

constitue menor contra-indicação á peritonização. Nesta categoria estão as apendicites de gravidade extrema (apêndice gangrenado e perfurado) em que a operação deve ser feita o mais rapidamente possível. São essas as poucas excepções que admitimos para não fazer a peritonização.

Doze vezes fomos obrigados a assim proceder e não colhem os resultados a que estamos habituados com o método clássico. Ainda ha poucos dias operámos, na 7.ª secção, uma doente portadora de um apêndice. A friabilidade do apêndice envolto em múltiplas adherências, não permitia a menor tração — rompia-se e dilacerava-se com a maior facilidade. Ligada a base com seda n.º 2, depois de bem desinfectado com tintura de iodo, foi o coto abandonado no ventre. No quinto dia, uma elevação de temperatura obrigou-nos a levantar o aparelho. Retirámos um ponto e escotou-se um pus fétido de cheiro fecaloide. Pensámos que ia surgir uma fistula estercoral, o que, felizmente, não se verificou. Estavamos diante de um flegmão de pus fétido da parede, provavelmente de origem apendicular.

O abcesso curou-se em tres semanas, não tendo havido a menor reacção peritoneal. Bem que chegasse á cura, sem outro inconveniente que a demora referida, vimos, nesse caso, uma complicação ainda não encontrada nos nossos peritonizados. Possivelmente afrouxou ou eliminou-se a ligadura que não fôra mantida pela falta de sutura da serosa. Vejamos quaes as consequências longínquas dos dois métodos rivaes, conforme o que temos observado em nossa prática. Na casa de saúde Dias Fernandes, praticámos uma colecistectomia num doente que ha um ano sujeitára-se a uma apêndicectomia, também por nós efectuada. Pela incisão transversal de Mayo, pudemos verificar o estado perfeito do cécum ou, melhor, da região ilio-cecal.

Na mesma casa de saúde, abrimos o ventre de uma senhora para uma operação ginecológica. Já se passavam dois anos que a havíamos sujeitado a uma apêndicectomia. Não subsistia o menor sinal da existência do apêndice; não constatámos a mais leve adherência e do divertículo de Bunts não havia sequer esboço. Temos certeza de que assim devem ser, em regra, todos os resultados e que, quando são máus, devemos ver sempre um defeito de técnica, fácil de evitar, desde que se não esqueça o cirurgião dos cuidados a que aludimos.

Temos visto o menosprezo com que muitos cirurgiões fazem a peritonização. Empregam qualquer agulha, uma Reverdin recta, própria para a parede, servelhes para esse myster delicado; fazem trações sobre o intestino com pinças de Kocher e levantam a serosa com largas pinças dentadas. Em taes casos a perfuração é freqüente. Felizmente este acidente é menos mortal do que pode parecer á primeira vista. A tonicidade do intestino, a falta de uma enorme pressão em seu interior, e as adherências protectoras, rapidamente estabelecidas, concorrem para salvar o doente na mór parte das vezes.

Outro ponto de igual valor no tratamento do coto apendicular é a sua esterilização.

Sobre essa necessidade todos os cirurgiões estão de acordo, variando apenas os meios para esse fim empregados. Supomos que só por essa esterilização cuidadosa explicam-se os óptimos resultados alcançados pelos adversários do método clássico. Desde muito, abandonámos o uso do termocautério. Este instru-

mento deu-nos sempre a impressão de que fazia obra incompleta. Por mais profunda que seja a destruição da mucosa notámos que debaixo do fio persiste uma pequena porção que não pode ser atingida pela faca incandescente sem que a ligadura seja destruída.

O termocautério tem ainda outro inconveniente — ao abrir a cavidade do apêndice, o ferro quente projecta no campo operatório partículas diversas do conteúdo, contaminando assim a vizinhança.

Verdade é que protegendo largamente a zona operatória, esvasiando minuciosamente a cavidade do apêndice antes de cortar, seccionando lentamente com uma faca aquecida até o vermelho sombrio, pode ser conjurado esse perigo.

Mas, como esse instrumento não é indispensável, é mais prático abandona-lo e substitui-lo por meio mais garantido. Preferimos esmagar o apêndice como ensina Souligoux, o creador desse processo, com uma larga e poderosa pinça e ainda tocamos com tintura de iodo o reduzidissimo coto. E' uma técnica de absoluta segurança. Resulta das experiencias de Souligoux, Mathieu e Topous Khan que, pelo esmagamento do apêndice, a mucosa é seccionada, resistindo as outras túnicas. Resta então um cilindro seroso que é ligado e cortado sem abrir a cavidade apendicular que já estava fechada pela retração da mucosa.

Infelizmente nem em toda a apêndicectomia o esmagamento pôde ser empregado com igual efficácia. Quando, p. ex., o órgão é transformado em tubo fibroso, ou nos apêndices císticos, hidrópicos, polposos, esponjoides o esmagamento é pouco prático.

Resumindo estas considerações sobre assunto de tanta relevancia por ser de emprego diário, diremos como se nos afigura mais seguro o tratamento do coto apendicular. Depois de ligado e desinserido o meso apendicular, a base do apêndice é circunscrita por uma sutura da serosa de forma a fazer bolsa. Em seguida é esmagado por uma pinça larga, ligado com catgut e cortado a bisturi entre a ligadura e uma Kocher que, colocada a um centimetro da ligadura, impediria qualquer refluio do conteúdo do apêndice.

O coto minúsculo é tocado com iodo e escondido dentro da bolsa serosa que é fechada.

Convencido como estamos das vantagens da peritonização, podemos fazer nossas as palavras de J. L. Faure, quando, na sociedade de cirurgia, expunha o seu modo de tratar o coto apendicular:

Se algum dos meus colegas for chamado a tirar o meu apêndice pedir-lhe-ei que m'o peritonize cuidadosamente.

Coprostase coecal

pele prof. Plinio Gama

Não podendo fugir ao pesado encargo que me incumbistes, não que deixasse de fazer diligencias para isso, venho desempenhar-me com os fracos recursos que em mim reconheceis.

Venho conversar comvosco sobre um assumpto sem duvida vosso conhecido por isso peço-vos a benevolencia duvida vosso conhecido, ainda que novo, por iso peço-vos a benevolencia de aturar-me por alguns instantes.

* Conferencia realisada na Sociedade de Medicina de Porto Alegre em Outubro de 1915.

E' bem possivel que nada venha adiantar ao que já sabeis sobre elle mas na falta de um thema que se me affigurasse mais á mão, tomei-o. Não me consta que alguém até então d'elle se tenha occupado aqui em nosso meio.

Procurando dar á esta palestra uma feição pratica comecei relatando algumas observações de doentes operados ás quaes ainda que incompletas merecem contudo ser conhecidas.

