
A SPLENOTOMIA

40/4 ERE

N. 557
N. 4.

A

SPLENOTOMIA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á ESCÓLA MEDICO-CIRURGICA

DO PORTO

POR

José Maria Galvão de Mello

40/4 EMC

PORTO

TYPOGRAPHIA OCCIDENTAL

66 — Rua da Fabrica — 66

1886

Escola Medico-cirurgica do Porto

Director

CONSELHEIRO MANOEL MARIA DA COSTA LEITE

Secretario

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO CATHEDRATICO

LENTEs CATHEDRATICOS

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1.ª Cadeira—Anatomia descriptiva e geral | João Pereira Dias Lebre. |
| 2.ª Cadeira—Physiologia | Antonio d'Azevedo Maia. |
| 3.ª Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica | Dr. José Carlos Lopes. |
| 4.ª Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa | Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |
| 5.ª Cadeira—Medicina operatoria. | Pedro Augusto Dias. |
| 6.ª Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos. | Dr. Agostinho Antonio do Souto. |
| 7.ª Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna. | Antonio d'Oliveira Monteiro. |
| 8.ª Cadeira—Clinica medica | Manoel Rodrigues da Silva Pinto. |
| 9.ª Cadeira—Clinica cirurgica | Eduardo Pereira Pimenta. |
| 10.ª Cadeira—Anatomia pathologica. | Augusto Henrique d'Almeida Brandão. |
| 11.ª Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia. | Dr. José F. Ayres de Gouveia Osorio. |
| 12.ª Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica. | Illidio Ayres Pereira do Valle. |
| Pharmacia | Isidoro da Fonseca Moura. |

LENTEs JUBILADOS

- | | | |
|----------------------------|---|--------------------------------------|
| Secção medica | { | Dr. José Pereira Reis. |
| | | João Xavier d'Oliveira Barros. |
| | | José d'Andrade Gramacho. |
| | | Antonio Bernardino d'Almeida. |
| Secção cirurgica | } | Conselheiro Manoel M. da Costa Leite |

LENTEs SUBSTITUTOS

- | | | |
|---------------------------|---|-----------------------------------|
| Secção medica | { | Vicente Urbino de Freitas. |
| | | Antonio Placido da Costa. |
| | | Ricardo d'Almeida Jorge. |
| Secção cirurgica. | } | Candido Augusto Correia de Pinho. |

LENTE DEMONSTRADOR

- Secção cirurgica (Vaga).

A Escóla não responde pelas doutrinas expendidas nas dissertações e enunciadas nas proposições.

(REGULAMENTO DA ESCÓLA, de 24 d'abril de 1840, art. 155.º)

A

MINHA MÃE



Minha querida filha!

SAUDADE ETERNA

A

MEU PAE

A

MINHA IRMA

D. CYPRIANA AUGUSTA

▲

MINHA ESPOSA

▲

MEUS ENTEADOS

A

MEUS IRMÃOS

Gaspar de Mello

D. Maria das Dores

D. Sara Izergovina.

AOS

MEUS PARTICULARES AMIGOS E EX-CONDISCIPULOS

Alfredo Martins dos Santos

Arthur Borges Pinto Homem

Eugenio Candido de Sá Braga.

A

D. RAMON CRESPO Y ARISTIA

Á

EX.^{MA} SNR.^A D. ANTONIA LOPEZ DE CRESPO

E

D. ESTANISLAU CRESPO Y ARISTIA

A' MEMORIA

DOS

MEUS CONDISCIPULOS

Antonio d'Almeida Loureiro de Vasconcellos
Joaquim da Rocha Maciel
Antonio de Padua da Silva Junior
Joaquim José Marques d'Abreu.

AOS MEUS

CONDISCIPULOS

E

CONTEMPORANEOS

AO

Dr. Alexandre Braga

Á

ESCÓLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

AO

MEU ILLUSTRADO PRESIDENTE

DR. PEDRO AUGUSTO DIAS

INTRODUCCÃO

Je désire que mes juges voient
en moi, non l'homme qui écrit,
mais celui qui est forcé d'écrire.

Montesquieu.

