle vem collocar-os no meio do campo operatorio, tornando-os assim muito accessiveis ao operador. Esta pequena manobra é muito importante, e permite a este collocar o seu fio no ponto desejado com a maior facilidade. Com uma agulha fina, muito curta e uma pinça, o cirurgião passa 3

ou 4 fios de catcut (Périer prefere a clina de Florença) operando de baixo para cima e reservando, no angulo inferior da ferida, o espaço necessario para a passagem dos tubos siphões. A sutura comprehenderá toda a parede vesical, menos a mucosa, adiante da qual devem sahir os fios, de tal modo que, no momento em que elles vão ser cerrados, as duas superficies cruentas virão se pôr em contacto perfeito. Os fios serão cerrados de cima para baixo, de sorte que se pôde tirar o ultimo, o que confina com os tubos, caso não seja sufficiente o espaço deixado para a sua introdução. Cada fio que atravessa a parede vesical deve ficar *in loco* todo inteiro até o fim da sutura; desta maneira, o ajudante exercendo uma ligeira tracção sobre o fio que acaba de ser cerrado facilita singularmente a tarefa do operador, apresentando os labios da ferida vesical em uma excellente situação para o seu affrontamento perfeito. Os dous labios da ferida não devem ser atravessados ao memo tempo pela agulha, porém successivamente. Feito, emfim, o cerramento dos fios de cima para baixo, deixa-se o ultimo livre para a collocação dos siphões.

Por meio da sutura parcial procura-se obter não só uma reunião por primeira intensão de uma parte da fenda vesical, como tambem estreitar o orificio que devem atravessar os *drains*, de maneira a obter-se um *siphonage* tão perfeito quanto possivel.

3.º INTRODUÇÃO DOS DRENS.— Como já vimos, Guyon aperfeicou os tubos siphões de Périer, e hoje só emprega os siphões de curvatura fixa, os quaes lhe têm dado excellentes resultados. A introdução d'estes tubos é tão importante que constitue um verdadeiro tempo á parte do curativo da talha hypogastrica.

E' ainda aos fios suspensores que se recorre para abrir a parte inferior da ferida vesical. O ajudante levanta de cada lado os bordos d'esta ferida e os afasta por meio d'esses fios. D'esta maneira, a fenda vesical alargada permite ao operador ver o que elle faz. Graças á sua curvatura, a extremidade dos tubos vem naturalmente se collocar ao nivel do baixo-fundo; e para mais segurança o operador verificará a sua posição com o dedo. Não é preciso que a sua extremidade exerça pressão sobre a parede vesical, e nem mesmo local-a, « ils doivent affleurer, diz Guyon, et non pas toucher. » E' uma condição essencial para o seu bom funcionamento.

Assim collocados, elles serão atravessados por um fio de prata e suturados cada um em um dos labios da ferida abdominal. Graças á esta fixação, a boa posição dos tubos é definitivamente garantida com grande vantagem para o curativo. N'este momento cerra-se o ultimo fio de catcut, caso a ferida não esteja sufficientemente estreita.

Uma vez terminada a sutura vesical, esponja-se de novo toda a superficie da ferida com o auxilio de uma esponja bem desinfectada; depois polvilha-se com iodoformio tudo o que é *apparente de superficie vesical*. Por conseguinte deve-se levantar docemente de cada lado o plano muscular e polvilhar abaixo d'elle. E' este o melhor meio de evitar a suppuração

peri-vesical, que é mais para se temer na talha hypogastrica do que a infiltração.

4.º SUTURA PARCIAL DOS MUSCULOS ABDOMINAES.— Depois da sutura vesical, occupar-se-ha de suturar os musculos rectos egualmente com o catcut. O numero de fios necessarios variará naturalmente com a extensão da ferida. Esta segunda serie de pontos de sutura é destinada a prevenir a eventração, e é feita tambem até ao nivel dos tubos de curvatura fixa.

N'este momento, porem n'este momento sómente, pôde-se lavar a ferida com a solução phenicada forte (5 0/0), porque deve-se evitar o contacto abundante d'este liquido com a mucosa vesical; a longa pratica de Guyon lhe tendo mostrado peremptoriamente que ella supporta muito mal este antiseptico.

Iodoforma-se de novo a ferida ao nivel das suturas e nos pontos em que os *drains* devem estar em contacto directo com ella. Guyon fallando da pratica, da qual não se deve abusar, seja dicto de passagem, que consiste em iodoformar successivamente cada um dos órgãos que elle sutura (bexiga, musculos, tecido cellular e pelle), diz que colloca ahí *sentinellas antisepticas*. Terminado este tempo, eis o novo aspecto que apresenta a ferida hypogastrica: Em cima, encontra-se a ferida cutaneo-cellular deixando ver entre os seus labios a sutura dos musculos abdominaes; mais em baixo, o orificio atravessado pelos siphões, e de cada lado os dous fios suspensores, que podem ser retirados d'aqui por diante, ou ainda fixados na pelle com collodion, se se teme a retirada muito rapida da bexiga e a infiltração que d'ahi poderia resultar. Esta precaução pôde ser tomada quando o operado fôr muito gordo.

5.º SUTURA PARCIAL DA PAREDE ABDOMINAL.— Ella comprehenderá a pelle, o tecido cellular sub-cutaneo e a aponevrose anterior da bainha dos rectos. Depois de convenientemente iodoformada a ferida, atravessa-se successivamente cada bordo com a agulha de Reverdin e fio de prata fino, tendo-se o cuidado de tomar as tres camadas simultaneamente. Em geral, 4 fios bastam, podendo-se todavia pôr pontos complementares. A sutura cutanea se termina egualmente ao nivel dos siphões.

Guyon abandonou a sutura em massa da parede abdominal, praticada pela generalidade dos cirurgiões, porque ella expõe á eventração, e a cicatriz que d'ella resulta é muito menos solida do que a fornecida pela sutura em andares ou planos (*étagée*). Além d'isso, como é necessario applicar grossos fios para fazer a sutura em massa, pôde d'ahi resultar a secção parcial da parede abdominal, se os fios não forem tirados cedo, ou phenomenos inflammatorios ao longo de seu trajecto profundo. E é ainda por estas duas ultimas razões que a sutura da camada cutaneo-cellular deve ser feita com fio de prata fino e perto dos labios da ferida (2 cent. pouco mais ou menos).

Eis emfim as vantagens da *sutura a 3 andares* de Guyon: 1.º Reducção da ferida abdominal para o bom funcionamento dos siphões; 2.º cicatrização isolada da parede vesical, d'onde ausencia de adherencias

da bexiga á parede abdominal; 3.º cicatrização por primeira intensão da mór parte de toda a espessura da parede abdominal; 4.º cicatriz geral solida podendo se oppôr á eventração e á fistulização.

Terminada a sutura, lava-se de novo com agua phenicada o campo operatorio, iodoforma-se, e colloca-se um pouco d'este pó entre os tubos e os labios da ferida, sobretudo no angulo inferior. Antes de se completar o curativo deve-se experimentar os tubos, injectando agua boricada alternativamente em um e outro, e estabelecendo uma corrente que os escorva. A partir d'esse momento elles vão funcionar regularmente.

6.º CURATIVO PROPRIAMENTE DICTO.—As peças do curativo devem ser collocadas da seguinte maneira: em cima e em baixo os tubos são isolados da ferida por meio da gaze iodoformada, que deve ser introduzida a uma certa profundidade na parte inferior da ferida. Debaxo da curvatura dos tubos collocam-se depois algumas compressas da mesma gaze de modo que estes repousem sobre ellas; cobre-se em seguida toda a superficie da ferida. Por cima d'estas primeiras peças do curativo colloca-se gaze phenicada amarrotada, depois compressas até acima do umbigo, e uma grande peça de mackintosh cercada de gaze phenicada e furada na sua parte inferior para a passagem dos *drains*.

Ella será disposta de maneira a cobrir os órgãos genitales e os 2/3 internos do abdomen. Se se não empregou a gaze amarrotada (*chiffonné*), pôde-se no mackintosh collocar duas ou tres esponjas destinadas a fazer compressão de cada lado dos labios da ferida. O todo será mantido por uma atadura de tarlatana molhada passando em spica ao nivel das virilhas.

Por cima d'esta parte do curativo colloca-se uma certa quantidade de algodão phenicado, que se cobre com uma atadura de corpo moderadamente apertada. Antes de levar-se o doente para o seu leito, examina-se os tubos uma ultima vez. Se elles correm regularmente gotta a gotta, o que é a regra, é inutil injectal-os de novo. No caso em que elles não estejam funcionando, serão de novo escorvados, injectando-se docemente um d'elles.

Tal é o curativo methodico da talha hypogastrica, isto é, o conjunto dos meios destinados a preservar a ferida do contacto da urina, a oppor-se á infiltração e á inflammação do tecido cellular sub-peritoneal, a assegurar no mais breve espaço de tempo possivel uma cicatrização solida da ferida vesico-abdominal.

Curativos consecutivos

No dia da operação deve-se lavar a bexiga pelo menos quatro vezes: a primeira vez, antes de se levar o doente para o seu leito; a segunda, duas horas depois; a terceira, á tarde, e a quarta, á noite. Estas lavagens, que devem ser feitas com cuidado, são uteis por causa da *ligeira* transsudação que ordinariamente apparece no dia da operação, e tambem

servem para desembaraçar os tubos dos coalhos que algumas vezes se formam em seu interior, e que se oppoem assim ao seu funcionamento regular. Nos dias seguintes, duas a tres lavagens são sufficientes, havendo mesmo casos em que a limpidez e a boa qualidade das urinas permitem dispensal-as. Durante cinco dias limita-se a fazer estas lavagens com a solução borica a 4 ‰, e a observar o curativo, o qual será desfeito no 5º dia, e raras vezes será preciso renovar-o mais cedo (3º dia), visto como geralmente é só no 1º dia que o curativo se mancha pelos liquidos exhalados pela ferida, não o atravessando entretanto a urina.

Se os tubos funcionarem bem, se todas as precauções anti-septicas tiverem sido minuciosamente observadas, o curativo não deve ser manchado nem pela urina nem pelo pus; os labios da ferida devem ser *reunidos por primeira intensão em todos os pontos suturados*. Neste momento os tubos já podem ser retirados e substituidos por uma sonda urethral, e isto varia do 5º ao 9º dia, conforme os progressos da cicatrização da ferida; não se podendo a este respeito estabelecer regras absolutas. O estado da bexiga *servirá de criterium* para a retirada dos tubos. Em geral, isto se fará no 5º dia, segundo Guyon; e acredita mesmo o Dr. Guiard que, todas as vezes que a suppressão funcional da bexiga não fór o fim principal da operação, pôde-se tirar os tubos-siphões desde o 3º dia sem o menor inconveniente e com vantagem mesmo.

Uma vez retirados estes, colloca-se a sonda de demora. Guyon emprega uma sonda acotovellada (béquille) de gomme (ns. 19 e 20) apresentando dous largos orificios em sua extremidade. Elle prefere estas sondas ás de caoutchouc vulcanizado por terem um calibre maior, orificios mais amplos e por poderem ser seguramente mantidas em uma posição fixa.

A sonda deve ser collocada ao *gotta á gotta*, isto é, em uma posição tal que lhe permita receber a urina que chega *gotta á gotta* á bexiga pelos ureteres e conduzil-a immediatamente para fóra. O que indica esta boa posição da sonda é precisamente a producção do *gotta á gotta* regular e continuo; e para se obtel-a é com a seringa na mão, e por tentativas. Depois põe-se a sonda em communicação com um recipiente collocado ao lado do doente, por intermedio de um largo tubo de caoutchouc.

Vejamos agora qual o tratamento que convém applicar á ferida abdominal. Para se prevenir a desunião dos labios da ferida, os fios da sutura não devem ser retirados muito cedo; basta deixal-os até o 8º ou 9º dia, sendo elles perfeitamente supportados, graças ás precauções tomadas no momento da operação. Quanto ao orificio deixado pelos tubos-siphões, diversos têm sido os processos experimentados para fechal-o e manter os labios da ferida approximados e em perfeita contiguidade. Quasi todos apresentam algum ponto defeituoso, e este ponto do curativo ainda preoccupa a attenção dos cirurgiões, que se esforçam por aperfeiçoal-o.

A compressão methodica nos curativos com o emprego de rolos

de algodão parallelas á ferida não tem dado bons resultados por causa da mobilidade do plano abdominal sobre o qual ella se applica.

A applicação de largas tiras de diachylão ou de baudruche abraçando todo o tronco e imbricando-se adiante, ao nivel da ferida, fornece uma coaptação bastante completa dos labios da ferida; porém este curativo não é de uma antiseptia rigorosa e demais tem o inconveniente de mascarar a ferida que não pôde ser examinada senão após a retirada do apparelho.

O meio que melhores resultados tem dado até então e que é adoptado por Guyon é a *sutura movel*, da qual se faz habitualmente uso no hospital Necker. Consiste ella no affrontamento por meio de uma dupla serie de colchetes cosidos em uma peça de tarlatana e fixados no abdomen com collodio.

A peça de tarlatana, sobre a qual são cosidos estes colchetes, deve ser sufficientemente larga para se fixar em uma parte tão extensa quanto possível da parede abdominal, e demais ella deve estar distante da ferida para permittir a interposição entre as duas peças de uma compressa de gaze iodoformada que cubra a ferida. Os colchetes são reunidos por por meio de um fio de caoutchouc collocado em laço, que approxima assim os labios da ferida. Por cima da *sutura movel* applica-se um curativo antiseptico, depois algodão mantido por uma atadura de corpo.

Todavia, esta pratica ainda offerece o seguinte inconveniente, particularmente nos individuos muito gordos: quando se cerra o fio de caoutchouc, como os colchetes tomam o seu ponto de appoio muito longe de cada lado da ferida, d'isto resulta que os bordos d'esta se encarquilham para dentro; de sorte que o affrontamento, que pôde ser perfeito superficialmente, é muitas vezes máo para os tecidos subjacentes, transformando-se então a ferida em um cone óco de base voltada para a bexiga e vertice para adiante, d'onde facilidade de escoamento na bexiga dos productos de suppuração da ferida. Ao lado, porém, dos inconvenientes d'este modo de curativo devemos tambem assignalar as suas vantagens: grande asseio, a sua facil applicação e a possibilidade que elle dá de se observar a ferida, laval-a e renovar o curativo tantas vezes quantas forem necessarias.

Emfim, outros meios têm sido ensaiados e sobre os quaes ainda não se pôde fazer um juizo seguro, visto terem sido postos em pratica uma só vez. Vamos expol-os mui succintamente, indicando para mais detalhes as memorias de Guiard, Clado e Nourric, onde são elles tratados *in extenso*. O meio proposto por Clado e Nourric consiste em collocar, no momento da operação, um ou dous *fios de espera* atravessando obliquamente a parede abdominal e a *secção vesical* de um lado para sahir do lado opposto da ferida abdominal muito obliquamente como precedentemente, e que serão cerrados, uma vez retirados os siphões. Assim affrontados os labios da abertura vesical, dar-se-ha a sua rapida reunião assim como a da abertura abdominal. No unico caso em que este methodo foi applicado, elle não deu resultado, o que attribuem os seus inventores ao

facto dos fios terem sido collocados tarde, isto é, *após a retirada das suturas metallicas.*

Um outro meio, mais ou menos semelhante a este, é o proposto pelo Dr. Guiard. Consiste elle tambem na collocação prévia, ao terminar-se a operação, de duas alças de fio de seda em *cada um dos labios da abertura vesical*, ao nivel dos tubos-siphões, e fixadas provisoriamente com collodio no abdomen, para fóra da ferida hypogastrica. Uma vez retirados os siphões, serão cruzadas juntamente as duas alças superiores e as duas inferiores, da esquerda para a direita, e fixadas as suas extremidades de cada lado, na pelle, com o collodio. A este methodo attribue Guiard, em grande parte, a excepcional rapidez da cura no caso em que elle o empregou.

Estes fios serão retirados dous a tres dias após a sahida dos siphões com as precauções necessarias para não se romper a cicatriz vesical. Fechada, enfim, a abertura vesical, elle procede ao fechamento da abdominal por meio da *sutura secundaria com fio de prata*. Para evitar a dôr causada por esta sutura, Guiard ainda acha preferivel collocar-se dous a tres *fios de espera*, que serão cerrados após a cicatrização da abertura vesical, e por cautela será bom, diz elle, ao suturar, deixar por alguns dias ainda um grosso *drain* no angulo inferior da ferida, que servirá de valvula de segurança.

Em summa, com estes meios tem-se procurado, apressando a cicatrização da abertura vesico-abdominal deixada pelos tubos-siphões, abreviar a cura do doente tanto quanto possivel fôr, o que ainda se conseguirá em futuro não muito remoto.