Em tres destes pacientes pude constatar a presença de membranas inflammatorias peri-cæcolicas originadas, provavelmente por processo de pericolicite (obs. I e II) e por appendicite (obs. III).

No primeiro caso o diagnostico foi estabelecido após a laparatomia e no segundo, previamente.

Em dois delles encontrei a membrana tal qual a descreveu Jackson, como adeante veremos, a qual, sem adherir ao cæco-colon, era, sem duvida, a responsavel pelo embaraço ao seu esvaziamento (obs. IV e obs. II) sendo que neste ultimo existiam conjunctamente adherencias e bridas inflammatorias, complicando.

Acompanho, actualmente, em minha clinica, varios doentes com o diagnostico clinico de "estase-cæcal" devida a estas causas apontadas os quaes, com o tratamento medico vão supportando soffrivelmente seus padecimentos. Para não tornar-me muito extenso, deixarei de lado suas historias clinicas, voltando mais tarde sobre o assumpto si houver oppertunidade.

Vejamos, pois, as observações.

OBSERVAÇÃO I

Em abril de 1914 fui chamado para ver uma senhora de seus 35 annos, doente havia algum tempo.

Estava no leito já um mez e tanto. Fizera varios tratamentos com diversos collegas. Casada, nunca tivera filhos. Em consequencia de um aborto, cuja causa ignorava, fôra acommettida de uma metrite intensa, com ulceração do colo que a fez soffrer por muito tempo grandes irregularidades menstruaes, fortes dores, etc., até sujeitar-se a uma intervenção, isto havia 5 a 6 annos. Dahi até então, suas funcções menstruaes regularizaram-se. Não concebeu, porem. De simples tendencia á prisão de ventre que de longa data vinha tendo, passara ultimamente, 5 a 6 mezes atraz, a ter retenções de 2 a 3 dias e ás vezes mais, tendo de quando em quando dôres para o lado direito do ventre seguidas de uma abundante descarga intestinal o que sempre lhe trazia melhoras. O uso quasi constante de laxativos não melhorou seu estado: as dores accentuaram-se cada vez mais para o lado direito do ventre e eram quasi continuas. A' noite era obrigada a levantar-se uma ou mais vezes para evacuar. Começou a emmagrecer, sentindo-se cada vez mais abatida e desanimada. Perturbações gastricas sobrevieram e bem accentuadas, grande inappetencia, estado nauseoso quasi constante, e abundante syalorrhæa ultimamente. Algumas dores sobre o estomago. Estas perturbações em nada se modificavam com a alimentação. Melhoravam com um bom purgativo.

A paciente tinha a expressão de grande soffrimento, queixava-se muito de um estado neurasthenico bem accentuado. Estava muito descorada e bastante emmagrecida.

Examinando o ventre encontrei tympanismo, augmentado para o lado direito, muita dor em todo o ventre, principalmente para este lado, colon transverso e descendente assim como os plexos solar e mesenterico muito sensiveis. Para pulmões e coração, nada.

Mostrou-me sua ultima evacuação: liquida, muito fetida, alguns catarrhos sanguinolentos.

Tendo me impressionado este quadro, pois me veiu á idéia a possibilidade de um tumor maligno da ultima parte do intestino, inacessivel portanto, á palpação, procedi á uma exploração digital do rectum. A 8 cm. do anus encontrei, para diante, um tumor, regulando um ovo de galinha, duro, liso, movel e muito doloroso. Trouxe no dedo muco sanguinolento e de odor muito fetido. Não foi possivel exame combinado pela vagina; achava-se menstruada, na occasião.

Transmitti ao marido minhas apprehensões, dizendo o que tinha constatado. Pedi uma conferencia com um gynecologista. Faria, então, o exame retrospectivo. Alguns dias mais tarde procedemos ao exame gynecologico e retrospectivo. Nada mais constatei no rectum nem no colon pelvio a 22 cm. do anus, além de ligeira congestão das respectivas mucosas e alguns catarrhos.

O tumor que sentira dias antes, lá estava e nada mais era do que o utero. Por seu lado o collega encoutrou este orgão retrovertido, muito doloroso, o que dificultava o exame, lhe parecendo augmentado de volume e muito duro. O colo amputado, em boas condigões, não havia secreções anormaes. Opinou o gynecologista pela existencia de um fibroma o que, na falta de outra cousa, seria sufficiente para explicar aquelle quadro. Propoz uma laparotomia — com que concordei. — Feita esta alguns dias depois, pelo professor Sarapião Mariante, deparamos com um utero aparentemente normal bem como os annexos. Lembrei, então, a exploração dos colons: Alça sigmoide normal. Normaes appendice e cæcum. Notamos, porem, que este orgão estava um tanto dilatado, em sua posição e livre. Explorando para cima, deparamos com uma larga adherencia entre o colon ascendente, em sua parte media, e a primeira porção do transverso de tal maneira que produzia no primeiro uma diminuição bem notavel de seu calibre. Diante desta constatação, tornou-se claro o caso.

Propuz destruição da brida, o que foi feito.

—As sequencias operatorias foram boas. Já nos primeiros dias, após a operação, todas as dores nocturnas desapareceram. Rapidamente voltou á alimentação ordinaria; a diarrhea cesou logo, assim como os phenomenos gastricos. O intestino normalisou-se. O appetite logo voltou. No fim de um mez tinha recuperado 8 kilos de peso.

Tornei a ver a paciente varias vezes no decorrer destes 2 annos. A ultima ha um mez, mais ou menos. Sempre bem. Augmentou 18 kilos. Apesar de não ser das mais cuidadosas com seu aparelho digestivo, não tinha razões de queixa.

OBSERVAÇÃO II

Caso identico ao anterior em suas linhas geraes, motivo por que me abstenho de pormenorizar, é o de uma senhora de 45 annos, casada, multipara, antiga soffredora do intestino e da clinica do professor Wallau.

Foi solicitada tambem a minha assistencia pelo facto de terem se accentuado seus padecimentos ultimamente.

Esta doente deu entrada na enfermaria de primeira classe da Santa Casa de Misericordia em fins de 1914.

Formulada a hypothese da existencia de membranas ou adherencias peri-cæco-colicas como causas do mau funcionamento do colon direito, da estase cæcal, responsavel por todo aquelle mau estado geral apresentado pela paciente, foi resolvida a laparotomia. Aberto o ventre, incisão mediana infra umbelical, encontrou-se: cæcum dilatado, aparentemente normal e livre; fixando o cæcum e o ascendente á primeira porção do transverso, existiam algu-

mas bridas de aspecto inflammatorio; recobrando estes orgãos havia uma membrana delgadissima muito vascularizada se extendendo até o angulo hepatico, não adherente.