Como complemento do Curso Medico-Cirurgico, determina o regulamento da Escóla a apresentação de uma ultima prova por escripto, ao livre arbitrio do alumno. Sem commentarios á disposição da lei, que certamente nos não inhibiriam do imposto, e circumscrevendonos restrictamente á esphera das nossas attribuições, resolvemos, apoz uma serie de tentativas concernentes á escolha do assumpto, escrever algumas palavras ácerca de uma parte importante da therapeutica cirurgica, applicada a lesões especiaes do baço e que consiste na extirpação parcial ou total d'este orgão.

O ponto de selecção não foi porém d'os mais felizes, pois que, logo ao começar, as difficuldades se amontoaram successivamente de uma maneira quasi insuperavel, acrescendo á nossa inexperiencia clinica, a ausencia por vezes completa de bons ou maus livros que nos guiassem o espirito. Mas, se por um lado o attricto a vencer era grande, não era por outra parte menos tentadora a seducção que a materia nos inspi-rava; tanto mais que tal assumpto entre nós constituiria actualmente o primeiro trabalho n'este genero, que a litteratura medica portu-gueza houvesse de registrar.

Foram pois considerações d'esta ordem, e sobre tudo o disposto no regulamento da Escola Medico-Cirurgica do Porto, que nos incitaram a proseguir na difficil tarefa encetada e nos levaram definitivamente a escrever a nossa modesta dissertação inaugural, em harmonia com o plano que vamos traçar.

Denominando o nosso trabalho — *A splenotomia* — dividil-o-hemos em cinco capitulos. No primeiro tentaremos, tanto quanto nos seja possivel, apresentar a historia da operação até á época actual.

Em segundo logar estudaremos a parte anatomica do orgão em questão, e suas relações com as outras visceras abdominaes.

Feitas resumidamente no terceiro capitulo algumas considerações geraes da physiologia do baço, passaremos em seguida a estudar no quarto capitulo simultaneamente a sua pathologia cirurgica e as indicações da splenotomia, para finalmente no quinto e ultimo capitulo comprehendemos o manual operatorio e os cuidados consecutivos á operação.

Indicado isto, resta-nos ainda confessar, como era de presumir, que coisa alguma acrescentámos de novo á sciencia, e, se algum valor esta nossa ultima lição tem, consistirá elle puramente em termos conseguido, quanto nos foi possivel, resumir aqui methodicamente o pouco que disperso se encontra nos auctores, relativo ao caso.

Sem outras pretensões mais que a satisfação de havermos cumprido o nosso dever, confiamos plenamente na benignidade do esclarecido Jury, certos de merecido indulto.

I

PARTE HISTORICA

As palavras splenotomia (σπλήν baço, e τομή cortar), splenectomia (Pean) ou laparosplenotomia (Czerny, Nedopil) são synonymas e designam a extirpação do baço.

Alguns auctores, porém, reservam os termos splenectomia para significar a ablação total do órgão e laparosplenotomia para indicar uma ablação systematica e premeditada,¹ ficando a denominação de splenotomia adequada aos casos em que a extirpação seja indifferentemente parcial ou completa.

A historia da splenotomia, postoque um tanto obscura, parece comtudo mostrar que a operação não é de dacta muito recente; o que se explica talvez, como diz Haller,² pela preferencia que desde remotos tempos os sabios nos

1 Dicc. encyclop. des scienc. med.—Splenotomie.

2 Haller, Elementa Physiol. Corporis humani 1764.

seus estudos deram a este órgão, que, quasi unanimes, julgaram sem valor physiologico.

Já Aristoteles e Plinio o Antigo, na Macedonia e na Italia, affirmavam que a viscera splenica não era essencial á vida.

Nos spectaculos olympicos, os mais antigos e formidaveis da Grecia, alguns atletas, além de se sujeitarem a um regimen especial e severo, persuadidos de que o baço lhes perturbava a agilidade, uzavam certas beberagens para lhes diminuir o volume da viscera, chegando outros a fazel-o extirpar pelo ferro ou pelo fogo. Esta crença, justifica uma splenotomia bem succedida, no seculo xvi, a um andarilho de Tilly, (P. Larousse).