A partir do momento em que a sonda de demora foi applicada, o curativo exige muito mais vigilancia. Se ella funciona mal, algumas horas depois este se acha molhado pela urina, é preciso então desmanchal-o e regular de novo a sonda. Na verdade, o momento mais delicado do tratamento da ferida hypogastrica é aquelle em que os tubos são substituidos pela sonda de demora. Até então tudo tinha sido regular; os curativos, ficados seccos, tinham garantido uma antisepsia rigorosa e a cicatrização tinha se operado regular e rapidamente. Infelizmente é raro obter-se da primeira feita o funcionamento perfeito da sonda e a necessaria limpeza do curativo, e muitas vezes não é senão depois de dous ou tres dias que finalmente começa a correr a urina exclusivamente pela sonda. E' para obviar taes inconvenientes que se tem procurado aperfeiçoar o curativo nesta parte.

Releva, porém, dizer abertamente que, no momento em que estes inconvenientes se produzem, elles não têm nenhuma consequencia funesta a não ser o incommodo que occasionam e a retardação momentanea que elles oppoem á cicatrização da abertura vesico-abdominal deixada pelos siphões. E' então impossivel que se produza uma infiltração, e dizem os internos de Guyon nunca ter visto a menor ameaça resultar do contacto da urina neste periodo do tratamento.

Os curativos consecutivos serão, pois, renovados conforme as necessidades; em geral, todos os tres dias é um bom termo medio. A cada

renovação do curativo dever-se-ha lavar cuidadosamente a ferida, tomando-se as necessarias precauções antisepticas.

Tratando-se por este modo de curativo os talhados pelo hypogastrio, obtem-se geralmente a cicatrização do 16° ao 20° dia, variando entretanto conforme os estados geral e local do doente.

Resumiremos, finalmente, os differentes tempos do curativo da cystotomia suprapubiana, tanto *immediato* como *consecutivo*, da seguinte maneira : 1.° *Toilette* da bexiga ; 2.° sutura parcial da ferida vesical ; 3.° posição dos tubos de curvatura fixa e sua sutura na pelle ; 4.° sutura parcial dos musculos rectos ; 5.° dicta da parede abdominal (pelle, tecido cellular e aponevrose) ; 6.° curativo antiseptico ; 7.° retirada dos tubos no 5° dia, drenagem urethral e sutura movel ; 8.°, retirada da sutura abdominal, que constitue o 3° plano ou andar de suturas, no oitavo ou nono dia.

Quanto aos cuidados que se seguem de perto á cicatrização completa da ferida hypogastrica, uma vez retirada a sonda de demora, consistem elles em evitar-se uma distensão muito rapida ou grande da bexiga, a qual deve ser impedida pelo catheterismo evacuador repetido 5 ou 6 vezes nas 24 horas, ou ás micções. O doente deve ser tambem sondado antes da defecação. A nova cicatriz será polvilhada com um pouco de iodoformio e protegida com o auxilio de uma couraça de diachylão. Por cima deste apparelho protector, colloca-se uma espessa camada de algodão cobrindo todo o abdomen, e mantido o todo por meio de uma atadura de corpo sufficientemente apertada.

IV

DIFFICULDADES, ACCIDENTES E COMPLICAÇÕES DA OPERAÇÃO.

1.° DIFFICULDADES.—A cystotomia supra-pubiana é ordinariamente uma operação de muito facil e simples execução, o que não quer dizer, porém, que ella o seja sempre em todos os casos.

Releva entretanto notar que isto não a deprecia, porque as suas rivaes as possuem em grande numero, e em cirurgia qualquer operação, mesmo facil, não deixa de apresentar em certos casos suas difficuldades.

Vejam, emfim, quaes são as suas principaes difficuldades referidas pelos auctores, as quaes, seja dicto de passagem, são na maior parte excepcionaes e mesmo de pouca monta.

IMPOSSIBILIDADE DE DISTENSÃO DA BEXIGA.—Esta póde depender de duas causas: ou as vias naturaes não permitem a passagem de uma sonda de calibre sufficiente para a injeccão vesical, ou ainda, ellas são permeaveis, porém é a bexiga que não se presta á distensão. No primeiro caso estão os estreitamentos da urethra, os quaes, difficultando

ou impedindo a introdução na bexiga de uma sonda de calibre sufficiente para a injeção, tornam esta difficil, impossivel mesmo, conforme o gráo da coarctação urethral. Pensamos, porém, que nenhuma razão têm aquelles que consideram os estreitamentos urethraes como uma das difficuldades da talha hypogastrica, visto como elles podem ser tratados previamente para depois praticar-se a operação, que aliás é indicada nos casos de estreitamentos infranqueaveis da urethra.

Nestes casos, a impossibilidade de injeção intra-vesical é compensada pela retenção de urina, que poderá ser augmentada, segundo alguns, caso seja preciso, por meio dos diureticos como faziam outr'ora Rousset e outros. Emfim, ainda mesmo nos casos de estreitamentos infranqueaveis não se póde considerar a operação difficil, porque a retenção fará então as vezes da injeção vesical.

No segundo caso, uma bexiga pequena, contrahida e inextensivel, guardando apenas algumas grammas de urina, póde oppôr uma resistencia tenaz á sua distensão, quaesquer que sejam os meios empregados. Estes factos são entretanto raros. Monod e alguns outros cirurgiões citam, todavia, alguns casos d'este genero.

Nestas condições, não se podendo injectar na sua cavidade liquido sufficiente, tem-se ainda um recurso no processo de Frei Côme ou de Th. Anger, que é aconselhado nestes casos por alguns cirurgiões.

Emfim, não se conseguindo distender a bexiga, seja por causa de um estreitamento infranqueavel, seja por causa da contractura permanente e da intolerancia rebelde do orgão, não permittindo nem mesmo um conductor na sua cavidade, aconselham alguns auctores, como ultimo recurso para estes casos excepcionaes, o processo de Baudens, que aliás não é bom, collocando-se o operador em condições analogas ás de Franco, quando praticou a primeira talha hypogastrica.

Vejamos em duas palavras qual é o manual operatorio de Baudens.

Elle incisa a parede abdominal um pouco ao lado da linha mediana de modo a passar entre a *linha alva* e o bordo interno do musculo recto abdominal. Depois de seccionada a *linha branea*, Baudens introduz o index esquerdo no angulo inferior da ferida por detraz da symphyse, cuja face posterior elle segue até chegar perto do collo vesical, e ahi flexiona o dedo em forma de colchete, e depois, leva-o para cima raspando os tecidos, ficando assim levantado e protegido pelo dedo o fundo-de-sacco peritoneal. Em seguida elle incisa a bexiga, mergulhando o bistouri obliquamente para baixo, a egual distancia da serosa e do collo vesical. Feita a incisão vesical, elle introduz o dedo, que levanta e protege o peritoneo, na cavidade da bexiga para guiar as tenettes.

ADHERENCIAS DO PERITONEO. — Como já tivemos occasião de dizer no capitulo da Anatomia, estas adherencias não são communs.

Em geral, ellas resultam de uma peritonite localizada, provocada ou por um phlegmão das paredes abdominaes, ou por uma ferida penetrante da região hypogastrica, ou por uma osteite do pubis, etc., etc.

Quanto ás adherencias peritoneaes nos casos de hernias inguinaes, tambem já tivemos occasião de tratar deste assumpto no referido capi-

tulo. Em summa, é impossivel sempre prever-se a existencia destas adherencias ; porém, tomando-se todas as precauções antisepticas, a lesão da serosa não é mais para se temer tanto como outr'ora, e demais nestes casos ella não será muito susceptivel, em vista de sua inflammação primitiva.

ADHERENCIAS DA BEXIGA.—As adherencias da bexiga aos órgãos vizinhos são tambem raras, e, quando existem, são as mais das vezes o facto da propagação da cystite ao tecido cellular perivesical, produzindo o seu endurecimento e estabelecendo adherencias inflammatorias entre a bexiga e as partes circumvizinhas, pubis, peritoneo, etc.

E' mais particularmente adiante, entre o reservatorio urinario e a face posterior dos pubis, que estas adherencias se estabelecem, o que difficulta a sua distensão e o levantamento do fundo-de-sacco peritoneal, porque a bexiga, presa ao pubis pela sua face anterior, não poderá se desenvolver livre e regularmente, tendo tendencia a desenvolver-se e dirigir-se para atraz por causa dessas adherencias. Fleury (de Clermont) em um caso deste genero viu-se obrigado a não concluir a operação, porque a bexiga, retrahida e profundamente occulta na excavação pelviana, não poude ser levantada pela sonda de dardo, devido isto ás adherencias que a mantinham na pequena bacia, adherencias estas dependentes provavelmente da propagação da inflammação coxo-femural esquerda ao tecido perivesical. Tratava-se de um individuo de 31 annos, que apresentava uma ankylose do membro abdominal esquerdo com rotação do mesmo para dentro.

GRANDE DESENVOLVIMENTO DO TECIDO SUB-CUTANEO.—Como já vimos, a espessura do *fascia superficialis* varia com os individuos, com os sexos e com as edades,

Em certos casos, elle pôde attingir na região hypogastrica grandes proporções, tornando assim mais profunda a bexiga e por isso mais difficeis as manobras operatorias.

São, porém, difficuldades insignificantes, havendo além disso compensação, isto é, a distensão e o desenvolvimento da bexiga na cavidade abdominal se fazem com mais facilidade nos gordos do que nos magros.

CONTRACTURA DOS MUSCULOS ABDOMINAES.—O receio que tinham os antigos cirurgiões das difficuldades oriundas da contractura dos musculos abdominaes, sobretudo dos sterno-pubianos, explica o porque ligavam elles grande importancia á posição do doente na talha hypogastrica, aconselhando cada um a posição que melhor lhe parecia para obviar esta difficuldade.

Hoje, porém, tem-se no chloroformio um excellente meio para combater esta contractura, aliás pouco commum.

VOLUME, SITUAÇÃO E FORMA DO CALCULO.—1º volume. A extracção da pedra na talha hypogastrica nem sempre será facil, visto como uma das suas principaes indicações é precisamente o grande volume do calculo.

Quando elle não puder ser extrahido pelos meios ordinarios por causa das suas grandes dimensões, pôde-se recorrer ás *tenettes-forceps*,

tendo-se, porém, o cuidado de fazer tracções prudentes e moderadas de modo a não romper ou contundir os bordos da ferida e a mucosa vesical, o que poderia dar logar a graves accidentes. Se apesar dos esforços prudentes empregados, não se tiver conseguido extrahir o calculo, e se a incisão não puder mais ser prolongada, recorrer-se-ha, como já dissemos, ao esmagamento por meio de tenettes especiaes, taes como a de Dolbeau e a *tenette de cadeia articulada* de Guyon, conforme a exigencia dos casos; sendo esta ultima considerada muito vantajosa, quando ella puder ser empregada.

E' mais prudente e mesmo melhor extrahir-se o calculo, nos casos difficeis, por este meio, que bem poderia chamar-se *lithotricia hypogastrica*, do que usar de violencias pelas tracções, etc.

Os instrumentos esmagadores serão guiados, do mesmo modo que as *tenettes*, pelo index esquerdo introduzido na cavidade vesical. Terminado o esmagamento, retiram-se os fragmentos maiores, sendo os menores e a areia acarretados facilmente pelas lavagens da bexiga.

2.º SITUAÇÃO DO CALCULO.— Em alguns casos, a bexiga apresenta cellulas em cujo interior pôde-se desenvolver o calculo, tornando-se elle engastado ou enkystado, conforme proemina ou não atravez da abertura da sua loja. Segundo Souberbielle, estas especies de calculos não são muito raras, pois que em 50 individuos elle encontrou 16 que offereciam calculos engastados ou enkystados (32 $\frac{0}{0}$). Factos d'esta natureza tambem citam alguns Michel, Guyon, Monod, Podraski, Giuseppe Ruggi, etc., etc.

Estes calculos são observados em todas as edades, mesmo nos meninos, como se verifica pela estatistica de Lemaire, (1) que os assignala desde a idade de um anno até a de 80.

A sua sede varia, e, segundo o quadro de Lemaire, elles foram encontrados 10 vezes na face posterior da bexiga, na região dos ureteres, 7 vezes no vertice do orgão, 3 vezes na parte lateral direita, para fóra do trigono e 2 vezes á esquerda. Elles podem se complicar de adherencias, as cellulas podem se inflammam, e, em vista da delgadeza de suas paredes, ordinariamente constituídas só pela mucosa, a sua ruptura espontanea ou provocada é facil.

Quanto á extracção d'estes calculos, não se pôde estabelecer regras precisas, dependendo muitas vezes da habilidade e do tacto do operador.

Em primeiro logar, procurar-se-ha extrahir a pedra por meio de tracções moderadas e cautelosas, não se devendo entretanto abusar d'este meio que nem sempre deu bons resultados em mãos habeis.

Se elle falhar, pôde-se ainda recorrer ao debridamento do colo da cellula, processo este que deu muito bom resultado a Podraski que, achando-se em egual occurrencia, fez em um joven soldado muitas incisões pequenas que lhe permittiram extrahir uma pedra de 7 cent. de

(1) Lemaire, Th. de Paris de 1875.

circunferencia. Este meio, porém, não é innocente, e cita-se um caso de morte por peritonite sobrevindo depois de um debridamento semelhante. Emfim, ainda resta outro recurso, que é a pulverização do calculo pelo *grugement*, sobretudo si elle fôr molle e friavel. Foi o meio de que lançou mão, com successo, Monod em um velho de 66 annos, portador de um calculo engastado em uma loja cuja abertura apenas permittia a entrada do dedo. Ainda aqui não são dispensaveis a prudencia e a doçura nas manobras. Thompson, em um caso difficil, viu-se obrigado a deixar o calculo *in situ*, e Souberbrielle em dous casos só conseguiu tiral-os mediante a secção da loja do calculo, o que elle fez sem nenhum accidente.

E' um meio este muito perigoso, que só em ultimo recurso poderá ser empregado, achando mesmo alguns auctores preferivel a conducta de Thompson á de Souberbielle.

Além d'essas difficuldades de extracção, os calculos engastados tambem podem, em alguns casos, difficultar ou mesmo impossibilitar o balonamento rectal. Foi o que succedeu a Giuseppe Ruggi (1) em 3 de Junho de 1886, em um menino de 22 mezes de idade, o qual, além de uma hernia inguino--scrotal bilateral, tinha um calculo engastado na parede posterior da bexiga fazendo saliencia para o recto e impellindo para adiante a prostata, segundo diz elle. N'este doentinho G. Ruggi não conseguiu introduzir na bexiga um catheter e nem tão pouco applicar o balão rectal por causa da proeminencia que a pedra fazia no recto. Não obstante, elle praticou a operação, e com resultado, guiado sómente pelos seus conhecimentos anatomicos. « Ogni modo, diz elle, Voi vedeste che, sulla scorta della semplice anatomia, io giunsi ad aprire ampiamente la vescica, a snucleare il calcolo, etc., etc. » No fim de 18 dias estava completamente curado o menino.

Elle empregou a sutura vesical feita com catcut tanto n'este, como em outro menino por elle operado mais tarde, e cuja cura foi completa em 9 dias. Emfim, esta observação de Ruggi vem tambem provar, seja dicto de passagem, a benignidade e facilidade da talha hypogastrica no menino.

3.º FORMA.— A fórma do calculo varia muito, e pôde em alguns casos offerecer difficuldades á extracção. Ainda a habilidade e o tacto do operador vencel-as-hão, accrescendo que a talha hypogastrica tem a vantagem de collocar a pedra sob a vista do cirurgião, que verá então o melhor meio para extrahil-a.

ESPESSAMENTO DAS PAREDES VESICAES.— Nestes casos poucas difficuldades se encontram, a não ser uma resistencia ao afastamento dos bordos da ferida vesical, o que se obviará fazendo uma incisão maior, que não deve entretanto ultrapassar os limites da prudencia. Como nestes casos a bexiga é mais ou menos fungosa, deve-se evitar a contusão ou a ruptura da sua mucosa, o que daria logar a hemorragias, etc.

(1) G. Ruggi. Della cistotomia ipogastrica e perineale. Conferenze teorico-pratiche di chirurgia, 1886, p. 5.

Em summa, a mór parte destas difficuldades, além de pouco importantes, são excepcionaes e não devem entrar em linha de conta. Também seria ir manifestamente de encontro á verdade, pretender que a talha hypogastrica é tão difficil como a perineal, como dizem Sanson e outros.

Póde-se contar o numero de talhas hypogastricas não acabadas por causa de difficuldades encontradas. Taes são os casos de Textor, Corneo, Moulinié, Fleury e Thompson.

Segundo a estatistica de Winslow Dulles, a operação não foi terminada sómente em 4 casos sobre 478; e na de Gunther, 3 casos sobre 260 observações. A este respeito a talha perineal não póde se pôr em paralelo com a talha hypogastrica, que é sem duvida nenhuma uma operação de facil e simples execução.

2.º ACCIDENTES E COMPLICAÇÕES.— Na cystotomia hypogastrica, do mesmo modo que em qualquer outra operação, tambem podem apparecer accidentes e complicações, que virão perturbar a marcha natural para a cura e acarretar mesmo, em certos casos, uma terminação fatal. Estes epiphenomenos operatorios não são, entretanto, tão frequentes na talha hypogastrica como se suppoz por muito tempo, e nem tão graves, como acreditavam os antigos cystotomistas. Os dous escolhos da talha de Franco, ferimento do peritoneo e infiltração de urina, hoje são muito mais raros do que outr'ora, e mesmo menos graves, graças não só ás importantes modificações por que passou o seu manual operatorio, como tambem aos curativos antisepticos.