A intervenção consistiu na paciente destruição das bridas inflammatorias e da membrana.

Na impossibilidade de prolongar a operação devido ao máo estado da paciente não foi reseccado o appendice. Antes da sutura da ferida foram vasadas algumas ampollas de oleo camphorado na cavidade peritoneal, visando impedir a formação de novas adherencias.

As sequencias operatorias foram normaes. A partir da laparotomia, a doente começou a melhorar consideravelmente, modificando logo seu estado geral, rapido augmento de peso, seu intestino funcionando regularmente. Completamente aliviada de seus malaes voltou á sua vida normal.

Ainda ha poucos mezes foi vista pelo professor Wal-lau em optimas condições de saude.

OBSERVAÇÃO III

Em Julho do anno passado fui procurado por um seuhor, da Cachoeira, solteiro, 26 annos, commerciante. Havia 6 annos soffria forte prisão de ventre, com dores muito accentuadas para o lado direito do ventre. Si não usasse laxantes, tinha descargas abundantes depois de 4 a 5 dias de constipação. Tinha vomitos algumas vezes; nauseas muito frequentes sobretudo pela manhã em jejum; cephaléa habituaes; grande mal-estar; emmagrecimento pronunciado. A dor no ventre accentuava-se com os excessos.

Havia 4 mezes *tinha sido operado de appendicite*. Disse que o operador mostrou-lhe a *tripinha* inflammada!

Informou que sempre tinha melhorado um pouco das dores e das nauseas, mas que continuava ainda a prisão de ventre muito rebelde e que usava systematicamente de laxantes. Recupera 2 kilos dos 6 que havia perdido. Sentia-se, comtudo, ainda fatigado, indisposto para o trabalho, não dormia bem e tinha dores, ainda que minora-das, para o lado direito do ventre, augmentando se não usasse laxantes.

Encontrei, com effeito, o cæcum e o colon ascendente bastante doloroso á pressão e contrahidos. Administrei-lhe u mpurgativo energico e examinei o intestino aos raios X, após clyster bismuthado. Constatei augmento do cæcum e completa fixidez; não foi possivel separar a som-bra do colon ascendente da primeira porção do transverso...

Disse-lhe o que pensava a seu respeito: que, além da appendicite que lhe dissera ter seu medico, me parecia existirem adherencias no intestino, daquelle lado, que lhe impediam o funcionamento e que, talvez, só pudesse curar-se com nova intervenção cirurgica, tendente a desembarçar o orgão, e que, entretanto, iria tentar um tratamento medico.

Prescrevi-lhe regimen anti-toxico, desinfeção intestinal e laxantes brandos.

— Em março deste anno voltou; quasi nada melhor. Insisti pela operação. Resolveu-se, mas, como seu medico de confiança, aqui, estivesse em villegiatura, propoz voltar mais tarde e... até hoje!

OBSERVAÇÃO IV

Rapaz, operado no Hospital ha um mez. Curva de temperatura irregular. Maximo 37.º8; dias apyretico. Dôr

no lado direito do ventre; constipação actualmente, antes alternancia de diarrhea e constipação.

Diagnostico: appendicite chronica, de longa data.

Casualmente assisti á intervenção. Reseccou-se um appendice aparentemente são; longo, de 15 cm. typº ascendente, "interinamente ligado ao cæcum e colon" por uma membrana que logo reconbeci como sendo a descripta por Jackson. Os operadores não lhe deram attenção deixando-a intacta.

Interessei-me pelo caso. Dei-me o cuidado de observa-lo até deixar o Hospital. Convalesceu normalmente da operação continuando, porém, a queixar-se do intestino quando teve alta 12 dias depois e provavelmente continuará ainda...

Durante muitos annos a ablação do appendice resumiu o tratamento cirurgico da maioria das perturbações func-cionaes do colon ascendente.

Sem se negar a realidade da appendicite chronica e sua importancia na pathologia digestiva, o certo é que este diagnostico não foi sempre estabelecido com o rigor neces-sario: um doente se queixava do lado direito do ventre, tinha, ou constipação ou diarrhea, as vezes sómente um estado geral defeituoso; havia uma sensibilidade mais ou menos nitida na região de M. Burney; se praticava uma appendicetomia e, frequentes vezes, as perturbações per-sistiam tão intensas e identicas!

Estes desastres multiplos não tardaram a chamar a attenção, pois comportavam um ensinamento, diz J. C. Roux em seu trabalho sobre *As alterações do colon direito*, em collaboração com P. Duval, apparecido no n.º 6 do sArchi-vo dos Molestias do App. Digestivo de 1914.

Além da appendicite chronica, outras lesões da região cœcal ou colica direita, eram capazes de crear e de entre-ter um conjuncto de perturbações da saude geral. Assim, ha uma dezena de annos os trabalhos sobre o assumpto se vos das Molestias do App. Digestivo de 1914.

Cada autor invocou uma pathogenia especial para explicar a natureza destas desordens: Uns, viram o alargamento do colon e a mobilidade do cæcum; outros a ectasia e a dilatação da ampola cœcal. Os autores anglo-ameri-canos chamaram a attenção para as bridas e membranas pericolicas e pericœcaes; Lane assignalou os ligamentos que determinaram progressivamente no mesenterio ptose do cœcum e do ileon; Jackson, estabeleceu a frequencia da *pericolite membranosa*. Como se pode demonstrar, dizem os autores citados, estas interpretações são exactas até certo ponto, mas não correspondem sinão á uma parte dos factos. Os allemães, por exemplo, só viram um lado da questão e não ligaram aos trabalhos apparecidos na In-glaterra a importancia que mereciam: a mobilidade do cœcum, sua atonia mais ou menos consideravel, gosam, certamente, seu papel, mas é necessario tambem ligar uma real importancia ás diversas variedades de pericolites des-cryptas pelos autores anglo-americanos e pelos cirurgiões francezes.

A interpretação destas desordens parece muito comple-xa; o que domina ahi todos os symptomas é a *estase das fezes no colon direito*; a constipação cœcal acarreta, com effeito, um conjuncto de perturbações perfeitamente caracte-risticas que constituem a syndrome clinica commum em todos estes doentes.

E' este quadro clinico que em primeiro lugar procura-remos estabelecer, fixando os symptomas essenciaes, in-sistindo sobre o dados do exame coprologico que explica

a pathogenia das desordens observadas, entrando em seguida no estudo da variedade anatomica *a pericolicite inflammatoria e membranosa de Jackson* assumpto principal de nossa palestra.