Como quer que seja, só em 1514 apparecem na sciencia as primeiras observações de Vesalio e Zambecari, e em 1549 na Italia o ousado bolonhez Fioraventi ¹ com Adrianus Zaccarella, concebe o arrojado intento de, pela primeira vez, praticar no homem a extirpação do baço.

A authenticidade d'esta operação, cuja relação é bastante incompleta, e ainda de uma outra que Fioraventi diz ter feito posteriormente, mas que não apparece registrada, tem suscitado algumas duvidas entre os medicos, chegando S. Wells a consideral-as menos dignas de fé.

1 Fioraventi, *del tesoro della vita humana*. Lib. II, cap. 8.

Mas, as experiencias de Malpighi nos animaes em 1669, e mais tarde as de Kingius, Clarxius, etc., e o facto de só depois d'esta época se acharem consignadas nos auctores as successivas observações de splenotomia, parece ao mesmo tempo justificar na realidade a existencia de uma questão de tal natureza precedentemente ventilada; effectivamente, nas nossas minuciosas investigações, encontrámos com effeito uma splenotomia praticada em 1581 por Viart. Comtudo é só depois de 1669 que se succedem com intervallos relativamente curtos, os casos: do irlandez Clarke em 1673; o primeiro caso de N. Mathias em 1678; de Purmann em 1680; de Hamiaeus ou Hannaeus em 1698; de Ferrerius em 1711; de Ferguson em 1737 na Escossia e o de Chelius passados seis annos, na Allemanha, em 1743.

Porém, até 1836, á excepção do caso de Zaccarella e Fioraventi, todas estas primeiras extirpações do baço tinham sido a consequencia do estrangulamento e tumefacção da viscera herniada atravez de uma ferida penetrante do abdomen, por causas accidentaes: projectis de guerra, facadas, etc.

Quittenbaum n'esse mesmo anno ensaiava a primeira gastrotomia para a ablação do baço, e o seu doente morria seis horas depois da operação.

Veem em seguida por ordem chronologica as observações de Donnel de Purneah, no mesmo anno; de Berthet e de C. Bell em 1844; de Küchler e Schultz em 1855; de Spencer Wells e Nann em 1865; de T. Bryant em 1866; de Pean e Kœberlé (primeiras operações) em 1867; de Bryant em 1868; de Bazille em 1869; de Czerny em 1872; de Kœberlé (segunda operação), de Watson, e segundo caso de Spencer Wells em 1873; de Pietryzcki em 1874; de Urbinato de Casana em 1875; de Pean em 1876; de Billroth, Fuchs de Bihar, Simmons de Sacramento, Browne, Pollak, etc., em 1877; de Geissel, Arnison, Baker, Brown, Volnay-Dorsay, e Aonzo ou Houzo em 1878; de Miner, Poucel, etc. em 1879; de Charleoni, Franzolini d'Udina, Havard, Celso de Bonora, Credé, Terrier, em 1881; de Billroth, Knowsley Thornton, Kœberlé, em 1884; e finalmente de Albert, de Blum, de M. Le Bec, em 1885.

Conforme tivemos o cuidado de investigar, desde a primeira splenotomia até Kuchler (1855), isto é, durante o longo periodo de tres seculos, parece que só tres vezes a therapeutica cirurgica recorreu á extirpação pela gastrotomia no tratamento das doenças splenicis.

A tibiesa dos medicos de então, os receios que a operação inspirava, ou emfim uma outra ordem de motivos, que nós não procurare-

mos desvendar, concorreram certamente para que só em 1865 a historia da splenotomia entrasse em uma phase nova, verdadeiramente activa.

Spencer Wells, que tres annos antes ignorava completamente que tal operação já tivesse sido feita alguma vez, tentava por essa occasião em Inglaterra, a sua primeira splenotomia em um leucemico, que morreu cinco dias depois.

Bryant em 1866 em um caso identico obtinha equal resultado e Pean no anno seguinte, mais feliz que os seus predecessores, extirpava occasionalmente pela gastrotomia um baço kystico, julgando que ia proceder á ablação de um kysto do ovario.