Veamos, entretanto, de um modo succinto quaes são os accidentes e as complicações que têm sido referidas pelos que se têm occupado d'este assumpto.

FERIMENTO DO PERITONEO.— O ferimento do peritoneo e a infiltração urinaria são os dous pontos particulares da talha hypogastrica que sempre preoccuparam a attenção dos cystotomistas, cujos esforços têm sido todos empregados para obviar-os; d'onde a serie de modificações por que tem passado o manual operatorio da operação de Pierre Franco, desde a sua infancia até os nossos dias.

A lesão do peritoneo, que por tanto tempo aterrorizou os operadores, influindo sobremodo para o olvido e abandono da talha de Franco, é actualmente não só rara, como tambem menos grave, devido isto, como já dissemos, aos aperfeiçoamentos modernos de Petersen, Périer e Guyon, e aos curativos antisepticos.

Recorrendo-se ás estatisticas, vê-se que este accidente tem sido raro, e que não tinham razão os antigos cirurgiões em rejeitar esta operação por causa de um accidente, na verdade serio, porem pouco commum já nessa epocha.

* Frei Côme em sua longa pratica parece ter ferido a serosa na talha hypogastrica sómente uma vez, o que, todavia, Deschamps acha pouco e põe em duvida.

Belmas nega a pretendida frequencia deste accidente e diz que pelo seu processo (o de Roussel, pouco mais ou menos) consegue-se evital-o perfeitamente, accrescentando que para o futuro elle dependerá ou da inhabilidade do operador, ou então de algumas circumstancias raras, impossiveis de se prever. Elle demonstrou pela experiencia que a lesão do peritoneo não é tão grave como se dizia, e a este respeito combate energicamente a opinião de Deschamps, que elle accusa de retrogrado e de injusto para com Frei Côme, que escreveu, diz Belmas, com uma boa fé rara.

Da mesma opinião é Souberbielle, seu sogro, o qual em 40 casos da sua pratica, sómente em 2 feriu o peritoneo; sendo uma vez em um individuo excessivamente magro e a outra vez em um que já tinha soffrido a operação. Velpeau era tambem, mais ou menos, da mesma opinião, isto é, que o accidente era pouco frequente.

Gunther, (1) nas 260 observações que conseguira reunir até 1851, encontrou citados sómente 6 casos de ferimento do peritoneo.

A. Flury, (2) nas 91 colhidas de 1851 a 1879, só encontrou assignalado um caso. W. Dulles (3), na sua estatistica de 478 casos publicados tanto na Europa, como na America, não accusa senão 13 vezes este accidente. Emfim, as estatisticas modernas dão resultados ainda mais favoraveis. Etienne em 57 casos não o viu assignalado uma só vez.

Como se vê, este accidente é raro; e, além disso, não tem a gravidade que á primeira vista se poderia attribuir-lhe, pois que dos 6 casos citados por Gunther só 3 foram fataes, e dos 13 de Dulles tambem só em 3 a lesão do peritoneo produziu a morte.

Se, apesar das precauções tomadas, o peritoneo fôr interessado, é preciso oppor-se á sahida dos intestinos, fazendo-se um ajudante mantel-os com esponjas phenicadas; e depois, terminada a operação, lavada e desinfectada cuidadosamente a vizinhança da ferida, deve-se não hesitar em praticar a sutura da serosa, como o fez Lister com successo em 1873 em um caso referido por Vincent (4). Neste caso Lister suturou a ferida peritoneal, a vesical e a abdominal, tendo tido o cuidado de deixar no angulo inferior desta ultima um tubo de drenagem e fazer um curativo anti-septico rigoroso.

Quando se der esta complicação da sahida dos intestinos, convem que se faça com a maxima brevidade possivel a sua redução, porque quanto mais tempo ficarem elles expostos ao ar, tanto mais provavel será a peritonite. E' o caso para se fazer a sutura vesical total, como aconselham alguns, ainda mesmo temporaria por 2 a 3 dias, tempo sufficiente para se estabelecerem adherencias ao nivel da ferida peritoneal, impedindo-se d'est'arte a introdução na cavidade peritoneal de urina, san-

(1) Gunther. Der hohe Steinschnitt, Leipzig, 1851.

(2) A. Flury. Ein Beitrag zur Geschichte und Statistick des hohen Steinschnitts, 1851—1878. Tubingen, 1879.

(3) Dulles. Supra-pubic lithotomy.—Americ. Journ. of. sc. med., 1875.

(4) Vincent. Plaies pénétrantes intra-péritonéales de la vessie, in Revue de chir., 1881.

gue, pús, etc. Não nos parece, porém, necessario tal meio, visto que com a nova pratica de Guyon, *siphonage* e sutura parcial da bexiga, chega-se aos mesmos resultados.

INFILTRAÇÃO DE URINA.— Como já dissemos, outr'ora o segundo escolho da talha de Franco era a *infiltração urinosa*, cujos perigos tambem têm sido muito exaggerados, e os instrumentos ou processos inventados para obviar-os são talvez mais numerosos do que os casos em que este accidente se tem produzido.

Belmas, o historiador convicto e consciencioso da talha hypogastica, só poude encontrar 2 casos de morte por infiltração urinaria, acrescentando elle que se outros existissem, além dos dous da pratica de Chopart, elles não deixariam de ser recolhidos por Deschamps, um dos grandes adversarios do *alto appareil*.

Frei Côme nunca observou-a, e Souberbielle nas suas 40 operações cita um só caso, assim mesmo justificavel.

A estatistica de Dulles dá 7 casos fataes por este accidente sobre 478 observações; a de Andréas Flury 5 sobre 92; e a de Etienne (1) tambem 5 sobre 57 observações.

Não padece duvida que a infiltração de urina é um accidente grave, porém raro, sobretudo com as novas modificações feitas por Felix Guyon nos curativos da cystotomia supra-pubiana.

E' preciso, porém, saber o que se entende por *infiltração de urina*.

Debaixo d'esta denominação tem-se comprehendido dous factos diversos: 1º. a penetração da urina, por pressão, no tecido cellular perivesical, phenomeno este comparavel ao que se passa depois de uma ruptura de urethra; 2º. uma inflammação putrida do referido tecido cellular, um verdadeiro phlegmão grangrenoso diffuso e invasor, o que Monod denominou, enfim, *infiltração putrida aguda*.

No primeiro caso, trata-se de uma verdadeira *infiltração urinaria*, da *infiltração de urina* propriamente dicta, que é de causa puramente mechanica, segundo Belmas, Périer, Monod, etc., etc.

Na talha hypogastica o primeiro facto, isto é, a verdadeira infiltração urinosa deve, pois, ser rara, em virtude do seu mechanismo de formação. Eis o que diz Périer a este respeito: « Si le drainage est bien-fait, il n'est pas admissible qu'il y ait de la part de l'urine une pression suffisante pour qu'elle pénètre de force dans les mailles du tissu cellulaire. Son contact détermine une inflammation: si cette inflammation est purement irritative, elle bouche rapidement toutes les voies d'infiltration par une phlegmasie circonscrite, et s'il y a suppuration, le pus s'écoulera vers la plaie extérieure. Si, au contraire, l'inflammation n'est pas simplement irritative, que les urines soient infectieuses, alors se déclarera un phlegmon diffus; le tissu cellulaire sera frappé de mort de proche en proche jusqu'à une distance illimitée, il fera l'office d'une épouge inerte et s'imbibera d'urine par capillarité, et c'est ainsi qu'on pourra

(1) Etienne, Parallèle des divers est. vésicales. Th. d'agrég., Paris, 1883.

retrouver de l'urine à de très grandes distances. L'infiltration ici est donc secondaire, ce n'est pas l'injection du tissu par l'urine, c'est l'imbibition. Je ne comprends l'infiltration que dans le cas où l'urine est chassée violemment par les contractions vésicales à travers une ulcération, lorsque la voie normale d'écoulement est plus ou moins oblitérée. Dans la taille supra-pubienne, une infiltration de ce genre serait à craindre si, après avoir suturé la vessie et ensuite la paroi abdominale, la première suture venait à manquer, la seconde restant suffisante. »

Ainda a proposito, diz tambem Etienne :

« Mais encore une fois, tant que la plaie abdominale sera ouverte, tant qu'un tube de précaution aura été placé au niveau de l'angle inférieur de la plaie, nous ne comprenons guère comment pourrait se faire l'infiltration mécanique. »

Emfim, duas são as causas que podem produzir a verdadeira infiltração de urina na talha hypogastrica : 1ª a obliteração ou o achatamento do canal vesico-abdominal que deve conduzir para fóra as urinas (deslocamento dos drens, falta de parallelismo nas feridas vesical e abdominal, interposição de corpos extranhos nesse canal, coalhos, areias, etc.); 2ª descollamento do tecido cellular peri-vesical, o que dá logar a estagnação da urina que, sob a menor pressão, a do seu proprio peso, penetrará nas malhas rotas do referido tecido. Vê-se, pois, que a verdadeira infiltração é rara; accrescendo que hoje estão mais aperfeiçoados os curativos da operação, de modo a prevenil-a.

Na mór parte dos casos em que vem assignalado este accidente, trata-se antes do segundo facto, isto é, de um phlegmão gangrenoso diffuso do tecido cellular peri-vesical, *infiltração putrida aguda* de Monod, cujas causas estão ligadas aos descollamentos desse tecido, á sua inflammação e sobretudo ás qualidades chímicas das urinas, septicas e infectiosas; influindo tambem para a apparição desta complicação o estado geral do operado. E' assim que nos diabeticos, nos albuminuricos nos hepaticos, emfim, nos individuos de uma constituição decadente, devem-se temer graves complicações.

Assim, pois, para prevenir o apparecimento deste accidente deve-se modificar o estado geral do doente, assim como o estado das suas urinas, tendo-se tambem o cuidado de não descollar o tecido cellular peri-vesical e retro-pubiano, de impedir a estagnação dos liquidos, de drenar e fazer, emfim um curativo anti-septico rigoroso. Dest'arte conseguir-se-ha obviar a infiltração, que, como provam as estatisticas, não é commum.

HEMORRHAGIA.—Uma das vantagens da operação que nos occupa é a ausencia de hemorrhagia, quasi completa si a incisão tiver sido feita bem na linha mediana.

Pelas estaticas vê-se que esta complicação tem sido assignalada muito poucas vezes. Gunther refere seis casos sobre as suas 260 observações; Dulles cita 2 casos sobre as suas 478 observações, e na estatistica de Etienne (57 casos) ella é mencionada 5 vezes; mas, diz elle, é sempre um accidente ligeiro, primitivo ou retardado.

Pye perdeu um doente por esta complicação. Frei Côme observou-a sómente 3 vezes, morrendo della um dos seus operados, a viuva Poulard. Thornhill cita 2 ou 3 casos, e Souberbielle só um caso, que foi fatal, tendo sido a hemorragia rápida e abundante em consequencia da grande e anormal vascularização das paredes vesicaes. O Dr. Almeida, de Lisboa (1), observou-a 2 vezes, como causa de morte. Emfim, citam-se ainda outros casos, de Amussat, Delabost, Cazenave, Civiale, etc. ; são, porém, factos excepçionaes, e os proprios adversarios da operação não lhe negam esta vantagem—ausencia de hemorragia.

Segundo Belmas, ella póde provir de quatro fontes : 1º da lesão dos vasos situados na espessura das paredes abdominaes ; 2º da lesão dos vasos da bexiga ; 3º da ruptura de algumas fungosidades ; e 4º da exhalção sanguinea dos capillares da mucosa constituindo uma verdadeira hematuria. Em summa, a hemorragia póde ser *abdominal* ou *vesical*.

A primeira não tem grande importancia, e não deve entrar em linha de conta ; a segunda, mais importante, é a que mais vezes se manifesta nos raros casos em que apparece esta complicação, podendo ella resultar do ferimento de uma veia vesical mais ou menos calibrosa, ou da ruptura de fungosidades durante a extracção dos calculos, etc.

O balão rectal, comprimindo o collo vesical e os plexos peri-prostaticos, embaraça a circulação de retorno e favorece a hemorragia. As pedras engastadas tambem predispõem á ella.

Não se póde, emfim, apresentar esta complicação como importante, grave, visto como as mais das vezes é uma hemorragia *en nappe* que cessa por si mesma, sobretudo com a sahida do balão ; e se fôr necessario intervir, recorre-se aos meios ordinarios empregados contra as hemorragias venosas em geral.

RUPTURA DA BEXIGA.—Esta complicação tambem tem sido assignalada muito poucas vezes. Segundo Cheselden, ella se deu com alguns cirurgiões do seu tempo ; e, ha pouco tempo, Monod (1) passou por esta decepção em um doente que elle operava. Não obstante isso, elle continuou a operação sem lesar a serosa, que foi levantada com o dedo, e o operado restabeleceu-se completamente.

Egual successo, não obstante ter-se dado a ruptura vesical durante a injecção, teve Delaunay, de Boulogne-sur-Mer. (2)

Weinlechner, (3) em um menino de 2 1/2 annos, viu a bexiga romper-se durante a injecção. O doente morreu no 7º dia.

Hoje este accidente é muito menos para se temer com o processo de Petersen, que permite injecções moderadas e prudentes, tendo-se além disso no chloroformio e na cocaina um excellente meio para pre-

(1) Dr. G. d'O. Martius. A operação da talha. Estudo comparativo dos methodos perineal e hypogastrico Th. de Lisboa, 1879.

(1) Bulletins et Mémoires de la Soc. de chir., 1883.

(2) Id., id., id., 1884, sessão de 24 de Dezembro.

(3) Wien. med. Press., 1880.

venir o accidente, combatendo uma das suas causas, isto é, a excessiva irritabilidade vesical.

Emfim, se se der a ruptura da bexiga, apesar de todas as precauções, deve-se seguir o exemplo de Monod, continuar a operação, estabelecer um bom drenagem para favorecer o escoamento dos líquidos e fazer curativos antisepticos rigorosos.

Quanto á sede da ruptura, ella varia; sendo entretanto mais commum perto do vertice vesical, segundo as experiencias de Bouley, Preneux (1), etc., etc. O primeiro verificou que a ruptura se dá, no cadaver, com uma injeção de 1.300 gram., em média, e o segundo com 850 grs. em quatro experiencias feitas a este respeito. Estas médias não servem para o vivo, visto como nelle entram em jogo outros elementos, que tornam as paredes vesicaes menos resistentes, taes como, o seu estado pathologico, as contracções do orgão, etc.

Emfim, para se ficar ao abrigo deste accidente, não se deve ultrapassar 350 gr. na bexiga, como aconselha Guyon.

PERITONITE.—Como ella é ordinariamente uma consequencia dos dous accidentes primordiaes da operação, ferimento do peritoneo e infiltração de urina, poder-se-ia pensar que a sua frequencia está em relação directa com a frequencia desses accidentes. Isto, porém, não é fatal; e Gunther só consigna 8 casos de *peritonite traumatica*, e Dulles 3, registrando entretanto elles maior numero d'aquelles accidentes.

Em um caso de Dittel (2) ella foi a consequencia de uma perfuração da bexiga por corpo extranho. Th. Anger (3) viu-a sobrevir pela ruptura de um abcesso renal no peritoneo.

E. Bœckel (cit. por Garcin) (4) praticou a talha hypogastrica em um individuo que veio a fallecer, no 11º dia, de peritonite. A autopsia revelou, porém, a existencia de um *caminho falso* no peritoneo; notando-se que este doente tinha-se posto antes aos cuidados de um barbeiro.

Quanto á peritonite *por propagação* ou *não traumatica*, ella é absolutamente excepcional. Dittel (5) cita um caso, tendo o seu operado fallecido no 5º dia, de uma peritonite consecutiva a uma cystite e pericystite. Dulles registra em sua estatistica 6 casos de morte *por peritonite não traumatica*, alguns dos quaes parecem antes devidos á *peritonite traumatica*. Emfim, é uma complicação grave, porém rara e dependente principalmente dos dous accidentes supracitados, hoje perfeitamente evitados.

RUPTURA DA CICATRIZ.—E' uma complicação tardia, rara e de pouca importancia.

Frei Côme observou-a uma só vez; Thornill, Bell e Mercier citam tambem um caso, cada um; e em todos elles a cura se fez no fim de um

(1) A. Preneux. T. Hypogastrique, Th. de Lyon, 1885.

(2) Wien. med. Wockenscheiff, 1880.

(3) Bull. et mém. de la Soc. de chir., 1883.

(4) Garcin, T. hypogastrica, Th. de Strasbourg, 1884.