Symptomas da constipação coecal, consecutiva às lesões do colon ascendente

Como já se disse, todos estes doentes tem um ar de semelhança devido á causa commum de seus incommodos: a retenção das fezes ao nivel do colon direito. Os doentes se queixam de tres variedades de symptomas: *Dôr*, mais ou menos accentuada do lado direito do ventre; *Desordens nas funcções intestinaes*; *Mão estado geral*.

1.º A dôr é raramente intensa; é persistente, constitue um incommodo continuo; é muitas vezes um motivo de preocupação, principalmente sobre a possibilidade de uma appendicite.

Esta dôr se accentua, ás vezes, de tempos em tempos e torna-se então muita violenta; a posição de pé, os esforços musculares augmentam sua intensidade. O decubito lateral esquerdo, que mobilisa o execum, muitas vezes é mal tolerado. No decubito dorsal, a dor torna-se, ás vezes, mais viva quando a perna direita está distendida. Durante o periodo da constipação a dor torna-se mais penosa. Sua séde é no flanco direito, irradiando frequentemente para a região lombar direita e, ao longo da face interna da coxa. Póde-se muitas vezes distinguir um horario nocturno ás exacerbações. A dôr augmenta pelas 2 ou 3 horas da manhã, desperta o doente e impede o somno. Sua interpretação é assaz simples: E' no decorrer da noite que o cœcum e o colon direito recebem os residuos das ultimas refeições do dia e que sua repleção atinge o maximo. A distensão do colon D. é tanto mais facil quanto se produz muitas vezes a seu nivel uma fermentação intensa das substancias hydrocarbonadas como o indica o exame coprológico. A distensão coecal, que della resulta, desperta o doente que sente um constrangimento na região direita e uma sorte de elevação anormal a este nivel.

Além destas dôres constantes sobrevêm, de tempos em tempos, em alguns doentes, paroxysmos dolorosos. E' tomado de uma dôr violenta á D., ás vezes muito intensa, e esta crise se termina, no fim de algumas horas, por evacuações abundantes, ás vezes diarrheicas. Produz-se tambem, algumas vezes, uma abundante evacuação biliar.

2.º As desordens funcçionaes do grosso intestino se traduzem por uma constipação chronica, interrompida por *debacles* diarrheicas, mais ou menos frequentes. Em alguns doentes a constipação predomina. As evacuações são obtidas difficilmente a custa de laxantes. A's fêzes assim obtidas são quasi sempre diarrheicas: o laxante evacua o caecum de um jacto.

Noutros, a constipação alterna com as *debacles* diarrheicas. E' o typo habitual.

A evacuação diarrheica, sobrevindo depois de dois ou tres dias de constipação, acompanha-se de dôres, ás vezes, muito vivas no caecum, mas é seguida de uma melhora e de uma attenuação das dôres na fossa illiaca direita. E' a retenção das fezes ao nivel do caecum, com as fermentações ou as putrefações consecutivas, que irrita o intestino e provoca uma evacuação diarrheica. Emfim, quando estas *debacles* se reproduziram muitas vezes ou quando a mucosa está fortemente inflammada, se installa uma diarrhéa continua, diarrhéa coecal, devida á irritação do caecum e do colon ascendente. Póde-se, em geral, encontrar os

traços da constipação primitiva. De tempos em tempos a diarrhéa se suspende um dia ou dois: as dôres augmentam e sobrevem uma debacle diarrheica muito intensa e muito penosa.

O exame coprológico vem confirmar a natureza destas desordens intestinaes.

Para este fim se submete o paciente a um regimen especial, alimentar, segundo o typo do de Schmidt. Este regimen comporta a carne pouco cozida e uma *purée* de batatas em cada refeição, além de outras substancias.

Durante os periodos de constipação, nenhum signal póde revelar a perturbação funcional do caecum e do colon direito. Durante a lenta travessia dos colons as fezes perdem todo caracter differencial e são evacuadas sob a fórma de syballas mais ou menos duras. J. C. Roux diz, entretanto, mesmo nestes caos pouco favoraveis para o exame, ter constatado com Goiffou — coprológico do H. Santo Antonio, da clinica do Prof. Mathieu, um signal, ao qual attribuem uma importancia real: a presença de grãos de amido livres não atacados e facilmente reconheciveis, ao microscopio, por sua coloração azul sob a influencia do iodo.

No estado normal, diz elle, no cœcum, os grãos de amido livres são atacados e desaparecem rapidamente sob a acção combinada da amylase ainda abundante a este nivel e das bacterias ou levedos d fermentação. Todo o amido desaparece das fezes a partir do colon transverso. Para que persista uma notavel quantidade de amido livre nas fezes longo tempo retidas no colon, é necessario que no cœcum haja uma parada na digestão dos hydratos de carbono.

Ora, sabe-se que as putrefações embaraçam o desenvolvimento das bacterias e dos levedos da fermentação e, pela alcalinidade que determinam, suspendem a acção da amylase.

A presença de amido livre nas fezes evacuadas lentamente indica, pois, a presença de putrefacção ao nivel da primeira parte do colon. Mas, sempre que possivel o exame coprológico será praticado no momento de uma *debacle* e dará, então, informações bem mais precisas. Reconhecer-se-á dois typos de fezes segundo que a mucosa do colon está intacta ou não. Si a mucosa não está inflammada ou está pouco, as evacuações tem uma reacção levemente acida, uma coloração amarellada, e odor butyrico. Adherem ao vaso que as contem, são ás vezes, espumosas e fermentam rapidamente por via da sua riqueza em amido e em levedos. Conservam o aspecto do conteúdo coecal. Encontra-se nella os pigmentos biliaes no estado de estercobilina, que o sublimado córa de vermelho. A amylase é abundante. Ao microscopio as fibras musculares apparecem em estado de residuos quasi inteiramente digeridos; existem poucos globulos de gordura, as cellulas de feulentos são abundantes e os grãos de amido não desapareceram completamente. Encontram-se numerosas bacterias ou clostridios corados de azul pelo iodo. A acidez volatil mais ou menos elevada traduz a intensidade das fermentações coeacs.

A simples constatação de uma evacuação deste typo mostra que as fezes provêm do cœcum mas não permitem concluir em uma lesão delle. Póde-se observar fezes analogas em toda evacuação rapida do colon, sob uma influencia nervosa ou mesmo com lesões situadas longe do cœcum. Esta syndrome coprológico toma, porém, um valor real quando outros signaes clinicos indicam que o cœcum está comprometido.

Si a estase coecal é accentuada, e não ha lesão da mucosa, as fermentações podem tomar uma actividade anormal.

As fezes são mais arejadas, espumosas, e desprendem

uma quantidade consideravel de gazes. As bacterias pululam assim como os clostridios; a acidez é forte.