A partir d'este ponto, os casos succedem-se, como vimos, de maneira que até ás operações de M. Le Bec e de Blum em 1883, ultimas de que temos conhecimento, podem contar-se, pelo menos, quarenta e tres splenotomias pela gastrotomia e dezeseis consecutivas a ferimentos penetrantes do abdomen com hernia irreductivel parcial ou total do orgão.

II

Summario: ANATOMIA DO BAÇO,
SUA STRUCTURA, RELAÇÕES COM OS OUTROS ORGÃOS
ABDOMINAES

O baço é um órgão esponjoso e muito vascular situado no hypochondrio esquerdo atraz e á esquerda da grande tuberosidade do estomago, ao qual é ligado pelo epiploon gastro-splenico, acima de mesocolon descendente, adiante do rim e capsula supra-renal esquerda, por baixo e atraz do diaphragma com que contrahe relações pelos ligamentos phrenico-splenicos e ainda com a cauda do pancreas por intermedio do ligamento pancreatico-splenico.

Estes ligamentos, bem como ainda os vasos proprios, permittem ao órgão, mais uma suspensão na cavidade abdominal, que uma verdadeira fixidez.

Os seus movimentos acham-se portanto dependentes, abstrahindo certos casos pathologicos (hydro-thorax, pneumo-thorax; ascite,

tumores abdominaes, etc.), das deslocações physiologicas do estomago, do diaphragma ou das costellas.

Impar e unico na especie humana, ha contudo na sciencia observações em que a sua multiplicidade attingiu por vezes um algarismo elevado.

Assim Sappey refere dois casos no primeiro dos quaes encontrara dois baços e no segundo tres; Duverney quatro em um individuo; Patin seis, e finalmente Otto observou um caso em que este numero se elevava a vinte e quatro.

No entanto, abraçando a opinião abalisada de Cruveilhier, que tambem teve occasião de fazer analogas observações, relativamente a baços multiplos, ou baços supra-numerarios como outros dizem, não devem estes appendices ser considerados como verdadeiros orgãos, mas simplesmente como fragmentos ou lobulos do orgão unico no homem; pois que só em alguns animaes tal multiplicidade é real, como igualmente é de opinião Beaunis e outros.

A ausencia congenita do baço como affirmam as observações de Walleix e Martin ¹ pa-

¹ Martin, Bulletins de la Societé anat. 1826 Walleix, Archives de Medecine.

rece ser um facto rarissimo na nossa especie e nos restantes vertebrados, á excepção de alguns peixes, os *brachiostomos* por exemplo e os *myxinoides* e ainda na lampreia onde este orgão é apenas rudimentar, ¹ pois que no resto da escala zoologica o baço não existe.

Como se disse, esta glandula occupa normalmente o hypochondrio esquerdo, e dizemos normalmente porque nem sempre esta disposição succede, como vamos vêr.

Sappey em um caso de transposição de visceras encontrou-a do lado direito; Choysi viu-a fluctuando no centro da cavidade do abdomen; Duverney no hypogastro; Morgagni na região illiaca; Fandacy na prega da virilha fazendo hernia pelos tecidos sob-jacentes; Wan-swieten e Albinus na escavação da bacia e finalmente ha ainda um caso em que o baço estava alojado no thorax.

Mas, tudo isto são anomalias, casos excepçionaes é certo, que, se não teem valor em anatomia descriptiva, merecem no entanto a maxima attenção debaixo de ponto de vista operatorio.

As dimensões normaes do baço são em media de 0^m,12 de comprimento, por 0^m,08 de largo e 0^m,03 de espessura.

1 Dicc. encyclop. des scienc. med.

O seu pezo é approximadamente de 200 grammas, 495 segundo Sappey.

Quanto ao volume é este o órgão que mais variações póde apresentar, mesmo nos limites physiologicos, não fallando já nos estados pathologicos, impaludismo, etc., onde póde attingir um volume enorme a ponto de encher toda a cavidade abdominal e offerecer um pezo de 15 kilogrammas.