(5) Wien med. Wockens., 1880.

certo tempo. O Dr. Féré (de Meaux) (1) observou-a em um seu operado de 74 annos de idade, no qual a ferida hypogastrica, já depois de completamente cicatrizada, reabriu-se em parte quasi dous mezes e meio depois da operação pelo facto de uma retenção de 24 horas, dando logar a ruptura da cicatriz á uma pequena fistula, da qual o doente não quiz ser desembaraçado por considerar esta enfermidade como uma cura da dysuria que o perseguia desde muito tempo, livrando o tambem das suas repetidas sondagens.

Em um caso de Desnos (de Paris) (2) a cicatrização da ferida hypogastrica era completa no fim de 18 dias. Porém, no fim de tres semanas a cicatriz rompeu-se, e ainda 15 dias depois de novo elle cedeu, porque a sonda de demora, mal supportada, foi retirada muito cedo pelo proprio doente; a cicatrização definitiva só teve logar um mez depois, ficando ainda o operado completamente restabelecido. Périer no seu primeiro operado tambem observou este accidente; o orificio cutaneo da ferida por diversas vezes abriu-se, e, em uma d'ellas sob a influencia de uma defecação laboriosa.

Emfim, o grito, o esforço, a tosse, a defecação laboriosa, etc., são as causas que mais predispoem á esta complicação, que entretanto é rara, não é grave e curavel facilmente pelo repouso e pela sonda de demora.

EVENTRAÇÃO, HERNIA VESICAL.—E' absolutamente excepcional. Bell observou em um seu operado uma fraca eventração, 8 semanas depois da operação; tendo contribuido para isto o ter elle feito transversal a incisão dos tegumentos, o que predispõe a este accidente. Para prevenil-o póde-se applicar um aparelho apropriado até ficar solida, completa a cicatriz; e quando elle se manifestar, empregar-se-ha a cintura hypogastrica, que é um bom meio de dar á cicatriz a força e a resistencia que lhe faltam.

Em summa, é um accidente que não póde ter logar com os processos actualmente seguidos. Possivel no tempo de Gunther, não se tem mais razão para occupar-se com elle hoje.

Quanto ás outras complicações referidas pelos auctores, taes como, a gangrena do anus e do recto produzida pelo balão rectal, cystite, phlegmões e abcessos peri-vesicaes, fistula hypogastrica persistente, impotencia functional da bexiga e retenção de urinas consecutiva, nada diremos por serem muito raras e mesmo de somenos importancia.

V

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

1º INDICAÇÕES. — As importantes modificações por que passou a talha de Franco contribuíram sobremodo para que esta operação, outr'ora excepcional e quasi sempre empregada como ultimo recurso depois

(1) Taille hypog. pour fragment de sonde resté dans la vessie, pelo Dr. Féré. Comm. feita por Polaillon á Soc. de cir., sessão 11 de Agosto de 1886.

(2) Extirpation d'un néoplasme par la voi hypogastrique, por Desnos (de Paris). Comm. feita ao 2º Congr. francez de cir., sessão de 22 de Outubro de 1886.

de reconhecida a impotencia dos outros meios, se tornasse actualmente de pratica commum, podendo perfeitamente pôr-se em paralelo, e com vantagens, com as suas congeneres, que hoje são consideradas inferiores á ella pela maioria, senão totalidade, dos cirurgiões modernos.

Sir H. Thompson (1), outr'ora seu adversario e hoje um dos seus maiores partidarios, proclama-a superior a todos os outros processos cystotomicos, e diz que á ella se deverá recorrer, de preferencia a qualquer outra, quando o calculo não puder ser extrahido pela lithotricia de Bigelow, que, seja dicto de passagem, é considerada hoje o methodo de escolha para o tratamento da pedra,

Os aperfeiçoamentos da lithotricia vieram restringir muito o campo operatorio da talha hypogastrica, cujas indicações são tiradas das contra-indicações da litholapaxia, segundo as idéas hoje correntes. Segundo diz o illustrado cirurgião do « University college hospital » a cystotomia supra-pubiana é um methodo de excepção no adulto, pois que sobre 10 calculos 9 pelo menos, diz elle, são susceptiveis de ser esmagados, e quasi sempre a litholapaxia consegue completamente este resultado, desde que o operador já tenha uma certa pratica no manejo do lithotridor. Da mesma opinião são : Guyon, Basy, Reliquet, etc., etc., os quaes nas suas recentes memorias sobre a lithotricia rapida provam e proclamam que nenhum processo cystotomico pôde rivalizar-se com esta operação.

Em vista, pois, dos grandes progressos realizados pela lithotricia, a cystotomia supra-pubiana será uma operação relativamente rara, bem entendido, para o tratamento dos calculos vesicaes ; porém, não desaparecerá da pratica cirurgica, como diziam Bouisson e Dolbeau, sendo para notar que este ultimo, sem nunca tel-a praticado, considerava-a entretanto um máo methodo e unicamente digno de figurar no historico das suas congeneres !

Ora, uma tal asserção hoje é de todo repellida : tambem Dolbeau tinha por quem velar—pela sua lithotricia perineal, o que explica juizo tão severo.

Emfim, dizer isto seria negar contra indicações á litholapaxia, o que não é sustentado nem mesmo pelos seus maiores entusiastas ; accrescendo ainda mais que nem todos poderão dizer como Thompson que de 10 calculosos *pelo menos* 9 podem ser livrados da pedra pelo esmagamento, e nem tão pouco imitar a conducta de Felix Guyon (2) que, de meados de 1878, epocha em que começou elle a praticar a lithotricia rapida, até Outubro de 1886, sobre 678 operados elle não fez uso da talha senão 31 vezes, sendo 12 vezes a perineal e 19 vezes a hypogastrica ; tendo por conseguinte praticado nesse espaço de tempo 647 litholopaxias, e com excellentes resultados. Póde-se, pois, dizer que para estes e outros não menos adestrados é que a talha hypogastrica se tornou de um emprego mais raro no tratamento dos calculos vesicaes.

(1) H. Thompson. On the suprapubic operation of opening the bladder for stones and tumours, London, 1886, 1 vol. in. 8º.

(2) F. Guyon. Des indications et des contre-indications de la lithotritie rapide (Comm. feita ao 2º Congr. fr. de cir., sessão de 18 de Outubro de 1886).

Vejam os, emfim, quaes são os casos em que é indicada esta operação.

1.º VOLUME E DUREZA DO CALCULO, — E' uma das principaes indicações da cystotomia supra-pubiana, reconhecida outr'ora por quasi todos os lithotomistas, á excepção de alguns, como Nelaton e Sanson, que preferiam nestes casos a talha recto-vesical, hoje completamente abandonada, e Dolbeau a talha lithotritica ou lithotricia perineal, tambem quasi completamente abandonada.

Nos casos de calculos muito volumosos que resistem a lithotricia, é á talha supra-pubiana, diz Thompson, que, de preferencia a qualquer outra, se deve recorrer, a qual tem a vantagem de dar uma larga via para a sahida da pedra.

Por ella tem-se retirado calculos, cuja extracção pelo perineo ou pelo esmagamento seria impossivel. A este respeito, diz Guyon que a talha hypogastrica attenua grandemente as difficuldades da extracção, annullando-as mesmo, a menos de volume muito exagerado do calculo, e que entre os doentes que esta operação lhe permittiu curar ha uns que teriam quasi infallivelmente succumbido á extracção pelo perineo.

Como já dissemos, as indicações tiradas do volume da pedra tornaram-se mais restrictas com os progressos da lithotricia, cujos limites, segundo dizem os classicos, devem ser procurados hoje sómente para o lado do calculo, levando-se em consideração não só o seu volume, como a sua dureza.

A este respeito, porém, não se póde traçar regras precisas, diz Bazy (1), as quaes serão melhor estabelecidas pela habilidade, pratica e experiencia do operador. Este, em presença de um calculo volumoso, deverá consultar-se a si mesmo, antes de começar o esmagamento, se poderá terminal-o em uma só sessão, e se elle duvidar disso abandonará a lithotricia, a qual cederá então o seu logar á talha supra-pubiana. Assim, tal calculo, que um cirurgião chegaria a esmagar no fim de alguns annos de experiencia, deverá ser extrahido pela talha, se o operador não tiver adquirido uma habilidade sufficiente.

Bazy, por exemplo, retirou em uma só sessão 400 gr. de areia, representando uma esphera de 64 cc.; e tão volumoso que este calculo possa parecer, elle mesmo reconhece que não se poderia fazel-o um *caso-limite* da litholapaxia, porque um cirurgião mais exercitado chegaria certamente, diz elle, a esmagar um calculo de volume superior.

Ainda a este respeito diz Guyon: Não basta que o esmagamento seja possivel, para ser applicada a lithotricia, é preciso que elle possa ser levado a termo de uma só vez, o que depende de uma certa pratica e de uma experiencia particular, que variam com os operadores.

Para elle, é a 5, 5 1/2 e muito excepcionalmente a 6 centimetros que se põe o limite do possivel no esmagamento. Estes casos, que elle de-

(1) Bazy (de Paris). Des limites de la lithotritie dans le traitement des calculs vésicaux, Mem. apres. ao 2º Cong. fr. de cir., sessão de 23 de Outubro de 1886.

nomina *casos limites*, podem porém cessar de ser justificaveis do esmagamento pela extrema dureza do calculo; o que quer dizer que o facto não será raro, visto como a dureza do calculo e o seu volume são as mais das vezes connexos, e a resistencia aos lithotridores torna-se tanto maior, quanto mais volumoso fôr o calculo.

Emfim, diz Guyon que nos casos em que elle, não obstante muito volumoso, fôr friavel (phosphatico, etc.), estes limites ainda podem ser ultrapassados.

Além do volume e da dureza do calculo, a sua fórma tambem influe em certos casos sobre os resultados da lithotricia, difficultando ou mesmo impossibilitando a pegada e conseguintemente o esmagamento da pedra, sobretudo quando ella fôr lisa e chata, como o caso a que se refere Guyon na sua memoria publicada sobre a talha supra-pubiana, em 1883. Ainda nestes casos é indicada esta operação, assim como tambem nos casos de extrema multiplicidade dos calculos, os quaes influem, na mortalidade da lithotricia, mais pelo seu numero do que pelo seu volume, segundo diz o eminente cirurgião do hospital Necker. Assim mesmo, ainda diz elle que nos casos de grande volume ou de extrema multiplicidade dos calculos, a litholapaxia póde-se tornar difficil, mas não impossivel, porque o cirurgião está hoje auctorizado a prolongar o acto operatorio por tanto tempo quanto fôr o necessario para se obter o inteiro desembaraço da bexiga, o que entretanto não tem uma influencia preponderante sobre os resultados do tratamento, como o provam as observações dos americanos e inglezes. Deve se temer antes as manobras penosas do que as prolongadas, diz Guyon.

Em summa, o que resulta deste exposto é que hoje a lithotricia de Bigelow limita consideravelmente o campo operatorio da cystotomia hypogastrica neste particular, o qual começa então onde termina o da lithotricia, segundo diz Bouley. Por conseguinte, quando se tiver de extrahir um calculo além de 5 ou 6 cent., contra o qual a lithotricia é ordinariamente impotente, é á talha hypogastrica que se deverá recorrer.

É esta a opinião de Thompson, Petersen, Guyon, e de muitas outras summidades cirurgicas.

Entendemos, todavia, que os *casos limites* da lithotricia não podem ser fixados por *algarismos*, por que elles variam com a habilidade e pericia do operador; por isso, é mais prudente e acertado seguir-se aqui o conselho dado por Bazy, isto é, recorrer á lithotricia quando se tiver certeza de terminar o esmagamento em uma só sessão.

2º. CALCULOS ENGASTADOS E ENKYSTADOS. — Incontestavelmente é ainda esta uma das principaes indicações da operação, indicação formal mesmo, apesar de dizer o contrario Desnos, que neste caso apenas vê difficuldade e não uma contra-indicação real á lithotricia, o que não é acceito nem mesmo pelos mais fervorosos adeptos da operação de Bigelow.

Souberbielle, Michel e muitos outros distinctos operadores assignalam casos deste genero que só a cystotomia supra-pubiana pode vencer. Esta operação tem a incontestavel vantagem de desvendar toda a cavi-

-dade vesical, collocando por assim dizer a pedra sob as vistas e sob os dedos do operador, que dest'arte pôde acompanhar a sua extracção com a vista e com o tacto, o que facilita sobremodo as manobras operatorias.

Nestas circumstancias, pois, nenhuma outra pôde pôr-se em parallelo com ella.

Innumeras são as observações que provam este asserto, e basta o caso de Rivington (1) para se convencer do facto. Trata-se de um velho de 64 annos, portador de um calculo que pesava 645 gr. e media 42 cent. sobre 8, calculo que elle trazia ha 16 annos. Elle era engastado e o baixo-fundo da bexiga quasi immovel. Praticada a talha hypogastrica, Rivington quebrou a malho e tenaz a pedra, e conseguiu extrahil-a. O doente morreu, porém por complicações renaes e muitos mezes depois.

Esta observação foi apresentada á Sociedade de medicina e cirurgia de Londres, tendo-se mostrado muito favoraveis á talha hypogastrica, na discussão travada então a seu respeito, quasi todos os cirurgiões inglezes, Barwell, Jacobson, Thompson, Rivington, etc. São, pois, incontestaveis as suas vantagens nestes casos.

3°. HYPERTROPHIA DA PROSTATA.—Esta e o seu endurecimento podem dificultar muito, e mesmo impossibilitar a lithotricia, impedindo a introducção dos instrumentos. Além d'isso, a pedra pôde-se occultar em diverticulos retro-prostaticos, escapando assim ao esmagamento por ser impossivel a sua pegada. Emfim, nos antigos prostaticos, duas razões militam em favor da talha hypogastrica.

1ª. A glandula fibrosa, endurecida, deixa-se cortar difficilmente, e uma vez a incisão feita, os labios da ferida resistem á toda a tentativa de dilataçãõ; d'ahi contusões, rupturas por pouco fortes que sejam os esforços para extrahir-se a pedra.

2ª. E' raro que nestes casos não existam lesões avançadas da bexiga ou dos rins, condições desfavoraveis á talha perineal e mesmo á lithotricia. São sobretudo Le Deutu e Th. Auger que têm insistido sobre esta indicaçãõ da talha supra-pubiana.

4°. VIA PERINEAL ESTREITADA OU DEFORMADA.—Collocamos debaixo deste titulo os casos em que existe um estreitamento quer da urethra, quer da bacia. Segundo o professor Guyon, nos casos de coarctações urethraes recorrer-se-ha á talha, se o estreitamento não puder ser tratado previamente. Diz elle ter conseguido em diversos casos deste genero, a incisão ou a dilataçãõ lhe dando um diametro medio de 7 mm., praticar o esmagamento do calculo e a sua evacuaçãõ com excellentes resultados, e em um caso nestas condições elle poud extrahir 60 gr. de areias provenientes de calculos multiplos, ficando o doente completamente restabelecido.

Desnos cita tambem factos similhantes a este.

Diz-se que Guyon, em sua longa pratica, sempre poud, mesmo nas coarctações as mais consideraveis, introduzir um conductor para praticar a urethrotomia interna: duas vezes somente, foi elle obrigado a recorrer á urethrotomia externa sem conductor. Emfim, a indicaçãõ é então

(1) Da cystotomia supra-pubiana, Soc. de med. e cir., de Londres, sessãõ de 30 de Março de 1886, in Annales de Guyon.

formal quando se tratar de um estreitamento infranqueavel, sendo mesmo a talha hypogastrica um dos seus melhores meios de tratamento, segundo Monod; e muitos inglezes a preconizam para o tratamento dos mesmos com fistulas perineo-penianas, sem complicação de calculos.

Ainda ella é indicada em certos casos de bacia estreitada, com aproximação dos dous ramos ischio-pubianos, deformada emfim pelo rachitismo ou traumatismo, o que torna o perineo inaccessivel. Nas bacias rachiticas o promontorio está approximado da symphyse pubiana, a bexiga repellida para o abdomen, e torna-se muito difficil introduzir o dedo ou um instrumento entre o promontorio e a symphyse. Foi o que aconteceu a Thompson (1), que fez, nestas circumstancias, a talha perineal. O doente morreu de peritonite. Provavelmente outro seria o resultado se fosse praticada a talha supra-pubiana.

5.º HEMORROIDES VOLUMOSAS, OBESIDADE.— Segundo Petersen, são tambem indicações da talha alta. Não temos, porém, conhecimento de caso em que o cirurgião tenha sido guiado por estas considerações, o que entretanto não lhe tira o valor.

6.º TRATAMENTO DA HYPERTROPHIA PROSTATICA.— Foi Petersen quem propoz utilizar a talha hypogastrica para a cura radical da hypertrophia da prostata com retenção de urina, sobretudo quando é o lóbo medio hypertrophiado que obtura o orificio interno da urethra. Pondo a descoberto o interior da bexiga, ella permite vér e tirar uma porção da prostata hypertrophiada. Foi por meio desta operação que Dittel (2) praticou em 13 de Fevereiro de 1885 a excisão de um lóbo da prostata. Feita a abertura hypogastrica, elle collocou a alça de um esmagador na base do lóbo hypertrophiado, que era o medio, apanhou-o com uma pinça de Museux, e em alguns segundos estava terminada a operação. O lóbo extrahido tinha 5 centimetros de comprimento e 4 de largura. O operado morreu 7 dias depois da operação, e a autopsia veio revelar a existencia de plegmão dos bordos da ferida, infiltração purulenta dos musculos abdominaes, cystite, urethrite e pyelite, e pequenos abcessos no rim esquerdo.