Si a mucosa está profundamente alterada, o aspecto das fezes se modifica grandemente. Produz, então, uma abundante secreção serosa ou sero-albuminosa que se putrefaz e dá uma reacção alcalina, um odor característico e uma coloração tanto mais escura quanto a putrefacção é mais intensa. Encontram-se, ás vezes, pequenos fragmentos de muco provenientes do cœcum ou da ultima porção do delgado, corados de amarello pela bilirubina.

Existe, como em todo conteúdo cœcal, algumas fibras musculares e gorduras em pequena quantidade. Mas o que domina, são os grãos de amido não atacados. Ao mesmo tempo as bacterias ou clostridios são raras ou faltam. A pouca acidez volatil, apezar da travessia rapida dos colons, traduz a intensidade das putrefacções cœcaes.

3.º — Todos estes doentes apresentam perturbações mais ou menos accentuadas de seu estado geral. E' uma consequencia habitual da constipação cœcal. Na constipação, o ponto do colon onde são retidas as fezes, domina a symptomatologia. Si as fezes estagnam ao nivel do Siliario ou do rectum, a retenção pode se prolongar longo tempo sem grandes inconvenientes. São reduzidas, com effeito, ao estado de scyballas duras, dissecadas, nas quaes quasi toda a vida bacteriana se extingue: é um corpo extranho que o doente guarda em seu colon terminal; não é uma substancia toxica. As desordens que accarretam em taes condigões são quasi que exclusivamente de ordem mecanica e nosso distincto collega Martim Gomes em sua brilhante conferencia do mez passado, dellas se occupou profisscientemente; como deveis estar bem lembrados.

Não acontece o mesmo quando a retenção se produz ao nivel do cœcum, em um ponto onde as fezes são ainda liquidas e onde a mucosa absorve facilmente. Todos os residuos da digestão, hydrocarbonos, gorduras, albumina, podem dar origem a productos mais ou menos toxicos que serão absorvidos e acarretarão modificações do estado geral tão frequentes nestes doentes. Estas perturbações são tanto mais accentuadas quanto a diarrhéa é mais rara.

Se observa uma anemia mais ou menos accentuada correspondendo á uma diminuição dos globulos vermelhos. A pelle toma uma coloração escura, accentuada nas dabras de flexão e nas partes comprimidas pelas vestes. Emfim, a pelle, ordinariamente, é secca e os doentes têm frequentemente as mãos frias.

Queixam-se de uma fadiga habitual, de um mau estar ligado ao estado de indigestão chronica no qual vivem. As tendencias neurasthenicas se desenvolvem rapidamente assim como as perturbações psychicas nos predispostos.

Muitas vezes soffrem *demigraines* ou cephaléas reincidentes as quaes um laxante, opportunamente tomado, faz desaparecer. Emfim, pode-se notar perturbações das vias digestivas superiores. Durante os periodos de constipação os doentes accusam uma distensão penosa da região gastrica após as refeições. A lingua é habitualmente carregada, sobretudo em sua parte posterior. Os productos volateis absorvidos ao nivel do cœcum e que são eliminados em parte durante a travessia pulmonar e acarretados pelo ar expirado, devem gozar seu papel neste estado saburral da lingua e no máo halito, as vezes insupportavel, de taes doentes.

Eis o conjuncto de perturbações principaes, perfectamente caracteristicos, e que constituem a syndrome commum em todos os casos. Longe iriamos e nos affastariamos do objectivo, si tentassemo traçar o quadro clinico com-

pleto da auto-intoxicação intestinal, tal como as vezes se apresenta.

O numero de operados com o diagnostico de appendicite chronica e nos quaes a suppressão do appendice não trouxe a cessação das dores é bastante consideravel para ter attrahido a attenção dos cirurgiões e para tel-os incitado a procurar além a causa destas dores. Jackson, como muitos outros, tivera taes dissabores e não foi senão em 1902, á luz de constatações anatomicas, feitas em uma operada, que elle pode edificar a historia de uma lesão da qual não está longe de fazer uma entidade anatomica e clinica e que descreveu sob o nome de *pericolite membranosa*.

Depois de uma experiencia de 10 annos, o autor americano traça em uma substancial memoria, o quadro desta affecção tão curiosa e ainda pouco conhecida, nos *Annals of Surgery* 1913. Assim, não poderiamos andar melhor, do que trazendo para aqui o resumo deste interessante trabalho, apparecido nos Arch, das M. do App. Dig. no n.º 9 do mesmo anno 1913.

Eis, em primeiro lugar, brevemente relatado, o caso da doente na qual Jackson fez, por acaso, e pela primeira vez, suas constatações anatomicas. Tratava-se de uma jovem enfermeira, cujo passado era, em apparencia, o da appendicite chronica com uma evolução intercorrida de crises dolorosas.

Mas, no curso destas crises, não houve nunca modificações nem para o lado da temperatura nem do pulso e parecia que este não era o quadro nem da app. aguda nem da peritonite.

A' palpação, toda fossa iliaca direita era sensivel, mas não havia localisação precisa no ponto classico. O autor tornou a vel-a quatro annos mais tarde. No interval-o se deixou operar e seu appendice foi amputado. Mas, tendo as dores continuado, foi operado uma segunda vez: tiraram-lhe um ovario. Continuaram-lhe ainda as dores! Um medico consultado opinou pela extracção do outro ovario. Não partilhando desta maneira de ver e, diante da insistencia da doente, Jackson resignou-se a tentar a laparotomia exploradora.

A pequena bacia estava intacta. Intacto tambem o cœcum e nem sombra de adherencia a seu nivel.

Entretanto, para o lado do *colon ascendente*, havia lesões que chamaram immediatamente a attenção do operador.

Desde a embocadura do ileon até ao angula sub-hepatico, este segmneto do intestino grosso estava recoberto por uma membrana trasparente, parecendo forrar o peritoneo colico, do qual era perfectamente independente e sobre o qual se movia livremente. Originada do peritoneo parietal, para fora do colon, se perdia para dentro sobre o meso colon transverso; em cima, no peritomo parietal posterior.

O colon ascendente, encurtado e estreito, amontoara-se na fossa lombar e difficilmente podia ser attrahido até a ferida. Não adheria a orgão algum e a membrana pericolica não lembrava em nada as laminas de adherencia peritoneaes. Parecia mesmo, sobre este ponto, ser uma formação anatomica super-ajuntada, mas não de ordem pathologica, pois a idéa não veiu então ao autor de achar uma correlação qualquer entre ella e as dores de que se queixava a doente. Por esta razão elle não tocou nella e limitou-se a fechar o abdomem.

Naturalmente, as dores persistiram e Jackson não encontrou nada melhor par aexplicar-as do que attribuil-as á neurasthenia!...