A acção de certas substancias tem tambem uma influencia incontestavel no maior ou menor volume do baço; tal é o poder constrictivo, sobre esta viscera, da strychnina e do sulfato de quinina.

Mas, abstrahindo d'estas causas, a idade vem igualmente influir nas proporções do órgão; é certo que elle tem um volume menor no feto que no adulto, e maior no adulto que no velho, em cuja idade parece atrophiar-se.

A fórma do baço, segundo Haller, seria a de um ellipsoide cortado no sentido do comprimento e de grande diametro vertical.

A etymologia do termo que designa este órgão está realmente de accordo com a fórma attribuida.

A sua face externa, convexa e lisa é coberta pelas 9.^a, 10.^a e 11.^a costellas das quaes se acha separada pelo diaphragma.

No ponto de união dos dois terços anterio-

res com o terço posterior da face interna que é concava, encontra-se a depressão denominada hilo do baço, depressão onde se insere o epiploon gastro-splênico que dá passagem aos vasos e nervos splênicos. A porção da face interna, situada para diante da scisura está em relação com o estomago, sendo a parte situada para traz em relação com o rim esquerdo, capsula supra-renal e cauda ou extremidade do pancreas, como já se disse.

Toda a periphéria do baço, á excepção do hilo, é envolvida pelo peritoneo e recoberta por uma membrana propria de natureza fibrosa, resistente, apresentando disseminadas na sua espessura placas cartilagineas, que no velho podem simular verdadeiros pontos de ossificação.

Esta membrana propria, ou capsula de Malpighi, adherenté por um lado ao parenchyma splênico e por outro ao peritoneo, ao nivel do hilo reflecte-se, acompanha os vasos e penetra com elles no interior do orgão, dando-lhe um aspecto reticulado.

E' nos septos formados por esta membrana que está depositada a borra splênica.

O parenchyma constituido por um tecido muito friavel, na maior parte tecido vascular e connectivo, aprisionando nas suas malhas as cellulas splênicas, dá quando esmagado entre

os dedos a sensação de crepitação. E' a esta friabilidade, a esta fraca cohesão, que o baço deve as suas rupturas frequentes, pelas contusões da parede abdominal, d'onde por vezes resulta um derrame abundante de sangue, quazi sempre mortal.

Depois da morte o parenchyma amollece-se e transforma-se em uma massa vermelha escura, côr de fezes de vinho, que se derrama pela pressão e pela lavagem; é a borra splênica, *atrabile* dos antigos.

Eliminada a borra splênica, pela lavagem, fica uma especie de esqueleto fibroso constituido por trabeculas. A um córte podem então vêr-se, mesmo a olho desarmado: as trabeculas; os orificios vasculares; uma serie de granulações brancas disseminadas no trajecto das arterias, (corpusculos de Malpighi); a polpa splênica.

(a) As trabeculas são de duas especies; umas canaliculadas, são tubos fibrosos por onde caminham os vasos, as outras massiças partem da face interna da capsula e subdividindo-se formam malhas muito estreitas nas quaes se alloja a polpa splênica.

Estas duas especies de trabeculas são constituidas em grande parte por fibras elasticas e ainda um grande numero de fibras lisas.

Os vasos splênicos apresentam alguma coisa de notavel que convém referir.

(b) A arteria splenica provém do tronco coeliaco; tem um calibre relativamente grande, paredes muito espessas, e é rica em fibras musculares.

Ao nível do hilo divide-se em quatro ou cinco ramos que por seu turno se subdividem. Cada uma d'estas subdivisões distribue-se isoladamente, sem anastomoses, ao seu departamento limitado e isolado do órgão.

Estes pequenos ramos arteriaes são acompanhados pelos ramos venosos até certo ponto ($0^m,007$ a $0^m,004$), onde se isolam e ramificam separadamente, ainda sem anastomoses.

Caminhando assim os arteriolos vão todos terminar á polpa, quer directamente, ou atravessando os corpusculos de Malpighi.

(c) Estes corpusculos acham-se nos pequenos arteriolos (de $0^{mm},2$ e menos); fazem parte integrante da parede vascular e são envolvidos pela bainha fibrosa, cuja hypertrophia local segundo Beaunis, justificaria a existencia de taes vesiculas ou corpusculos.¹

A vascularisação dos corpusculos de Malpighi parece provir unicamente do arteriolo que os atravessa, porque não tem a observação demonstrado vasos de origem venosa.