7.º CORPOS EXTRANHOS DA BEXIGA. Quando estes não puderem ser retirados da cavidade vesical pelas vias naturaes e pelos processos ordinarios, recorrer-se-ha então á talha hypogastrica, que já conta muitos successos.

D'entre muitas observações, citaremos as mais recentes. Maréchal (3) praticou-a para extrahir um fragmento de sonda. Fleury, do Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, em um individuo de 43 annos, tambem praticou-a com o mesmo fim. (3) Diz elle que a talha hypogastrica, outr'ora empregada como excepção, hoje o é como regra geral, até para extrahir um pedaço de sonda ficado na bexiga, e o que tem contribuido muito para isso é o chloroformio e o balão de Petersen.

(1) H. Thompson. Arch. de Langenbeck, L. VII, pag. 735, 1864.

(2) Comm. feita á Soc. dos med. de Vienna, sessão de 20 de Fevereiro de 1885, in Revue de Hayem, 1886, t. 27.

(3) Maréchal—Id. soc. de Cir., sessão 4 de Fevereiro de 1885.

(4) T. hyp., por Fleury, praticada em 12 de Junho de 1886, in G. dos Hosp., 1886.

Gross (de Nancy) (1) praticou-a em uma menina de 13 annos para extrahir um grampo, e Féré, já citado, para tirar um pedaço de sonda de 13 centímetros, em um velho prostatico.

Emfim, ao operador compete a escolha do meio cirurgico n'estes casos, levando em consideração a forma, a consistencia, a natureza e as dimensões do corpo extranho ; sendo entretanto para notar que, quando este for irregular, de grandes dimensões, e sobretudo quando elle tiver aberto caminho pelo hypogastrio, é preferivel a cystotomia hypogastrica.

8.º ANKYLOSE COXO-FEMURAL COM ADDUÇÃO DA COXA.—Foi em um doente apresentando-se n'estas condições que o professor Poncet, cirurgião do hospital de Lyon, praticou a talha supra-pubiana, a 24 de Abril de 1885, e com successo. Estes casos são relativamente raros. Só conhecemos 3 observações em que esta operação foi necessitada por esta causa : uma de Bois (*Mém. et Bull. de la Soc. de chir.*, 1881), uma outra de Tillaux (id. de 1884), e emfim a do professor Poncet, de Lyon.

Compreende-se que quando o quadril está ankylosado n'esta posição, diz Poncet, a indicação é formal ; o perineo não sendo abordavel, a talha alta é o unico recurso do cirurgião.

9.º TUMORES DA BEXIGA.—A ideia primeira de tirar um tumor vesical pela via hypogastrica pertence a Senftleben. (2)

Billroth (3) recorreu á talha alta combinada com a talha lateralizada para extrahir um myoma vesical, ficando curado o doente.

Volkman (4) igualmente para um myoma. O doente morreu de peritonite.

Marcacci (5) praticou-a para um carcinoma, morrendo o individuo 2 mezes depois da operação. Bazy para um caso de epithelioma, fallecendo o doente 6 mezes depois da operação.

Liston, segundo Knox (cit. por Gussenbauer nos Arch. de Langenbeck), tambem empregou-a para extrahir um kysto vesical, o que elle fez com bom resultado.

Emfim, para resumir vejamos o que diz Jamin (6) na sua interessante memoria publicada recentemente : « La cystotomie sus-pubienne est, en France, le procédé le plus usité, nous pourrions même dire le seul usité jusqu'à l'heure actuelle, pour l'ablation des tumeurs de la vessie chez l'homme. » N'esta excellente memoria elle cita os unicos casos de ressecção vesical conhecidos na sciencia e nos quaes foi empregada a

(1) Gross, de Nanny. 2.º Congr. fr. de Cir., sessão de 19 de Outubro de 1886

(2) Gant Diseases of the bladder, London, 1876.

(3) Gussenbauer. Arch für klin. cir., XVIII, 1876.

(4) Volkmann. Id.

(5) Marcacci (Siena). Lo Sperimentale, 1881.

(6) R. Jamin. Les tumeurs de la vessie au point de vue chirurgicale, in Revue de Hayem t. XXIX, fasc. I, 1887.

talha hypogastrica. São em numero de tres: o de Sonnenburg, tendo sido feita a operação em Novembro de 1884 em uma mulher portadora de um volumoso fibro-sarcoma vesical. Praticada a talha alta, elle em seguida extirpou o tumor e grande parte da bexiga, ficando apenas o triangulo onde desembocam os ureteres. Ella morreu 4 semanas depois da operação por aneurysma pancreatico-duodenal.

O segundo caso pertence a Geza von Antal que, do mesmo modo, extrahio em um homem um tumor vesical volumoso e um terço da bexiga. Finalmente o terceiro é da pratica de Guyon. A operação foi feita em 17 de Novembro de 1886 em um individuo que trazia um epithelioma pediculado e pequeno, implantado no lado direito da bexiga. Guyon fez com um bistouri a ablação da base de implantação do tumor, interessando os 3/4 da espessura da parede vesical, e de dentro para fóra, ao contrario dos outros que fizeram a excisão de fóra para dentro. Curado.

Jamin, referindo-se a estas tres observações de resecção da bexiga em caso de tumores, a qual se poderia denominar *cystectomy*, assim conclue a sua memoria: « Et seule la voie hypogastrique permettra de réaliser l'excision large de l'implantation, unique espoir d'arrier à la cure radicale des néoplasmes de la vessie. »

Não podemos deixar este assumpto sem chamar a attenção para a importante memoria apresentada por F. Guyon á Ac. de Med. (sessão de 8 de Setembro, de 1885), (1) em que elle trata *ex cathedra* do diagnostico e tratamento dos tumores vesicaes, proclamando como o melhor tratamento dos mesmos a cystotomia supra-pubiana, com o que concorda Gosselin, sobretudo em vista das modificações feitas por Guyon na technica operatoria. Eis resumidamente como elle procede: Por meio de fios passados nas paredes vesicaes mantem-se a bexiga suspensa, e com os afastadores de Bazy ou de qualquer outro modelo, augmenta-se a abertura vesical pelo afastamento dos bordos da ferida. Ainda para tornar mais accessivel, mais visivel o interior da bexiga, Guyon emprega a iluminação artificial.

O balão será retirado para não embaraçar as manobras ulteriores.

D'este modo conseguiu elle extirpar tumores e levar o thermo-cauterio á sua superficie de implantação na bexiga sem o menor accidente. Nesta memoria elle cita 8 casos seus de talha hypogastrica praticada com excellentes resultados para calculos (3), para tumores (3) e para cystites dolorosas (2). Alem d'estes, elle já conta hoje maior numero.

Thompson, Jamin, etc., etc., acceitam e preconizam muito a pratica de Guyon, que não pode absolutamente ser rejeitada.

10° CATHETERISMO RETROGRADO. — Citam-se hoje diversos casos de catheterismo posterior praticado, com excellentes resultados, com o auxilio da talha hypogastrica, á qual se deve dar a preferencia as mais das vezes, diz Monod, nos casos em que fór indicado o catheterismo retrogrado da urethra.

(1) Guyon. Du diagnostic et du traitement des tumeurs vésicales, in Annales des maladies des v. urin. de Guyon, t. IV. 1886.

Duplay (1) refere uma observação sua de estreitamento infranqueavel da urethra tratado com successo por este meio, e em sua interessante memoria sobre esta questão, elle mostra o partido que se pode tirar, em certos casos de estreitamentos infranqueaveis, de uma cystotomia supra-pubiana permittindo o catheterismo posterior da urethra.

Ch. Monod (2), na sua não menos interessante memoria apresentada à Sociedade de cirurgia (sessão de 8 de Abril, 1886), refere diversos casos analogos coròados de excellentes resultados.

Depois de tratar minuciosamente do catheterismo retrogrado, elle tira as seguintes conclusões: «Il résulte, il me semble, de cette longue étude que le cathéterisme rétrograde peut, dans certains cas déterminés de rétrécissements infranchissables, ou de ruptures traumatiques de l'urèthre, (soit même peut-être, mais à titre tout-à-fait exceptionnel, chez certains prostatiques, rendre de réels services. L'opération peut être exécutée dans deux conditions très différentes, soit à travers une ouverture existant à l'hypogastre et résultant d'une ponction antérieurement faite, soit à travers un orifice créé à cet effet par ponction ou par taille. Nous avons dit les raisons pour lesquelles la préférence devra être souvent donnée à la taille. Nous devons savoir gré à M. Cauchois et à M. Donart d'avoir avec Duplay attiré l'attention sur ce dernier procédé, qui ne peut manquer d'étendre le champ d'action du cathétérisme rétrograde, ressource thérapeutique parfois précieuse, peut-être trop négligée de nos jours.»

Em additamento á sua memoria, elle apresenta mais 4 casos, 3 de E. Bœckel, que foi o primeiro a praticar com successo o cath. retrogrado com o auxilio da t. hypogastrica em 1868, (3) e um de J. Bœckel (cit. por Garcin). (4) Depois de expol-os detalhadamente, ainda diz Monod: «En somme, la lecture et l'étude de ces nouveaux faits ne modifient pas sensiblement les conclusions auxquelles j'étais arrivé. 1^{er} Je persiste à croire que le cath. rétrograde pratiqué à l'aide de la t. sus-pubienne, constitue une bonne opération à opposer aux rétrécissements infranchissables de l'urèthre, lorsque l'incision périnéale n'a pas permis de découvrir le bout postérieur. 2^{me} J'accentuerais plutôt aujourd'hui les réserves que je faisais sur l'emploi de la même manœuvre dans les cas d'hypertrophie de la prostate avec fausses routes. Dans le fait d'Eug. Bœckel, comme dans celui de Rohmer, la sonde introduite par ce moyen dans l'urèthre ne peut être laissée à demeure.» Emfim, nos casos de hypertrophia prostatica a questão ainda não lhe parece resolvida, porque só ha duas observações.

Como já vimos, Petersen e Guyon aconselham, nestes casos e com retenção de urinas, a t. supra-pubiana, com o fim de retirar por

(1) Duplay. Du cathéterisme rétrograde, in Arch. gén. de Méd., 1883.

(2) Ch. Monod. Idem, in Annales de Guyon, t. IV, 1886.

(3) Sedillot et Legouest. Tr. de méd. opératoire, 1870.

(4) Garcin. Contribuições cl. para o estudo da cyst. supra-pub., Th. de Strasburg, 1884.

meios apropriados o obstaculo que se oppõe ao catheterismo, (saliencia de lóbo medio, prega valvular, hypertr. do lóbo lateral.)

Callender, Howse, Leisrink, Vallet, Mac-Dougall, etc., tambem citam casos seus de cath. posterior por talha hypogastrica.

11° CYSTITES DOLOROSAS CHRONICAS GRAVES.—Nestas especies de cystite é preciso, diz Guyon, obter-se a suppressão physiologica da bexiga, e o meio, que já lhe tem dado bons resultados e que elle aconselha para o tratamento das mesmas, é a cystotomia supra-pubiana.

12° ALTERAÇÕES RENAES, NEPHRITE E PYELO-NEPHRITE.—O máu estado dos rins ou a sua susceptibilidade créam evidentemente perigos que não podem sempre ser evitados. Porem, só ha contra-indicação á lithotricia, diz Guyon, (1) quando houver uma nephrite aguda, que tambem contra-indica a talha. Elle observou que muitas vezes o estado renal é modificado e raramente aggravado pela lithotricia.

As manobras penosas, difficeis, representam aqui, diz elle, um papel importante. A talha não evita os accidentes renaes, a nephrite, a pyelo-nephrite. E' verdade que o desembaraço da bexiga dá-lhe absoluto repouso, reagindo assim da maneira a mais favoravel sobre os rins; e é mesmo por isso, diz Guyon, que a lithotricia longe de ser contra-indicada pelas lesões renaes toraa-se o melhor agente das suas melhoras e mesmo da sua cura, e permite, com effeito, de uma maneira completa e certa a evacuação, e o faz reduzindo ao minimo o traumatismo operatorio.

A talha será preferida, quando não se puder desembaraçar a bexiga facil e rapidamente.

Bazy (de Paris) tambem prefere nestes casos a lithotricia por produzir um traumatismo menor. Entretanto, Bouley acha melhor a talha supra-pubiana, sobretudo se o doente, enfraquecido e minado por uma febre lenta, não tiver probabilidade de successo senão em uma operação rapida. Nestas delicadas circumstancias elle recusa o esmagamento por dous motivos: 1° porque este não garante desembaraçar o doente em uma só sessão; 2° porque a mucosa vesical inflammada tem tudo a temer dos lithotridores, e a reacção sobre os rins estará mais exposta a se produzir do que com a cystotomia hypogastrica, que corta francamente a mucosa sem contundil-a, nem dilacera-a. Certamente que Guyon, Thompson, Bazy e outros, diz elle, podem fazel-a de uma só vez sem offender a mucosa, obtendo triumphos nestes casos difficeis. Se isto é verdade, não o é menos que, em taes circumstancias, a litholapaxia praticada por mãos pouco experimentadas, pouco exercitadas e seguras daria resultados inferiores aos da talha hypogastrica, que para ser bem feita exige muito menos habilidade e habito. Aqui, pois, deve tambem entrar em linha de conta a pericia do cirurgião.

13° FISTULAS URETHRO-PENIANAS.—Em um menino de 12 annos Dubar (de Lille) praticou a cystotomia supra-pubiana por um calculo e dupla fistula peniana. Graças ao drenagem duplo (Périer), durante

(1) Guyon, op. cit.

17 dias a urina só passou pelo hypogastrio. No fim de 30 dias estava o menino curado da talha e das fistulas, tendo-se Dubar aproveitado do desvio da urina para praticar a urethroplastia.

Em vista d'este resultado, e sendo dada a difficuldade extrema do tratamento das fistulas penianas, propõe elle generalizar o methodo que empregou neste caso, e abrir a bexiga pelo hypogastrio, operação hoje tão benigna, nos casos de fistulas penianas, com o unico fim de desviar inteiramente o curso da urina durante todo o tempo necessario para a reunião dos retalhos destinados a fechar a fistula. A estas conclusões associa-se o relator d'esta observação, Léon Labbé. (1)

Resumindo, finalmente, em um quadro todas estas indicações, temos :

I.—*Em caso de calculo* :—

Indicações fornecidas	1º Pelo proprio calculo	{ Volume alem de 5 cent. Dureza. Engastamento.
	2º Pelo estado geral do individuo	{ Alterações renaes. Hemorrhoides e obesidade
	3º Pelo estado das partes vizinhas	{ Urethra infranqueavel. Bacia estreitada ou deformada. Ank. coxo-fem. com adducção Hypertr. da prostata.

II.—*Extirpação dos neoplasmas vesicaes e extracção dos corpos estranhos vol. e irregulares.*

III.—*Cath. retrogrado para os estreitamentos infr. da urethra.*

IV.—*Trat. das cystites dolorosas graves, das fistulas penianas e da hypertrophia da prostata.*

2º. CONTRA-INDICAÇÕES.— Segundo o professor Guyon, a talha é contra-indicada nos individuos de mais de 80 annos, accrescentando elle que em uma idade muito avançada a operação de escolha é a lithotricia a sessões prolongadas sob o chloroformio, ou o esmagamento a curtas sessões sem anesthesia. Entretanto, a sua estatistica pessoal não é animadora, pois que registra 4 casos fataes em 11 operados de 80 a 86 annos, o que prova que a lithotricia tambem não é de grandes vantagens nestes casos.

Como já dissemos, elle ainda a contra-indica nos casos de nephrite aguda, que tambem é contra-indicação á lithotricia.

Em summa, a talha hypogastrica tem sido praticada em pessimas circumstancias, e com excellentes resultados. Segundo Bouley, é uma operação em que elle não reconhece, por assim dizer, nenhuma contra-indicação.

Comtudo, nos casos de adherencias do peritoneo que impossibilitem a abertura da bexiga sem ser lesada a serosa, ella tem sido contra-

(1) Comm. à Ac. de Med., sessão de 14 de Dezembro, 1886—*Pierre de la vessie et duple fistule urèthro-pénienne, t. hyp., urèthroplastie à la même séance*, por Dubar (de Lille), in G. dos hosp., 1886.

indicada. Releva, porem, notar que estes casos não são frequentes; e demais, nem sempre poderão ser previstos. Além d'isso, hoje não se teme tanto o ferimento d'essa serosa, a qual tambem não será tão susceptivel n'esses casos, em razão da sua inflammação primitiva.

VI

VANTAGENS DA TALHA HYPOGASTRICA. CONCLUSÕES.