Hoje, a custa de numerosos outros factos, o papel gozado por esta membrana pericolica lhe parece demonstrado e é a ella que elle aconselha se dirigirem para evitar as perturbações funcçionaes de que é a causa primeira.

— No curso das intervenções sobre o vivo, eis os diversos aspectos sobre os quaes Jackson viu a membrana pericolica. Ora, partindo do peritoneo parietal immediatamente para fóra do cæcum, se dirige directamente para cima e desaparece sobre o figado, perdendo-se no mesocolon transverso. Oratermina sob a face inferior do figado adiante do ponto de reflexão normal do peritoneo.

Umaz vezes parece nascer em cima e descer sobre o colon ascendente e terminar ao nivel da junção cæcal. Outras vezes ella cruza sobre o colon transverso e lhe imprime uma direcção parallela a do colon ascendente. Em um caso a membrana era tão densa e espessa que tinha perdido a sua transparencia e occultava intimamente o colon subjacente. Como ultima modalidade o autor a viu atingir os 20 primeiros cm. do jejuno que comprimia, dando logar a symptomas de estenose pylorica que tinham motivado a intervenção. Nos casos recentes, a membrana deixa ao intestino pouco mais ou menos toda sua liberdade o que não acontece nos casos antigos em que ella determina para o lado do intestino cotovelos e deformações taes que equivalem a uma obstrucção mais ou menos completa. Facto notavel, o cæcum quasi nunca está em relação com a membrana. E' encontrado geralmente distendido e mais delgado que o colon suprajacente. O appendice é, geralmente normal, salvo quando elle está em posição ascendente sobre o lado externo do cæcum. Então, pela membrana está applicado ao colon. (Obs. IV)

Etiologia. As numerosas hypotheses emittidas a este respeito pódem se resumir a tres theorias principaes: Congenita, mechanica e inflammatoria.

1. *Theoria congenita:* Para Mayo, se trata do peritoneo normal que não se applicou intimamente ao colon. Keiller (de Galveston) pensa que a membrana não é mais do que o prolongamnte estirado e adelgado do bordo do grande epiploon adherente ainda ao colon ascendente antes da torsão e descida do grosso intestino. Cita como provas a disposição dos vasos e a continuidade muito frequente da membrana com o grande epiploon. Esta maneira de ver é tambem a de Cotti (de Lyon). Segundo Jackson si a membrana fosse de origem congenita deveria ter sido notada em crianças e todas as observações publicadas até então dizem respeito a adultos. Lavaenf — *Jornal de cirurgia* — 1914 — fez estudos a este respeito e em 50 necropsias de crianças encontrou em 19 (38%) a persistencia do diverticulo epiploico; em alguns casos com disposições identicas ás citadas por Jackson o que vem apoiar esta theoria.

2.º *Theoria mechanica.* E' a theoria de Arburthnot Lane que descreveu, ao nivel da terminação do ileon e sobre o colon, uma série de cotovelos e adherencias, destinadas primitivamente a opporem-se á queda dos diversos segmentos do intestino grosso, mas que, ultrapassando o fim, podem ás vezes tornarem-se causa de obstrucção. Tudo seria determinado pela constipação. Jackson crê, ao contrario, que estas adherencias não são senão sua membrana pericolica e que, longe de ser causa, a constipação é um effeito destas adherencias que trazem grande impecilio á mobilidade e á permeabilidade do intestino.

3.º *Theoria inflammatoria.* A inflammacção teria por ponto de partida o colon em si ou num orgão adjacente. Para certos autores o orgão mais responsavel é o *appen-*

dicc. Vem em seguida a *vesicula biliar.* Mesmo quando estes orgãos foram supprimidos as adherencias pericolicas que provocaram persistem e com ellas as perturbações funcçionaes. (Obs. III) Mas, em geral, se admite que a infecção tem sua origem no colon mesmo. Tratar-se-ia quasi sempre de infecções attenuadas e mais ou menos prolongadas. Em fim de contas, Jackson é de opinião que a membrana pericolica reconhece provavelmente uma multidão de causas. Ha casos onde a origem inflammatoria é fóra de duvida; outros, onde a origem congenita parece certa.

Mas, na maioria dos casos, elle admite que se trata de infecções muito attenuadas tendo sua fonte na luz do grosso intestino.

Symptomas. Jackson impressionou-se de tal modo com a concordancia dos symptomas na maioria dos casos que observou que foi levado á concepção de uma entidade clinica cujo diagnostico podia-se e deve-se fazer antes da intervenção. Sua experiencia é baseada sobre uma série de 35 casos e é sobre este conjuncto que se julgava autorizado a lançar as bases da syndrome clinica da qual vamos passar em revista os elementos essenciaes:

I — *Dór.* — E' o ymptoma dominante, o que leva o doente ao cirurgião. Sua intensidade é variavel. A principio, os intervallos de calma são numerosos e longos, mas logo se fazem mais raros e, em um momento dado, as dores tornam-se continuas, com exacerbações. Se diffundem á toda a metade do abdomen as vezes com predilecção para a região cæcal ou para o angulo sub-hepatico.

Geralmente as crises não se acompanham de febre nem de alteração do pulso. Mais raramente se localizam no epigastro.

2.º — *Sensibilidade á pressão.*

E' diffusa, não se acompanha de contractura da parede. Póde dar lugar á uma hyperestesia cutanea, tornando insupportavel o contacto da roupa. No meio das dôres diffusas e predominando na metade D. do ventre, nota-se, muitas vezes, pontos mais particularmente sensiveis; na região do appendice e sob o rebordo costal.

São estas localizações que fazem desviar o diagnostico para o lado do ovario, do appendice e da vesicula. Mas, procurando bem, vê-se que os symptomas particulares desta serie de affecções fazem falta.

3.º — *Constipação.*

Nos casos typicos ella existe, rebelde. Não é raro que uma boa evacuação do intestino traga uma melhora, mas esta é geralmente de pouca duração. A constipação póde preceder á dôr de varios annos. Em geral, quando as dôres se installam a constipação se accentua.

4.º — *Tympanismo.*

Sobre tudo para o baixo ventre e é devido á distensão do caecum. A palpação permite verificar esta distensão e ella provoca ao mesmo tempo gargarejos. A pressão sobre o carcum, favorecendo a passagem dos gazes, traz muitas vezes, allivio. E' neste sentido que actua a massagem abdominal bem conduzida.

5.º — *Diarrhêa mucosa.*

Nos casos antigos, a constipação alterna com a diarrhêa. Mesmo nos casos leves é raro que um exame attento não descubra uma certa quantidade de mucus nas fezes.