1 Beaunis, anat. descript.

Exames immediatamente feitos em justificados attestam a presença d'estes corpusculos, de modo a poder-se concluir que a sua existencia é constante no vivo.

Comtudo desaparecem rapidamente em seguida a certos estados morbidos.

(d) A veia splenica, quatro ou cinco vezes mais volumosa que a arteria, é um dos ramos da veia porta. Chegada ao hilo divide-se tambem em quatro ou cinco ramos desprovidos de valvulas ¹

Acompanhando a arteria até certo ponto, como fica dito, quando as arterias e as veias se isolam, a bainha fibrosa que acompanha as veias identifica-se com as suas paredes.

Pouco depois os capillares venosos ramificam-se como que formando um verdadeiro tecido erectil e então as suas paredes são sómente constituidas por uma tenue camada de cellulas epitheliaes.

Além d'estes vasos, recebe mais o baço alguns ramos spermaticos ou ovaricos, atravez do epiploon gastro-splenico.

(e) Com respeito á maneira como as arterias communicam com as veias no interior do orgão, é assumpto muito letigioso ainda hoje en-

1 Op. cit.

tre os physiologistas e objecto de muitas duvidas e alguma obscuridade.

Para Grey, Billroth, Kolliker, Schweiger-Seidel, os arteriolos communicam directamente com as venulas.

Segundo Axel Key, Stieda, existe uma rede capillar entermediaria, muito estreita, analoga á dos outros tecidos.

Müller, Frey, Robin, Legros, etc. sustentam que os arteriolos communicam com as venulas por meio de um systema lacunar.

N'esta terceira opinião os capillares arteriaes perder-se-hiam em uma especie de diverticulo muito delicado do tecido connectivo, com o qual as paredes vasculares se identificariam finalmente.

Esta hypothese parece ser a mais geralmente accete, e a mais aceitavel.

(f) Os lymphaticos, cuja communicação com a rede vascular é contestada, partindo dos ganglios do epiploon gastro-splenico penetram no hilo e seguem o trajecto das veias.

Segundo Robin communicam com a cavidade da bainha fibrosa. Formam uma profunda rede em relações com a rede sub-serosa superficial por anastomoses que seguem as trabeculas.

(g) Os nervos splenicos pertencem ao plexo solear e ao grande sympathico.

Seguem os trajectos arteriaes e terminam de um modo que não está ainda bem averiguado.

Kolliker e Ecker são de parecer que essa terminação seja na polpa splenica, por uma extremidade livre.

O plexo diaphragmatico, segundo a opinião de Giesker enviaria tambem um ramo pelo ligamento phrenico-splenico.

(h) A polpa splenica é constituida por um recticulo connectivo, que para Robin, Legros e outros, não seria outra cousa que o resultado da dissociação das fibrillas das paredes arteriaes, cujas malhas communicariam por conseguinte livremente com os capillares arteriaes e venosos.

Applicadas sobre este recticulo por uma camada epithelial composta das cellulas dos capillares mais finos encontram-se os elementos cellulares, lymphoides ou adenoides, *cellulas splenicas*, de fórma pouco precisa.

III

PHYSIOLOGIA DO BAÇO

A physiologia do baço, envolvida desde os mais remotos tempos em tenebroso mysterio, constitue ainda hoje um estudo cheio de incertezas e não menos obscuridade.

Já Hippocrates, Nicomaco e todos os sabios do seu tempo, ignorando que funcção attribuir a este orgão, localisavam n'elle, mais que no figado, a séde das paixões.

Aristoteles dava-lhe o papel de contrabalançar o pezo do figado ¹ e Plinio o Antigo julgava-o mesmo um orgão inteiramente inutil.