Se é verdade, e é esta a opinião geral, que a litholapaxia occupa hoje o primeiro lugar no tratamento dos calculosos, como dizem Thompson, Guyon, Bazy, etc. etc., não é menos verdade que este excellente methodo nem sempre poderá ser empregado. Os proprios entusiastas da lithotricia reconhecem que ha casos em que a talha se impõe, e que ha condições em que, bem que possivel e seguida de bons resultados, ella exige uma experiencia particular.

Diz-se que, na maioria dos casos, ella pôde e deve ser a preferida; que o cyclo de suas applicações pouco e pouco se estende até os limites em que a talha torna-se a unica via de salvação para o doente. Não se pôde, porém, estabelecer a proporção destes casos, porque cada um seguindo as suas preferencias ou os seus habitos se inclinará um pouco mais facilmente para uma ou para a outra.

A este respeito, eis o que diz F. Guyon, (1) um dos maiores partidarios da lithotricia: « La question ne peut cependant pas se poser absolument ainsi, car les réalités de la pratique démontrent que, malgré tous ses perfectionnements et malgré la puissance de son action, la lithotritie ne suffit pas en tous les cas, qu'il en est qui sans conteste appartiennent à la taille et que, vraisemblablement, il en sera toujours ainsi. Il faut d'autant moins hésiter à le reconnaître, que la taille a comme toutes les opérations largement bénéficié de l'antisepsie et que les perfectionnements qui ont permis de remettre en honneur l'extraction sus-pubienne, ont enrichi la chirurgie d'une méthode précise et puissante, qui donne au traitement des calculeux une extension nouvelle. »

Bazy leva o seu entusiasmo pela lithotricia a ponto de começar a sua memoria com as seguintes palavras: « Il n'est, je crois, actuellement personne qui voudrait faire un chapitre de chirurgie intitulé: « Parallèle entre la taille et la lithotritie. »

Entretanto, na Allemanha as opiniões não lhe são tão favoraveis.

No ultimo Congresso dos cirurgiões allemães foi preconizada pelo professor Kœnig, de Gottingen e pelo Dr. Kramer a volta á operação da

(1) F. Guyon. Des indications et des contre-ind. de la lithotr. rapide, 1886.

talha como methodo de escolha, e já no Congresso de Magdebourg, Volkmann, Petersen e Bergmann tinham-se mostrado resolutamente oppostos á lithotricia,

Elles não negam a sua utilidade, mas dizem que ella exige mãos de mestre, um habito e uma habilidade excepcionaes. Querer evitar o instrumento cortante em nossa epocha, quando a antiseptia assegura a innocuidade de sua acção, parecia-lhes um anachronismo.

O que nos parece, entretanto, é que em todos os tempos os cirurgiões têm sido muito exclusivos a este respeito.

E' preferivel fazer um eclectismo util e racional, estabelecer bem e com imparcialidade as indicações dos differentes methodos operatorios (lithotricia e talha), do que adoptar um d'elles e querer applical-o a todos os casos indistinctamente.

Não desconhecemos as grandes vantagens e o valor da litholapaxia, nem tão pouco temos a pretensão de estabelecer aqui um parallelo entre ella e a talha supra-pubiana.

Apenas ponderaremos, que nem todos poderão dizer com Thompson(1) que a lithotricia é possivel *pelo menos* 9 vezes sobre 10, nem tão pouco imitar a pratica de Guyon, que, como já dissemos, praticou com brilhantes resultados 647 lithotricias no espaço de 8 annos e tanto, tendo elle nesse intervallo de tempo feito apenas 31 talhas (19 hypogastricas e 12 perineaes). Isto quer simplesmente dizer que para praticos distinctos, experimentados, o bistouri está por assim dizer quasi supplantado pelo lithotridor. Para estes a talha tornou-se realmente rara. Entendemos, porém, que isto não se estenderá a todos, e, para justificar o nosso modo de pensar, ainda nos valem das palavras de Bazy, auctoridade na materia e grande partidario da lithotricia.

Quer se confesse, quer não, diz elle, não ha negar que o successo de uma operação depende da habilidade de quem opera. Se a mór parte das operações exigem, para os seus bons resultados, a assistencia de ajudantes « habiles et non jaloux », segundo uma expressão bem conhecida, ha outras em que a habilidade pessoal do operador constitue o unico elemento do successo,—e d'esse numero é a lithotricia.

D'isto resulta que se os limites d'esta operação são marcados pelo volume e pela dureza do calculo, e pelo estado da bexiga, estes limites são contingentes e são differentes segundo os operadores, e não podem ser fixados por algarismos, como querem alguns cirurgiões.

Assim, pois, sem negar a primazia á lithotricia, apenas diremos que não é tanto na potencia dos seus instrumentos, nem tão pouco nas dimensões e dureza da pedra que o operador deve fixar os seus limites; tambem devem entrar em linha de conta a sua habilidade, experiencia e habito no manejo do lithotridor; tanto mais quanto não é ella o unico methodo bom que existe, ha um outro que é, como muito bem diz Bouley, seu humilde, porém util succedaneo.

(1) Thompson—Op. cit.

Emfim, reconhecida a impossibilidade, a impraticabilidade da lithotricia, vem forçosamente a talha, a qual hoje apenas recolhe, como se tem dicto, os raros casos que escapam á primeira.

Mas, qual dos dous methodos deverá ser o escolhido, o methodo hypogastrico ou o perineal?

Isto importaria nada mais, nada menos do que fazer o parallelo entre a talha hypogastrica e a perineal. Porém, como a mór parte dos partidarios da cystotomia supra-pubiana já puzeram em relevo e repetiram a saciedade as vantagens do methodo (simplicidade, rapidez da operação, ausencia de hemorrhagia, extracção facil da pedra, benignidade da operação) em opposição com os inconvenientes da talha perineal (dificuldade da operação, hemorrhagia, lesão do recto, extracção difficil dos calculos, fistulas persistentes, incontinencia de urina, esterilidade, phlebite, infecção purulenta, etc. etc.), achamos dispensavel insistir-se sobre esta questão.

Segundo Guyon, as difficuldades de extracção dos grandes calculos e de seu esmagamento, o perigo das hemorrhagias, a possibilidade muitas vezes demonstrada de deixar fragmentos na bexiga, a difficuldade de uma antiseptia rigorosa em uma ferida profunda que nenhum artificio põe ao abrigo do contacto da urina, etc. etc., lhe parecem crear ás talhas perineaes uma inferioridade manifesta, as quaes são particularmente perigosas nos casos de prostata hypertrophiada e calculos volumosos.

Sem desconhecer a innocuidade particular das talhas perineaes nos meninos e moços, e as indicações que ellas podem conservar mesmo em uma idade mais avançada, Guyon acredita entretanto que será entre a talha hypogastrica e a lithotricia rapida que se fará de hoje em diante o parallelo tão frequentemente estabelecido outr'ora entre as differentes especies de talha e a lithotricia, pelo menos para a grande generalidade dos casos.

Emfim, começa-se hoje a fazer justiça á talha de Franco, e os seus defensores já não se contentam mais só em dizer, como Souberbielle, « qu' elle vaut mieux que sa réputation. »

Segundo Dulles, só a ignorancia e o preconceito podem deter a sua marcha triumphal.

Etienne, depois de um estudo comparativo minucioso dos dous methodos, hypogastrico e perineal, considerando-os já debaixo do ponto de vista da operação e das facilidades que ella offerece á extracção do calculo, já debaixo do ponto de vista dos accidentes primitivos ou consecutivos, das consequencias ordinarias e da terminação, conclue dizendo: « Non seulement je dis que la méthode hypogastrique vaut autant que la méthode périnéale, mais je dis qu'elle vaut mieux. Il serait absurde de penser le contraire. »

Como já temos dicto, Thompson, extremado sectario da lithotricia, appella para a cystotomia supra-pubiana nos casos em que se torna impossivel a primeira.

Em summa, hoje esta operação é acceita e preconizada por quasi todos os cirurgiões, d'entre os quaes, como seus principaes partidarios, se destacam os Allemães tendo á sua frente Petersen, os Inglezes tendo á

sua frente Thompson e os Francezes tendo como chefe Guyon, os quaes reconhecem no methodo hypogastrico immensas vantagens, as quaes resumiremos do seguinte modo :

1.º A talha hypogastrica é uma operação simples, facil, e que não exige para sua execução nenhum instrumento especial e custoso ; o seu manual operatorio está ao alcance de todos, não sendo preciso ser-se um cirurgião consummado para pratical-a, dependendo antes de prudencia e cautela do que mesmo de pericia.

2.º A operação preenche constantemente o seu fim. Pondo o interior da cavidade vesical directamente sob as vistas e sob os dedos do operador, ella facilita sobremodo a extracção dos calculos e a extirpação de tumores. Este ultimo não tem senão de vêr ou tocar para ir, por assim dizer, colher o calculo. Nenhum fragmento, nenhuma pedra lhe escapará, e a operação nunca ficará inacabada ou incompleta.

3.º A cystotomia supra pubiana não expõe a nenhum accidente sério durante a operação. Está-se seguro de não ferir nem vaso, nem órgão importante, e só em casos excepçionaes é que se poderá ferir o peritoneo; porém os casos excepçionaes não devem entrar em linha de conta.

4.º As complicações serias consecutivas á operação se reduzem a uma : a infiltração de urina ou antes a inflammação do tecido cellular peri-vesical, a qual entretanto é muito menos frequente do que se tem dicto, e muitas vezes corre por conta do operador que, indo com muita violencia, descolla o tecido cellular prevesical ou retro-pubiano, sendo esta a maior falta que se pôde commetter no curso da operação.

Hoje obvia-se perfeitamente esta complicação com o *siphonage* da bexiga feito pelo processo de Guyon.

5.º Finalmente, a talha hypogastrica é compativel, em um alto gráo, com a observancia dos preceitos antisepticos os mais rigorosos.

Estamos longe de encontrar todas as vantagens na talha perineal. Todos os auctores, mesmo os seus maiores partidarios, consagram muitas paginas á exposição dos seus inconvenientes, e o cirurgião novel fica verdadeiramente aterrorizado diante d'esta longa serie de calamidades que podem acompanhar ou seguir a talha perineal.

Em summa, para terminar citaremos aqui as palavras com que Monod conclue uma carta escripta a Reclus, na qual elle põe bem em relevo o valor do methodo, dizendo :

« Grâce à la vigoureuse impulsion et à la haute autorité du prof. Guyon, la taille hypogastrique paraît reprendre droit de cité parmi nous. Le changement de front est complet. Les tailles périnéales, plus dangereuses et moins efficaces, sont abandonnées.

« Lithotritie ou cystotomie sus-pubienne, c'est à ces deux termes que paraît devoir se réduire aujourd'hui la question du traitement chirurgical des calculeux. » (1)

Attendendo-se, pois, ás vantagens do methodo, aos seus progressos e aos seus brilhantes resultados, assim como ás opiniões de quasi todos os cirurgiões modernos, está-se auctorizado a tirar as seguintes

(1) *Gazette hebdomadaire*, Janeiro de 1883, p. 62.

CONCLUSÕES

I.—A cystotomia supra-pubiana é hoje uma operação facil, pouco perigosa, benigna mesmo, como dizem muitos.

II.—Ella tem indicações que lhe são proprias e nas quaes nenhum outro methodo pôde supplantal-a.

III.—As suas vantagens tambem se estendem á mulher e ao menino.

IV.—As unicas objecções serias, ferimento do peritoneo e infiltração de urina, que se levantavam outr'ora contra esta operação, perderam todo o seu valor diante dos aperfeiçoamentos do methodo, e não ha absolutamente razão para se limitar systematicamente o seu uso, e muito menos para se rejeitar uma operação que hoje occupa um lugar muito saliente no tratamento dos calculos vesicaes, chegando mesmo alguns cirurgiões a propol-a como o methodo de escolha.

V.—Ella é mais facil e menos perigosa do que as perineaes, e mesmo do que a lithotricia, (Thompson), (1) quando o operador não tiver muita pratica d'esta ultima, e se o calculo fôr muito volumoso. Para elle, tambem é incontestavel a superioridade da talha supra-pubiana sobre todas as perineaes.

VI.—Finalmente, é entre ella e a lithotricia que se decidirá de hoje em diante o tratamento dos calculosos, pelo menos na grande maioria dos casos.

VII

TALHA HYPOGASTRICA NA MULHER E NO MENINO

Até então temos tratado da talha hypogastrica, referindo-nos mais particularmente ao homem adulto e ao velho.

Na mulher e no menino as cousas se passam do mesmo modo, e o manual operatorio classico offerece as mesmas vantagens como no homem. Apenas as indicações da operação são mais restrictas na mulher; e no menino ella ainda é mais vantajosa do que no homem.

Entretanto, tem-se levantado algumas objecções contra o methodo n'estes ultimos, e é por isso que somos levados a dizer ainda duas palavras sobre esta operação na mulher e no menino.

1ª Talha hypogastrica na mulher.

Pouco temos aqui a acrescentar ao que já dissemos d'esta operação no homem.

(1) Thompson. On the suprapubic operation of opening the bladder for tumours and stones, 1 vol. in 8º, London, 1885.

Na mulher, as relações do fundo-de-sacco peritoneal anterior com a face anterior da bexiga são identicas ás do homem ; o manual operatorio é o mesmo, assim como as indicações, os accidentes, etc., etc., são também pouco mais ou menos identicos, e nada mais diremos para evitar repetições.

É verdade que, em consequencia das disposições anatomicas da mulher, o processo de Petersen apresenta n'ella mais difficuldades do que no homem.

Tem-se, porém, exagerado muito estas difficuldades, que entretanto não são de grande monta, e são perfeitamente sanaveis.

Diz-se que a bexiga da mulher, em consequencia da brevidade da sua urethra e da fraqueza do sphincter vesical, não póde reter o liquido da injectão, e que então a operação torna-se difficil e perigosa por causa da presença do peritoneo.

Ora, esta objecção é mais especiosa do que real, pois que o dedo de um ajudante comprimindo a urethra de encontro ao bordo inferior do pubis impede de sahir da bexiga o liquido da injectão. É o meio de que se tem lançado mão, com bom resultado, não só nas experiencias cadavericas, como fez Bouley, como ainda nos casos que têm sido publicados ultimamente.

É verdade que este meio é algum tanto incommodo ; entretanto, ainda ha um outro que tem passado desapercibido aos cirurgiões, e que deu a Etienne, seu inventor, excellentes resultados nas suas experiencias cadavericas.

Para permittir a bexiga reter a agua injectada, Etienne imaginou um pequeno artificio que consiste em fixar aquem do olho da sonda, por sua parte central, um pedaço arredondado de gutta-percha laminada tal como a que se emprega para os curativos ; na introducção ellá dobra-se ao longo da sonda, para se levantar depois uma vez na bexiga.

Quanto mais liquido se injectar, tanto mais o obturador se applicará contra o collo vesical, permittindo injectar até 700 gr., como elle muitas vezes fez, sem entretanto observar a sahida do liquido uma só vez.

No vivo, diz elle, poder-se-ia talvez, para facilitar a talha hypogastrica, imaginar uma sonda munida de um pequeno balão occupando o mesmo logar que a sua lamina de gutta-percha, o qual, insufflado ou injectado por meio de um liquido, fazia o mesmo officio de obturador.

Vê-se, pois, que é um meio este simples e que, com certos aperfeiçoamentos, virá fornecer muito bons resultados e destruir a difficuldade do processo hoje classico, a qual constitue a unica objecção que se tem feito a elle, na mulher.

Tem-se também dicto que o balão é embaraçado pela presença do utero, e que difficilmente elle se desenvolve na vagina, fazendo hernia pela vulva.

Ora, ainda aqui não ha motivos para se abandonar o methodo na mulher, pois que Etienne nas suas experiencias sempre empregou um pessario Gariel contendo 200 gr. e introduzido na vagina; e diz elle que

(1) Etienne, *Parallèle des diverses tailles vésicales*, Paris, 1883, p. 191.

o balão rectal pôde ser substituído por um vaginal que representará o mesmo papel que o primeiro, quando a bexiga poder ser distendida. Nestas condições, o balão vaginal ainda tem a vantagem de comprimir o canal da urethra e de impedir a saída do liquido injectado. E' excusado dizer-se que este meio não poderá ser empregado na mulher virgem.

Pôde-se tambem fazer o ballonamento rectal. Bouley, não obstante dizer que a presença do utero embarça a introdução e a distensão do balão rectal, todavia conseguiu sempre injectar 400 gr. tanto na bexiga, cuja urethra elle fazia comprimir, como no balão.

Os resultados por elle obtidos, assim como os de Etienne, a respeito das relações do fundo-de-sacco vesico-abdominal, foram pouco mais ou menos identicos aos fornecidos pelo homem.

Em summa, tanto o ballonamento rectal, como o vaginal são possíveis, e não são tão difficeis como se tem dicto.

Diremos, pois, que o processo de Petersen é perfeitamente applicavel á mulher, como o é ao homem, e que as difficuldades que elle apresenta n'aquella são de pouca monta, e não auctorizam a rejeição do methodo.