6.º — *Perturbações gastricas.*

As perturbações da digestão faltam raramente e condu-

zem frequentemente ao diagnostico de gastrite chronica ou de ulcera simples. (Obs. I) Nem a diéta, nem mesmo o jejum têm acção sobre ellas. Nem guardam nenhuma relação com o tempo da digestão. Após a administração de um purgativo ellas se attenuam ou mesmo desaparecem para voltar logo.

7.º — *Emmagrecimento e hypotonia.*

A medida que a affecção evolue ella compromette a nutrição do individuo o qual entra a emmagrecer; seus musculos perdem a tonicidade; sente-se fatigado, sua tez torna-se terrosa. Em um momento dado vê-se installar o quadro completo da auto-intoxicação.

8.º — *Ncurasthenia.*

E' o termo do estado morbido. Os diversos symptomas se exaggeram.

Diagnostic.

Jackson o acha relativamente facil e nunca o fez que a operação não confirmasse. O exame radioscopico, após ingestão de bismutho, forneceu dados preciosos, mostrando uma estagnação na região ileo-cæcal, muitas vezes com dilatação e ptose do caecum. Elle pôe tambem em evidencia, por exames repetidos, o retardamento da circulação das materias nos pontos onde a membrana realizou um certo grão de obstrucção; fim do ileon, cæcum, angulo sub-hepatico etc. O exame coprológico pôde dar tambem, informações preciosas sobre o estado da digestão intestinal, da mucosa do colon, do grão das putrefacções e fermentações etc. como já vimos na 1.ª parte deste estudo.

Sob o ponto de vista do *diagnostico differencial* ha algumas affecções com as quaes a confusão é possível. São: a appendicite a cholecystite, a ulcera do estomago, a ovarite, acolite chronica, o cotovello ou dobra de Lane, e a lithiase renal. Segundo o autor os principaes elementos do diagnostico são:

1) *Appendicite chronica.*

E' a causa de erro, a mais frequente, acarretando muitas vezes uma intervenção inutil. (Obs. III e IV) A dor é nella mais localisada, as vezes em um ponto extremamente preciso e despertado pela simples pressão da polpa do index.

Na pericolite, ao contrario, é diffusa e não pôde ser localisada nem mesmo com toda a mão. E, quando se pede ao doente para mostral-a elle designa toda a metade D. de seu abdomen. E' verdade que ao lado da dor diffusa pôde haver regiões se destacando do conjuncto por uma sensibilidade mais viva; ponto de M. Burney por via da dilatação do caecum e a região sub-costal, correspondendo ao angulo direito do colon.

Mas, mesmo então, estas localisações não têm a presisão das da appendicite ou da cholecystite chronica.

De resto, é classico observar, na appendicite, a dor no epigastro e não é sinão no momento de uma reacção peritoneal na região do appendice que os signaes se localisam nitidamente na fossa iliaca.

Na pericolite, a dor quasi nunca vae ao epigastro. Pôde haver perturbações gastricas mas raramente dor localisada no estomago.

2) *Cholecystite.* O cotovello frequente do angulo sub-hepatico do colon e a dor que provoca explicam que se tenha ineriminado, erradamente, a vesicula biliar.

O diagnostico não é sempre facil, pois, mesmo com uma cholecystite calculosa inveterada, ictericia e colica hepa-

tica podem faltar. O unico elemento é a localisação da dor; diffusa na peric, ella assenta justamente sob a 9.ª costella quando a vesicula está em scena. Tambem na pericolite as irradições para a espadua, faltam em geral.

3) *Ulcera do estomago.* As perturbações digestivas são tão frequentes e as vezes tão predominantes na pericolite que é forçoso pensar na ulcera. Mas não revestem nenhum typo definido e sobre tudo não estão absolutamente em relação com a ingestão dos alimentos. Só as evacuações intestinaes têm influencia sobre ellas.

4.ª *Ovarite.* O erro se explica pela queda frequente no pelvis do cæcum distendido.

Um exame gynecologico minucioso permite quasi sempre relacionar as dores á sua verdadeira causa.

5.ª *Colite chronica.* O que caracteriza a colite é a diarrhea com expulsão abundante de mucos.

Na pericolite membranosa a diarrhea é relativamente rara e o mucus pouco abundante. Longe de fazer da colite uma causa possível da pericolite, Jackson quer que seja a estase devida á membrana que, com o tempo, determina uma inflamação chronica do grosso intestino.

6.ª *Cotovello de Lane.* (Lanes's Kink). Em sua forma typica e isolada esta lesão simula antes a appendicite chronica do que a molestia de Jackson, com esta differença que a dor, bem localisada, assenta um pouco mais em baixo e perto da linha mediana. Em caso de duvida o exame radioscopico permite distinguir o cotovello da appendicite. Mas, as vezes, associam-se estas duas (peric, e cot. Lane) e, em taes casos se confundem. Por isto é de praxe, quando se opéra, inspeccionar a terminação do iliaco.

7.ª *Lithiase renal.* Jackson suppõe o erro theorica-mente possível. Com effeito, elle nunca foi cometido e a lithiase renal comporta signaes taes que a confusão não parece muito provavel.

TRATAMENTO

O autor encara successivamente o tratamento medico e o cirurgico.

I — TRATAMENTO MEDICO

Nos casos recentes, quando a membrana não teve ainda tempo de provocar perturbações mecanicas, um tratamento não operatorio pôde ser instituido e dar bons resultados. As linhas geraes deste tratamento são as seguin-

1) assegurar uma evacuação perfeita do intestino grosso. 2) instituir um regimen dietetico que erduza ao minimo os phenomenos de fermentação e de putrefacções intestinaes. 3) estimular (p. ex. com a massagem) a tonicidade enfraquecida da parede colica. 4) realizar a antiseptia intestinal por meio de lavagnes ou de medicamentos judiciosamente empregados. 5) emfim, pelo emprego de cintos apropriados, remediar os vicios da posição e as mal formações possíveis do intestino.

II — TRATAMENTO CIRURGICO

As tentativas operatorias variaram segundo a concepção sobre a natureza da molestia. Lane, attribuindo papel principal á constipação, procurou combatel-a a principio reduzindo o circuito colico pela *ileo-sigmoidostomia*; mais tarde supprimindo todo ou quasi todo o grosso intestino. Mas a colectomia comportava uma mortalidade elevada e o cirurgião inglez parece querer voltar á *ileo-sigmoidostomia* com uma modificação de technica, impedindo o refluxo de uma parte das materias na metade direita do colon. Sabe-se que logar occupam hoje a cæcostomia e a appendicostomia no tratamento das colites chronicas graves. Jackson está

convencido que bom número destas colites não são, na realidade, sinão pericolicas. Enquanto a fistula persiste, tudo vae bem. Fechada, todos os symptomas reaparecem.