Para Clopton-Havers e Perrault elle era o excitador dos movimentos articulares ou cardiacos; para Mead e Harvey o temperante da bile e do sangue; e finalmente para outros, o geredor do calor gastrico indispensavel á cocção dos alimentos; o productor da *atrabile* e

1 Haller. *elementa physiologiae*.

dos ácidos do estomago; o centro das funcções de reproducção; da alma sensitiva (Val-Helmont); do somno; da melancholia e ainda do bom humor, pois que era alli a séde do riso.

Mais tarde estas supposições um tanto extravagantes e em parte contradictorias, deixaram, como era natural, livre curso ás ideias da época, e, uma vez esquecida a doutrina humoral e o velho animismo, Krauss quer vêr no baço um ganglio nervoso, para J. Artaud o designar como um orgão electrico na occasião em que os effeitos da electricidade preoccupavam todo o mundo medico. ¹

Pondo de parte as hypotheses de Galeno, Malpighi, Haller, e muitas outras mais ou menos curiosas, apresentaremos simplesmente as theorias que na actualidade parecem dignas de mais credito, e concluir do seu valor.

Baseados na structura anatomica do baço, os physiologistas modernos procuram concluir uma certa relação entre a composição do sangue e a actividade funcional d'este orgão. Mas qual seja essa relação, ou melhor, qual seja a acção do baço sobre o liquido sanguineo é o que ainda não se demonstrou, achando-se por

1 E. Barrault—these 1876. pag. 7.

isso mesmo actualmente divididas em tres campos distinctos as opiniões dominantes.

1.ª *Hypothese*: — Hirt, Vierordt, Funk, etc., fundando-se na semelhança da structura splenica á dos órgãos lymphoides, affirmam que o baço preside á formação dos globulos brancos.

A analogia entre a structura dos órgãos lymphoides e do baço, a hyperthrophia d'aquelles órgãos depois da extirpação ou destruição do baço, segundo as experiencias de Frey, e ainda a existencia da maior quantidade de globulos brancos na veia splenica que no sangue da arteria, confôrme as observações de Funk, Hirt, etc., são os principaes factos em que assenta esta opinião.

Mas, nas experiencias de Tarchanoff e Swaen, a comparação dos dois sangues era sensivelmente igual e nos seis coelhos splenotomizados por Zéas o numero dos globulos brancos era pelo contrario maior depois da operação.

Winogradoff obteve analogos resultados. A numeração dos leucocytos era maior, diminuindo os hematias em numero e volume, alteração esta que se prolongava de cinco a sete mezes depois da operação, occasião em que

era maxima, para em seguida retroceder gradualmente.

Os dados recolhidos no homem consecutivos á splenotomia, pelas observações de Franzolini, Pean e outros, estão perfeitamente de accordo com as experiencias de Winogradoff, etc., nos animaes, pelo que respeita á analyse hematica.

Relativamente á hypertrophia dos ganglios lymphaticos apoz a destruição do baço, o caso não parece melhor averiguado.

A tumefacção dos ganglios mesentericos observada em cinco dos coelhos das referidas experiencias de Zéas e Winogradoff e ainda as de Tiedemann¹ e Bardeleben em cães e coelhos, que pela extirpação do baço e da glandula tyroidea todos morriam, sobrevivendo pelo contrario fazendo-se apenas a splenotomia, não é um facto de grande valor, porque não é constante.

Demais é fóra de duvida que nos leucemicos o baço augmenta de volume quasi constantemente, contrariamente ao que succede na scrophulose em que o systema lymphatico sendo na generalidade atacado, o baço parece não soffrer modificação alguma.²

1 Revue de Chirurg. 1885. Splenotomie.

2 Dicc. de med. et Chirurg. pratiq.

Adduzindo mais que Legros nas suas splenotomias em ratos nunca encontrou na autopsia augmento de volume na thyroidea e Philippeaux pôde conservar a vida durante cento e cincoenta dias em animaes da mesma especie, aos quaes tinha extirpado o baço, as capsulas supra renaes e a glandula thyroidea, esta primeira theoria não apresenta uma base solida de sustentação.

A hypothese de Foubert¹ que considera essa hypertrophia ganglionar, quando existe, não como um phenomeno de compensação, mas como uma simples adenite inflammatoria devida ao traumatismo operatorio, por isso que, segundo este auctor a hypertrophia apparece logo poucas horas depois da operação para mais tarde desapparecer, é de grande valor quanto a nós, pelas razões já expendidas.