Reconhecemos, todavia, que a talha hypogastrica, pelo processo hoje classico, é menos facil nella do que no homem.

Quando, porém, não possa ser elle empregado, ainda se poderia servir com successo da sonda de dardo vulgar ou de uma sonda metallica cannellada na sua concavidade. Esta, introduzida na bexiga, poderia perfeitamente desenvolver a face anterior do orgão e repellir para cima o fundo-de-sacco peritoneal, que se levantaria e protegeria ainda com o dedo, antes de incisar a bexiga.

Frei Côme, com a sonda de dardo, nunca ferio o peritoneo e obteve precisamente na mulher, resultados muito satisfactorios.

Emfim, na mulher as indicações da talha hypogastrica são muito mais restrictas do que no homem.

Nella, com effeito, graças á brevidade da urethra, á sua dilatabilidade assim como á do collo, pôde-se chegar a extrahir, sem nenhuma operação sangrenta, calculos já algum tanto volumosos, sobretudo combinando-se o esmagamento com a dilatação. De modo que só as pedras ao mesmo tempo volumosas e duras reclamarão o emprego quer da talha vesico-vaginal. quer da talha hypogastrica.

Segundo E. Curtil, (1) no tratamento das calculosas, o primeiro lugar compete á dilatação, cuja mortalidade é de 4 %.

Porem, este processo só é applicavel, diz elle, aos calculos de 3 cent. de diametro, no maximum. Emfim, é um processo que dá uma via para a extracção da pedra de 30 mm. de diametro, sem nenhum inconveniente, segundo diz Tillaux.

Em segundo lugar Curtil colloca a lithotricia mais ou menos modificada; sobretudo quando o calculo, posto que volumoso, fôr bastante friavel e a bexiga tolerante sob o chloroformio. A sua mortalidade, segundo Kirmisson, é de 5 %.

(1) E. Curtil. Trait. chir. des calculs de la vessie chez la femme, Th. de Paris, 1886.

Quanto á talha hypogastrica, Curtil accusa-a sómente das difficuldades a que já nos referimos. Comtudo, a sua mortalidade é mais fraca do que a das outras talhas, permittindo ella além disso a extracção de calculos os mais volumosos.

Quanto á talha vesico-vaginal, ella expõe á fistulas vesico-vaginaes, á incontinnencia de urina, á lesão dos ureteres e dos plexos venosos lateraes; além d'isso, a sua mortalidade é de 17 %, e a via que ella abre para a extracção da pedra é de 3 a 4 cent. de comprimento.

Reliquet rejeita completamente esta especie de talha.

Quanto á talha urethral, ella é facil e muito simples, porém perigosa, expõe algumas vezes á hemorrhagia, muitas vezes mesmo á incontinnencia, dá uma mortalidade de 24 %, e não dá senão um espaço muito restricto para a sahida do calculo. Malgaigne, em sua these sobre o parallelo das talhas, rejeita absolutamente as talhas urethraes.

Emfim, no tratamento das calculosas occupa o primeiro logar a dilatação urethral; vem depois a lithotricia, e só em casos de calculos volumosos e duros deixarão ellas o campo operatorio, vindo então as talhas hypogastrica e vaginal. Aqui deve ser preferida a primeira, visto como a talha vesico-vaginal, além de outros inconvenientes, só permite a passagem de uma pedra de 3 a 4 cent., no maximo, pela abertura que ella crea. Ora, calculos d'essas dimensões são perfeitamente extrahidos pela dilatação urethral e pela lithotricia, que podem ainda ser combinadas vantajosamente. Já vimos que só a dilatação da urethra dá uma abertura de 30 mm. de diametro, segundo Tillaux, que diz tel-o feito por diversas vezes sem nenhum inconveniente.

Assim, pois, é á cystotomia hypogastrica que se deverá recorrer quando se tornarem impotentes a dilatação urethral e a lithotricia, sendo mesmo para notar que á ella recorria Frei Côme justamente por causa da incontinnencia de urinas e das fistulas vesico-vaginaes que acompanham as outras talhas na mulher; e, finalmente, Deschamps, depois de um estudo attento de todos os processos empregados na mulher, foi levado a aconselhar n'ella a talha supra-pubiana, salvo evidentemente o caso de pedra pequena, que pertence á dilatação.

A talha vesico-vaginal apresenta ainda maiores inconvenientes e difficuldades na mulher virgem, sendo mesmo contra-indicada nesta pela mór parte dos cirurgiões.

Na menina a talha hypogastrica é particularmente favoravel, e deve ser preferida mesmo á dilatação e á lithotricia, salvo o caso de calculo pequeno, visto como a pequenez do calibre da sua urethra difficulta e mesmo torna impossiveis a dilatação e o esmagamento, tal seja a idade da doente; sendo por isso, preferivel a talha hypogastrica, que já conta muitos successos, e que deve ser a operação de escolha nos meninos.

2ª Talha hypogastrica no menino.

Os vantajosos aperfeiçoamentos porque passou a lithotricia, auxiliados tambem pelo chloroformio e pela cocaina, augmentaram consideravelmente o cyclo das suas indicações. Não é, pois, para se extranhar

que seja ella actualmente considerada por uns o methodo de escolha nos meninos.

Entretanto, outros ha que a contra-indicam nesta idade, e desse numero é Vallete, de Lyon (1), que apresenta as seguintes razões :

« 1^a. Os meninos são tímidos, incoceis e irritaveis ; os movimentos desordenados, a que se entregam, embaraçam as manobras e podem produzir diversos accidentes.

« 2^a. Os instrumentos de que se pôde servir devem ter um pequeno calibre ; elles são, por conseguinte, ou impotentes ou expostos a se quebrar.

« 3^a. Os calculos que se encontram nos meninos são em geral volumosos.

« 4^a. E é este o motivo mais serio talvez ; a largura e a dilatabilidade das porções prostatica e membranosa do canal da urethra no menino permitem a passagem a fragmentos volumosos que param na porção esponjosa ; d'ahi resultam dores muito vivas e a necessidade de recorrer a manobras de extracção muito laboriosas, que a idade do doente torna mais difficeis e mais perigosas ainda. »

Em summa, por todas estas razões, Valette proclama a talha como o methodo de escolha para a extracção dos calculos, no menino. Ora, ainda diz elle: « a lesão das funcções geradoras, lastimavel no adulto, adquire no menino uma importancia capital, porque sabe-se a influencia que esta lesão exerce sobre o organismo todo inteiro. Não é mais sómente uma funcção cuja integridade é comprometida, é toda a economia, cujo desenvolvimento não está acabado, que sentirá os máos effeitos desta mutilação. Desde que me preoccupei com estas questões, fiz pesquisas para esclarecer-me pela observação. Eu pude estudar muitos individuos que tinham sido talhados na sua infancia : no maior numero, eu encontrei uma constituição mesquinha, uma intelligencia debil como o corpo. »

Para o cirurgião lyonez, a lesão dos canaes ejaculadores nas talhas perineaes seria, pois, mais frequente do que se pensa geralmente.

Emfim, elle mostra-se partidario da talha hypogastrica nos meninos até á puberdade. Tal é tambem a opinião do prof. Van Gondœver, de Leyde, emittida em sua Comm. feita ao Congr. das sciencias medicas de Amsterdam (1879), sobre as vantagens operatorias que apresenta a lithotomia supra-pubiana.

Como já vimos, na sessão de 23 de Dezembro de 1884 da Soc. de cir., Tillaux tinha emittido a opinião de que, nos meninos, a talha hypogastrica era mais difficil do que a talha perineal. Para lhe responder, Monod fez uma estatistica, e sobre os 45 casos colhidos elle encontrou 45 curas.

A operação ainda é mais facil no menino do que no adulto por causa da situação abdominal da bexiga, que torna mesmo inutil o emprego do balão rectal. Lembraremos todavia que, n'elle, a bexiga é

(1) Cit. por Preneux, These de Lyon, 1885.

pouco larga, o peritoneo desce mais lateralmente, disposições que devem obrigar o operador a conservar-se, tanto exactamente quanto fôr possível, na linha mediana.

A talha perineal, é verdade, dá bons resultados nos meninos; porém, além de expôr ao ferimento do recto, á lesão dos canaes deferentes, etc., ella não dá uma abertura bastante larga para a extracção do calculo, que em geral é volumoso nelles.

Muitos auctores preconizam a cystotomia supra-pubiana no menino, e d'entre outros citaremos mais particularmente Krabbel, Bardeleben, Podratzki e Gunther. Accrescentaremos mesmo que os factos litigam em seu favor, como passamos a demonstrar.

Mijeliéff (1) refere na sua estatística 10 casos de talha hypogastrica praticada em individuos menores de 18 annos, sem um só insuccesso. Quanto ao manual operatorio, os cirurgiões seguiram a pratica de Gunther, diz elle. A sutura vesical foi feita algumas vezes e outras omittida, não havendo em nenhum caso reunião por primeira intensão, nem tão pouco infiltração de urina. O curativo foi feito com oleo phenicado, e a urina começou a correr pela urethra no 11º dia, em media.

Makawejew (2) tambem refere 10 casos, dos quaes 8 felizes e 2 fataes; 5 dos operados eram de 13 a 17 annos, e 5 de 2 a 6 annos, e em todos a operação foi reclamada por calculos. Não se fez sutura vesical. Foi feita a abdominal com *drem* no angulo inferior da ferida. Os 2 casos fataes não são attribuiveis ao methodo, pois que um (de 6 annos) morreu de erysipela no 35º dia, e o outro (de 17 annos) de perda de forças no 10º dia.

Danhiez (3) cita em sua these 4 casos de Paquet (de Lille), os quaes serviram de base ao seu trabalho. Elle a considera uma excellente operação nos meninos, e que não tem dado senão successo nos casos publicados até hoje. A talha hypogastrica sempre lhe pareceu de uma execução facil e muito menos grave do que as perineaes, pois que não expõe nem á hemorragia, nem ao choque operatorio, nem a lesões de orgãos importantes, etc., e além d'isso, facilita mais do que nellas a antisepsia, pondo assim o operado mais ao abrigo das graves complicações da cystotomia.

Kadjan (4), que clinica em Simbirsk, onde os calculos são frequentes, fazia habitualmente a talha lateral; porem, a sua mortalidade era tal (21, 2%), que elle abandonou-a pela talha alta, que elle praticou só em meninos menores de 5 annos com excellentes resultados, pois que todos os operados curaram-se. Infelizmente elle não diz qual o numero. A cura se deu do 12º ao 19º dia depois da operação. Elle não faz sutura vesical, porem, colloca os doentes no decubitus lateral ou ventral, e retira os *drains* no fim de 4 dias.

(1) Mijeliéff. Academ. Præschrift. Utrecht, 1879.

(2) Makawejew. Med. Westnick., 1879. St.-Petersburgo

(3) Danhiez. De la taille hypogastrique chez les enfants, Th. de Lille, 1885.

(4) Kadjan. Da t. hyp. nos meninos (Comm. feita ao Congr. dos med. russos, St. Petersburgo, 1885, in Revue de Hayem, 1887, 2º fasc.)

Arnold Schmitz (1) em seu trabalho «Operação da pedra nos meninos» refere 95 operações praticadas em 86 doentes do Hospital de meninos do príncipe de Oldenburgo, em S. Petersburgo; sendo 38 talhas altas, 15 medianas, 13 lateraes, 18 lithotricias e 11 urethrotomias. Quanto á talha hypogastrica o auctor observou duas vezes o ferimento do peritoneo: a 1ª em um menino de 2 1/2 annos, o qual succumbiu á peritonite; a 2ª em um de 10 annos, que restabeleceu-se.

Schmitz descreve minuciosamente o seu manual operatorio, do qual tiramos as seguintes particularidades: Elle nunca emprega o balão rectal; injecta uma solução de acido borico na bexiga até que seu vertice atinja o meio do espaço comprehendido entre a symphyse e o umbigo, e nunca observou a ruptura vesical. Depois da extracção da pedra elle colloca dous *drains*, um na bexiga e o outro na cavidade de Retzius, e nunca fez a sutura da bexiga.

Segundo Delbert, que traduziu este trabalho, as 38 t. hypogastricas devem ser divididas em dous grupos: 18 feitas antes da antisepsia deram 10 mortes, e 20 feitas depois d'ella deram 4 mortes (20 %). Isto mostra a grande influencia que exercem os curativos antisepticos sobre os resultados d'esta operação.

As causas d'estas 14 mortes se dividem assim: pneumonia, 1; pyelo-nephrite, 1; septicemia com peritonite, 7; dita sem peritonite, 5. A mortalidade foi grande (39 %).

Parece-nos, entretanto, que aqui foi mais culpado o operador do que o methodo, pois que o drenagem não foi feito convenientemente, e elle não devia collocar um dos *drains* na cavidade de Retzius, o que favorece a infiltração por causa dos descollamentos do tecido retro-pubiano. Além d'isso, o maior numero de casos fataes foi anterior ao emprego dos curativos antisepticos, de maneira que esta estatistica não depõe contra a talha supra-pubiana nos meninos.

Para verificar se a sutura vesical permite evitar a septicemia, Schmitz fez uma estatistica de 57 casos de sutura, e encontrou resultados muito differentes dos das estatisticas precedentes. A mortalidade diminuiu singularmente. Se exceptuarmos 2 casos de resultados desconhecidos, restam 55, dos quaes 47 curaram-se (14, 5 % de mortalidade). Separando-se os adultos dos meninos, a mortalidade para estes ultimos reduz-se a 6, 7 %.

No 1/3 d'estes casos obteve se uma reunião por primeira intensão; e quando esta não se fez, a sutura não se dissolveu senão depois do 3º dia, tendo já passado o maior perigo.

Schmitz approva e recommenda o processo de Tiling que, por cima da sutura entrecortada, colloca uma sutura continua.

Nas suas 15 t. medianas, 3 mortes (20 %).

Nas 13 t. lateraes, 4 mortes (30, 7 %): além d'isso 5 hemorragias secundarias, 3 hemorragias consideraveis, 1 ferimento do recto (fatal), e em todos houve febre e cura demorada. Pondo de parte 2 casos (por molestia intercurrente) resta uma mortalidade de 18 %.

(1) Arnold Schmitz. Erfahrung ueber die Steinoperationem Vei Kindern. (Arch. für klin. chir., Band XXXVIII, Heft 2º), in R. de Hayem, 1887.

Quanto aos 18 casos de lithotricia, elle obteve 5 curas completas, 2 incompletas, 6 insuccessos, 2 reincidencias e 3 casos fataes, sendo um por nephrite escarlatinosa. Diz elle nunca ter praticado a litholapaxia.

Em summa, conclue A. Schmitz que, nos meninos, o esmagamento é um methodo de excepção e que a talha mediana é muito superior á lateral. Comtudo, ella só deve ser empregada em meninos maiores de 3 annos, e quando o calculo não ultrapassar 2 cent. em seu maior diametro. A talha alta, diz elle, apesar de todas as suas vantagens, deve ser reservada, nos meninos, para os casos em que o calculo fór volumoso e em que a via perineal fór inaccessible por uma causa qualquer.

Depois da redacção da sua memoria, elle ainda praticou mais 4 talhas, uma mediana e tres hypogastricas. A sutura vesical foi feita duas vezes, porém sem resultado.

Todos os operados restabeleceram-se, a excepção de um que morreu de sarampão, 5 1/2 semanas depois da operação.

Gross (de Nancy) (1) communicou ao 2º *Congr. francez de cir.* (sessão de 19 de Outubro de 1886) uma observação sua de talha supra-pubiana praticada em uma menina de 13 annos para a extracção de um grampo, que foi reconhecido 15 dias depois de sua introducção na bexiga, e que não pode ser extrahido pelas vias naturaes, apesar de todos os meios empregados.

A sutura vesical foi feita com fios de seda phenicados, e a cura se deu facil e rapidamente.

Em uma estatistica por elle feita de 307 casos, dos quaes 141 do sexo masculino e 66 do sexo feminino, (nos outros o sexo não foi indicado) elle encontrou uma mortalidade de 21,62 %.

Diz elle que duas condições facilitam nos meninos a execução da operação : a posição abdominal da bexiga e a situação elevada do fundo-de-sacco peritoneal.

As condições da sutura vesical são mais favoraveis nos moços do que nos adultos e nos velhos; a reunião por primeira intensão devendo ser a regra nos casos em que a bexiga e as urinas estão pouco ou não alteradas, como nos casos de corpos extranhos introduzidos recentemente ou de calculos relativamente recentes.

Por isso, Gross prefere n'elles a sutura vesical total para oppôr-se á infiltração urinosa, porque a sonda de demora, os *drains* de Périer e o decubitus horizontal são difficilmente supportados pelos meninos. Elle aconselha o fio de seda phenicado, e rejeita o catcut. Na sutura deve-se comprehender toda a parede da bexiga, á excepção da mucosa. A sonda de demora, difficilmente supportada, é inutil, e elle prefere os catheterismos repetidos com intervallos determinados.

Diz elle que não obstante os francezes não serem favoraveis á sutura, todavia ella tem dado bons resultados na Allemanha e na Inglaterra.