E' preciso evitar o obstaculo mechanico, a membrana e em seguida, si ha razão para isto estabelecer a fistula afim de tratr-se directamente a mucosa supposta alterada. Outros, tendo em vista o cæcum prolabado e movel, preconizaram o "cæco pexia". Outros, ainda, só encarando a dilatação do cæcum, recorreram ao *franzimento* (plicature) do orgão. Mas, no entender de Jackson, mobilidade e dilatação cæcal, sendo uma consequencia do obstaculo no colon ascendente, o effeito destas intervenções só poderá ser transitorio. Para elle a therapeutica cirurgica deve visar dois pontos essenciaes: o primeiro, consiste em *remover o obstaculo*, representado pela membrana; o segundo, complementar do primeiro, consiste em *combater a atonia e a grande mobilidade* do cæcum por um dos processos mencionados acima. Esta conducta foi dictada a Jackson por alguns insuccessos que seguiram-se ás suas primeiras operações, quando limitava-e exclusivamente a atacar a membrana, sobretudo nos casos antigos e grave.

Entre a "cæco-pexia" e o franzimento do cæcum, elle dá preferencia a este ultimo que pode ser praticado no sentido vertical ou transversal.

Quanto á membrana, Jackson preconisa sua extirpação completa, aliás facil de realizar.

Em resumo, não ha um methodo que possa ser adoptado em todos os casos e o cirurgião deve estar armado em face das numerosas eventualidades que podem se apresentar com a abertura do ventre. O methodo de escolha consiste na excisão da membrana seguida de franzimento do cæcum. A drenagem directa por entero-anastomose (cæco-sigmoidostomia sobretudo) e a colectomia parcial, são methodos de excepção.

LINGUAGEM MEDICA

pelo Dr. Raul Pilla

ESFREGADO

Procurando uma tradução adequada para o vocábulo francês *frottis*, aceita e preconiza o illustre Dr. Plácido Barbosa o termo **ESFREGAÇO**, adoptado no Instituto Osvaldo Cruz, do Rio-de-Janeiro, sem aludir ao emprêgo do termo **ESFREGADO**, nesta secção lembrado para traduzir com propriedade a referida expressão francesa.

Igualmente, o illustre colega DR. R. M., ao fazer a sua crítica a *esfregaço*, não fez nenhuma referência a *esfregado*.

Assim é que eu desconhecia por completo este último termo e a êle cheguei por simples analogia, levado que fui, após a leitura do artigo do Dr. R. M. nesta revista, a procurar um sucedâneo conveniente para *esfregaço*.

Acontece, porém, que o termo lembrado, *esfregado*, já era usado na acepção de *esfregaço* e, mais do que isto, estava já abonado por uma verdadeira autoridade. Devo o conhecimento do facto, que ignorava, à gentileza de um illustre colega, a quem deixo aqui os meus agradecimentos.

Com effeito, *esfregado*, e não *esfregaço*, emprega o illustre professor Raul Leitão da Cunha em seus dois livros, *Microbiologia e Técnica de Anatomia Patologica*. Portanto, se não bastassem os argumentos já aduzidos para justificar o termo, seria sufficiente a autorizá-lo o emprêgo, que dêle fez o illustre professor da Faculdade do Rio-de-Janeiro.

Quanto a mim, só devo congratular-me com a coincidência, que vem demonstrar o bom fundamento do vocábulo em questão.

REVISTA DAS REVISTAS

James Norment Baker — Hernia da bexiga. — *Annals of surgery* — May 1922. — Inspirado em um caso de hernia inguinal estrangulada em que uma parte da parede interna e posterior do sacco era constituida por um verdadeiro diverticulo da bexiga, que foi aberto durante a operação e fechado com uma sutura dupla de catgut chromado o A. faz em resumo um estudo sobre as hernias da bexiga e chega as seguintes deducções praticas: em todas as grandes hernias inguinaes, especialmente nas de individuos com idade avançada e nos que manifestam hypertrophia prostatica ou outros signaes de funcção vesical perturbada, a possibilidade de comprometimento da bexiga deve sempre ser admittida e com a devida cautela observada. O mesmo devemos fazer em todas as hernias inguinaes directas, sem nctar o tamanho e a idade e em todas as operações por reprodução de hernias. Isto se justifica porque as reproduções são notoriamente do typo directo e porque adherencias e distorções do cólo do sacco desde a primeira operação podem determinar tracção e deslocamento da bexiga. Em todas as hernias que apresentam uma quantidade anormal de tecido gorduroso, intimamente associado com o sacco ou na vizinhança da fossa inguinal média, a possibilidade de traumatismo da bexiga é augmentada e este signal de perigo nunca deve ser esquecido.

Pathogenia, tratamento e prophylaxia dos prolapsos uterinos, por A. Mayer. — (*Zeitschr. f. Aertzl. Fortb.*) — Após um acurado estudo sobre as numerosas theorias pathogenicas do prolapso uterino, Mayer conclue que a pressão de cima para baixo (pressão intra-abdominal, tumores e proprio peso do orgão) é o grande factor destes prolapsos uma vez diminuidos na sua resistencia os meios de fixação do utero no seu logar.

Menciona os interessantes estudos de Halbau e Tandler; estes dous pesquisadores considerám os prolapsos como si hernias fossem. Toda vez que o hiato genital não é sufficientemente fechado, a pressão intra-abdominal impelle os orgãos, parcial ou totalmente através deste "ponto herniario", d'ahi, retoccele, cystoccele, alongamento da cervix e prolapso uterino.

Das causas que diminuem a resistencia deste hiato genital, realça primiparas edosas, intervenções obstetricas, trabalhos physicos exagerados; entretanto dá efficiente importancia ao factor decorrente da preparação e apparição lenta e gradativa dos prolapsos, acredita mesmo numa predisposição individual.

Para Mayer, a influencia do traumatismo como causa directa primitiva é muito rara; quasi sempre, este factor causal, entra como elemento secundario, occasional. Via de regra um traumatismo agrrega um prolapso anteriormente existente.

O tratamento dos prolapsos comprehende o uso de "anéis" e pessarios; therapeutica, aliás, muito prolongada, grande numero de vezes mal tolerada pelas pacientes, apresentando tambem suas multifarias contra-indicações.

A seguir ventila a questão muito importante do prolapso uterino, complicando a gravidez, parto e puerperio em suas diversas phases; tambem chama a attenção para a esterilidade consecutiva a estes deslocamentos uterinos.

O tratamento operatorio tem suas precisas indicações e contra-indicações. Os methodos operatorios consistem em suspensão do utero, intervenções vagino-perineaes, e finalmente, os methodos mixtos, que consistem na combinação dos dous precedentes.