Nos seus 307 casos de talha hypogastrica praticada em meninos, a bexiga foi suturada 78 vezes, sendo 15 vezes sutura da bexiga só, e no resto foram feitas a sutura da bexiga e a da ferida abdominal. No primeiro caso a mortalidade foi de 5,30% e no segundo de 6 %.

(1) Da cyst. supra-pub., por Gross (de Nancy), in *Revue de Chir.*, Nov. de 1886,

Emfim, para concluir ainda citaremos o trabalho de Bereskine apresentado ao *Congr. dos medicos russos*, sessão de 1887 (Moscow) (1). N'este seu trabalho elle cita 59 talhas supra-pubianas praticadas em meninos por Irchik, no hospital « S.-Wladimir de Moscow »; d'estes 59 operados, 8 sómente succumbiram (13,6 % de mortalidade). Em 20 casos fez-se a sutura da bexiga e deixou-se uma sonda de demora durante um periodo de 2 a 7 dias (3 mortes); em 39 casos, em que havia cystite, a ferida não foi fechada senão nos angulos (5 mortes). Para Bereskine a idade do menino tem uma grande influencia sobre o successo da operação. E' assim que em 33 operados menores de 5 annos houve 7 mortes, ao passo que entre os outros 26 meninos, maiores de 5 annos, só houve uma morte, assim mesmo imputada á escarlatina.

Comparando estes Algarismos com a mortalidade fornecida no mesmo hospital pela talha lateral (147 operações feitas por Weriowkine), conclue Bereskine em favor da cystotomia supra-pubiana.

Em conclusão diremos, pois, que nos meninos a talha hypogastrica deve ser, em geral, o methodo de escolha. Julgamos tambem, como Gross (de Nancy), que a sutura, se se quizesse pratical-a, seria mais facil e susceptivel de dar bons resultados no menino do que no adulto. Todavia, é desnecessario fazel-a completa, em vista dos novos aperfeiçoamentos feitos por Guyon no curativo da talha hypogastrica, e dos quaes já tratamos em outro capitulo.

(1) Bereskine. T. hypog. no menino, in *Ann. de Guyon*, Abril, 1887.

PROPOSIÇÕES

CADEIRA DE PHYSICA MEDICA

Da osmose e da dialyse

I

Chama-se *osmose* a propriedade que têm certos corpos, liquidos ou gazes, de misturar-se, atravessando os diaphragmas que os separam.

II

A *dialyse*, uma applicação da *osmose*, é um processo destinado á separação mais ou menos completa de certos corpos, desigualmente diffusiveis, dissolvidos e reunidos em um mesmo recipiente permeavel.

III

Segundo a sua energia de diffusão atravez dos septos porosos, os corpos se dividem em dous grupos: *colloides* e *crystalloides*.

CADEIRA DE CHIMICA MINERAL E MINERALOGIA

Do ar atmosferico.

I

O ar atmosferico é um gaz composto, inodoro, insipido, azulado quando visto em grandes massas e pouco soluvel n'agua.

II

Pictet e Cailletet provaram que elle não é um gaz permanente.

III

O ar atmosferico é essencialmente constituido por uma mistura de oxygeno (21 %, em volume), azoto (79 %), gaz carbonico (3 a 4 decimos-millesimos) e vapores d'agua, em quantidade pequena e muito variavel.

CADEIRA DE CHIMICA ORGANICA E BIOLOGICA

Pereirina e seus saes.

I

A pereirina é um alcaloide que tem o aspecto de um pó incristalizavel, brancacento, inodoro, de sabor muito amargo, muito soluvel no ether e no alcool e muito pouco soluvel n'agua, bastante todavia para lhe communicar o seu sabor amargo.

II

Ella é extrahida das cascas do *pão pereira* (*Geissospermum Vellozii*, Freire All., Apocynaceas), e tem sido estudada principalmente por brasileiros (D. Freire, E. Guimarães, B. Lacerda, C. de Freitas, etc.), e foi descoberta em 1838 por E. C. dos Santos.

III

A pereirina une-se facilmente aos acidos dando saes, neutros e acidos; e o mais empregado é o chlorhydrato, que é preparado pelo processo de D. Freire.

CADEIRA DE BOTANICA E ZOOLOGIA MEDICAS

Da influencia das correntes aereas sobre a pollinisação e disseminação das sementes.

I

O transporte do pollen para o estigma se faz, ora directamente, ora por meio de agentes intermediarios, que a natureza multiplicou para assegurar a fecundação.

II

A pollinisação é, pois, directa ou indirecta; e para provar a influencia das correntes aereas sobre esta ultima, basta citar a *tamareira* (*Phenix dactilifera*, Palmaceas), na qual é bem patente o phenomeno.

III

Uma influencia não menos notavel exercem ellas sobre a disseminação de certas sementes, como as do algodoeiro (*Gossypium herbaceum*, Malvaceas), das Bignoniaceas, etc. etc., que são levadas pelo vento a grandes distancias do seu ponto de origem.

CADEIRA DE ANATOMIA DESCRIPTIVA

Apparelho respiratorio.

I

O aparelho respiratorio é este conjuncto de orgãos que têm por fim commum restituir ao sangue as propriedades necessarias ao entretenimento da vida.

II

Este aparelho compõe-se da *cavidade thoracica*; do *conducto aerifero*, que é formado pelas fossas nasaes, pharynge, larynge, trachéa, bronchios e suas ramificações; e dos *dous pulmões*.

III

O thymus e o corpo thyroide são órgãos annexos ao aparelho respiratorio.

CADEIRA DE HISTOLOGIA THEORICA E PRATICA

Da cellulogenesis

I

Duas são as theorias propostas para explicar a cellulogenesis, isto é, o modo de formação das cellulas: *a theoria do blastema e a theoria da cellula pela cellula*.

II

A primeira, tambem chamada *theoria da livre formação das cellulas*, *theoria cellular*, foi fundada por Schleiden para explicar a formação das cellulas nos vegetaes, e applicada por Schwann á cellula animal.

III

A segunda theoria foi fundada por Virchow, o qual disse *omnis cellula cellulâ*, toda a cellula vêm de uma cellula; sendo esta a doutrina geralmente acceita, e diz Kölliker que hoje a multiplicação das cellulas por cellulas deve ser considerada como a unica real.

CADEIRA DE PHYSIOLOGIA THEORICA E EXPERIMENTAL

Da innervação cardiaca.

I

Os nervos cardiacos procedem dos pneumogastricos e grande sympathico, e formam o *plexus cardiaco*, collocado na concavidade da crossa da aorta para adiante da bifurcação da trachéa, o qual envia filetes ao coração e aos grossos vasos afferentes e efferentes, e tem em seu centro o ganglio de Wrisberg.

II

No coração existem tres ganglios denominadas *ganglios de Remak*, *de Bidder e de Ludwig*, os quaes communicam-se entre si e com o systema nervoso central, por intermedio dos filetes que o *plexus* envia ao coração.

III

Segundo as experiencias physiologicas de Bidder, Ranvier, etc., os ganglios intra-cardiacos são o centro e a fonte da acção rythmica do coração.

CADEIRA DE ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

Paludismo.

I

Nas manifestações agudas do paludismo que se terminam fatalmente, as lesões macroscopicas mais frequentes occupam as visceras abdominaes, especialmente o baço e o figado.

II

As lesões macroscopicas do paludismo chronico são mais caracteristicas, mais accentuadas e constantes do que as do paludismo agudo.

III

Na cachexia palustre predominam os processos inflammatorios intersticiaes e mixtos, e as degenerações gordurosa ou amyloide.

CADEIRA DE PATHOLOGIA GERAL

Da ictericia.

I

A ictericia é um symptoma morbido caracterizado por uma coloração pigmentar especial dos tecidos e dos liquidos do organismo, quer este pigmento venha do sangue, quer da bile, o que é o caso mais frequente.

II

Gubler dividiu as ictericias em *bilipheicas* e *hemapheicas*, conforme a impregnação do organismo se faz pela *bilirubina* ou por um pigmento diverso que elle denominou *hemapheina*.

III

Quando se trata do reconhecimento do pigmento biliar na urina, é do reactivo de Gmelin (acido azotico nitroso) que em geral se lança mão, porque, alem de simples, elle tem a grande vantagem de ser extremamente sensivel.

CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA

Chlorose.

I

Sobre a pathogenia da chlorose ainda reinam divergencias : para uns ella é uma dyscrasia, para outros uma nevrose, para alguns uma molestia de evolução, uma molestia inflammatoria ou organica, etc.

II

Não se póde fazer d'esta affecção o apanagio exclusivo da mulher, como quizeram Hoffmann e outros auctores, pois que Lund, que a estudou muito na Noruega, dá uma proporção de 8 a 9% para o sexo masculino.

III

O ferro occupa um logar proeminente no tratamento d'esta molestia, e como ella é essencialmente chronica, o tratamento deve ser prolongado por muito tempo.

CADEIRA DE PATHOLOGIA CIRURGICA

Ferimentos por arma de fogo.

I

Ferimentos por armas de fogo são os ferimentos produzidos pelos projectis postos em movimento pela deflagração da polvora.

II

Estes ferimentos constituem uma cathegoria especial de feridas contusas, tendo uma symptomatologia particular e um modo de tratamento todo especial.

III

As complicações que estes ferimentos podem apresentar são em numero de cinco: 1^a a presença de corpos extranhos; 2^a a lesão dos vasos principaes; 3^a a lesão do nervo principal; 4^a a lesão de um osso; 5^a a abertura de uma cavidade esplanchnica ou de uma cavidade articular.

CADEIRA DE MATERIA MEDICA E THERAPEUTICA, ESPECIALMENTE BRAZILEIRA

Da hydrotherapia.

I

A hydrotherapia é a parte da Therapeutica que trata das applicações methodicas e racionaes da agua fria, quente ou sob a fórmula de vapor, como agente medicamentoso.

II

Attribue-se a um camponez, Priessnitz, natural de Grœfenberg, aldeia da Silesia austriaca, o ter fundado no começo d'este seculo este methodo curativo, que elle empregava empiricamente.

III

Os meios de applicação da agua fria são numerosos, e podem ser classificados em tres grupos distinctos, aos quaes correspondem tres modos de applicação differentes, que são: as duchas (do italiano *doccia*, tubo), as immersões e, finalmente, as loções.

CADEIRA DE PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

Estudo chimico-pharmacologico das colchicaceas medicinaes.

I

As principaes plantas medicinaes da familia das Colchicaceas são: o colchico (*Colchicum autumnale*), a cevadilha (*Veratrum officinale*, Schlecht) e o elléboro branco (*Veratrum album*).

II

E' principalmente dos rhizomos do elléboro branco e dos fructos da cevadilha que se extrahe a *veratrina*, a qual differe, segundo Geiger e Hesse, do principio extrahido do colchico (*colchicina*).

III

As preparações pharmacologicas mais empregadas são: a *tinctora de sementes de colchico* e a *de veratrina*, tambem chamada *alcool de veratrina*, que se prepara dissolvendo 1 parte de veratrina em 26 de alcool a 90.º

CADEIRA DE HYGIENE E HISTORIA DA MEDICINA

Estudo historico da febre amarella no Rio de Janeiro.

I

Foi no dia 27 de Dezembro de 1849 que appareceram na Còrte os primeiros casos d'esta molestia (em numero de 8), tendo elles sido trazidos da Bahia pela barca americana *Navarre* e pelo vapor *D. Pedro*.

II

De então para cá o typho icteroide tem apparecido, esporadica ou epidemicamente, com mais ou menos intensidade, fazendo um grande numero de victimas, como nos annos de 1850, 1860, 1873, 1876, etc etc.

III

E' nos mezes de Janeiro, Fevereiro e Março que ordinariamente se manifestam as epidemias de febre amarella, tendo entretanto havido annos em que apenas têm sido observados alguns casos esporadicos.

CADEIRA DE ANATOMIA CIRURGICA, MEDICINA OPERATORIA E APPARELIOS

Estudo critico da lithotricia classica e da lithotricia de Bigelow.

I

Lithotricia é a operação que tem por fim quebrar, esmagar, pulverizar a pedra na bexiga, e extrahir os fragmentos atravez do canal da urethra, sem fazer uso do instrumento cortante.

II

Bigelow aperfeçoou o manual operatorio d'esta operação e deu-lhe o nome de *litholapaxia* ou *lithotricia rapida por extracção*.

III

Em razão das suas vantagens, a *lithotricia de Bigelow* não só é considerada hoje superior à *lithotricia classica*, como ainda o methodo de escolha no tratamento dos calculosos.

 CADEIRA DE OBSTETRICIA
Eclampsia.

I

A natureza da eclampsia tem sido o assumpto de controversias, e ainda não é conhecida.

II

A presença da albumina nas urinas das mulheres eclampticas é um facto quasi constante, e segundo Cazeaux, como excepção a esta regra, elle só conhece os 6 ou 7 casos referidos por Depaul e Mascarel.

III

A eclampsia é uma molestia grave, sendo a sua mortalidade de 50%, segundo uns, e de 25 a 33%, segundo outros.

 CADEIRA DE MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA
Dos signaes de morte.

I

Um individuo está morto, a partir do momento em que os dous importantissimos phenomenos vitaes, a respiração e a actividade do coração, cessam de uma maneira duradoura.

II

O resfriamento do cadaver, as hypostases e a rigidez cadaverica são tambem signaes de morte.

III

A coloração verde abdominal é um indicio certo da cessação da vida, é o estigma da morte.

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA MEDICA DE ADULTOS

Das condições pathogenicas, diagnostico e tratamento da pneumonia.

I

Das theorias propostas para explicar a pathogenia da pneumonia a mais acceita é a theoria eclectica.

II

Os symptomas sthetoscopicos são de um grande valor para o diagnostico d'esta affecção.

III

Hoje está demonstrado que a sangria geral, outr'ora tão commum, não deve constituir um methodo de tratamento na phlegmasia pulmonar

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA MEDICA DE ADULTOS

Diagnostico differencial entre as diversas especies de cirrroses hepaticas

I

Cirrrose hepatica, esclerose hepatica, hepatite intersticial, são denominações dadas à molestia que se caracteriza anatomicamente pela inflammação do tecido conjunctivo intersticial da glandula hepatica.

II

As especies de cirrroses hepaticas mais communs são : 1.^a a cirrrose *atrophica*, tambem conhecida por *cirrrose de Laennec, alcoolica, commum* ou *venosa* ; e, 2.^a a cirrrose *hypertrophica* ou *biliar*.

III

A primeira evolue ordinariamente *sem ictericia e com ascite*, ao passo que a segunda evolue ordinariamente *com ictericia e sem ascite*.

PRIMEIRA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA DE ADULTOS

Tratamento da retenção das urinas.

I

A retenção de urinas apresenta-se, em geral, debaixo de tres formas principaes, typicas, que são: 1.^a a *retenção inflammatoria ou espasmodica*; 2.^a a *retenção causada por um estreitamento organico* ; 3.^a, finalmente, a *retenção causada por uma hypertrophia da prostata*.

II

Diversos têm sido os meios propostos para o seu tratamento.

III

Dentre outros, temos: o catheterismo, as punctões vesicaes, pelo hypogastrio, atravez da symphyse pubiana e pelo recto, a urethrotomia externa, a cystotomia supra-pubiana, etc. etc.

SEGUNDA CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA DE ADULTOS

Estudo clinico dos abscessos frios.

I

Segundo o Dr. Lannelongue, o abscesso frio é um tumor essencialmente tuberculoso desde a origem como mais tarde.

II

Elle se divide em duas cathegorias: *abscesso frio ordinario* e *abscesso frio osseo*.

III

O primeiro se subdivide em abscesso frio das partes exteriores (*abscesso frio ordinario simples*), e dos orgãos propriamente dicto (*abscesso frio parenchymatoso*); e o segundo, em *abscesso frio osseo sessil* e *abscesso frio osseo por congestão*.



Hippocratis Aphorismi

I

Si sanguis aut pus cum urina redditur, renum aut vesicæ exulceratio significatur.

(Sect. IV, Aph. LXXV).

II

Quibus cum urina crassa furfuri similia quædam simul exeunt, iis vesica psora laborat.

(Sect. IV, Aph. LXXVII).

III

Quibus in urina arenosæ sunt subsidenticæ, iis vesicæ calculo laborat.

(Sect. IV, Aph. LXXIX).

IV

Si quis sanguinem et grumos cum urina fundat et stranguriam habeat, dolorque in anum ventrem et inter fœmineum incidat, quæ ad vesicam attinent laborant.

(Sect. IV, Aph. LXXX).

V

Si quis sanguinem et pus et squamulas cum urina fundat, gravisque odor adsit, vesicæ exulcerationem significat.

(Sect. IV, Aph. LXXXI).

VI

Renum et vesicæ vitia in senibus œgre curantur.

(Sect. VI, Aph. VI).

Esta these está conforme os estatutos. — Faculdade de Medicina, 9
de Setembro de 1887.

Dr. José Maria Teixeira.

Dr. Domingos de Góes e Vasconcellos.

Dr. Bernardo Alves Pereira.