Em resumo pôde d'aqui deprehender-se: primeiro que o baço, segundo as experiencias de Zésas, Vulpian, etc., e as numerosas splenotomias praticadas no homem, é dispensavel á vida; e em segundo logar que da structura lymphoide d'este orgão, e da hypertrophia dos corpos lymphoides, pouco ou nada se pode concluir de positivo ácerca da sua funcção leucocytogena.

1 Foubert (Sylvain)—these 1886. Pag. 11—Paris.

2.^o *Hypothese*: — Os sectarios d'esta segunda opinião sustentam que os leucocytoz se transformam no baço em hematias, e assim dizem que na polpa splênica se encontram fórmas distinctas de transição entre as duas especies de globulos.

Mallassez e Picard não só pela contagem dos globulos, mas pela dosagem do maior volume de oxygenio que uma quantidade dada de sangue splênico arterial ou venoso pôde absorver, demonstraram que quando o baço está em actividade, a riqueza em hematias e a capacidade de absorpção para o oxygenio do sangue da veia splênica augmenta consideravelmente, phenomeno que não se dá nas outras glandulas.

Dando de barato a difficuldade n'esta avaliação, por isso mesmo que a physiologia não tem um ponto de comparação rigoroso, não fallando já na variabilidade numerica dos leucocytoz nas differentes occasiões do dia, attento o estado das funcções digestivas, o estado pathologico, etc., sabe-se contudo que as investigações de Hayem, sobre os hematoblastes e suas funcções, o conduziram a reconhecer n'estes elementos os verdadeiros formadores dos globulos rubros.

Ora Hayem não encontrou no baço o fóco de formação dos hematoblastes, ao contrario

fal-os provir da lymphá a cujo proposito estabelece as seguintes conclusões:

(a) A lymphá lança constantemente no sangue um grande numero de hematoblastes destinados á constante renovação dos hematias;

(b) a lymphá não differe essencialmente do sangue; é apenas um sangue branco, não por falta de globulos mas porque elles se acham sob uma fórma primaria, hematoblastica;

(c) é na lymphá que nascem estes hematoblastes; formam-se no protoplasma dos leucocytos, que estes abandonam antes de penetrar no sangue, salvo certos casos pathologicos.

Ainda mais, segundo Hayem, os hematoblastes gozam um papel preponderante na coagulação do sangue; ora o sangue da veia splénica, como se sabe, é o menos coagulavel, o que prova a pobreza de hematoblastes no baço, e não ser portanto ahi a sua séde de formação.

Entretanto Bizzozero e Salvioli, parece terem encontrado no sangue splénico elementos intermediarios dos hematias e dos hematoblastes, facto que os adversarios habilmente aproveitam em seu favor, como adiante veremos.

Como quer que seja, as experiencias de Picard, parecem demonstrar que o baço é o órgão onde o sangue vae fazer a sua provisào de ferro; um pezo dado de baço contém mais ferro que egual pezo de sangue, cifra que se tor-

na equal no sangue e no baço em seguida a um periodo de actividade d'este orgão.

Os mesmos Picard e Mallassez demonstraram além d'isso, por experiencias variadas, que o ferro contido no baço se encontra no estado de hemoglobina. Analysando depois a riqueza do sangue em globulos e em hemoglobina, encontraram estes experimentadores apoz a extirpação do baço, uma diminuição passageira do algarismo globular, em cada millimetro cubico, e uma defficiencia duradoura na hemoglobina d'esses globulos; o que não admira attentos os effeitos da operação.

3.^a *Hypothese*:—N'esta ultima hypothese admitte-se que o baço é o centro de destruição dos globulos vermelhos.

Repousa em analyses comparativas do sangue da arteria e da veia splenica, feitas por Grey, Beclard e outros, a proposito dos factos de Moleschott e Kolliker em que estes physiologists observaram uma grande quantidade de globulos rubros na massa sanguinea de rãs a que tinham extirpado o baço, e bem assim a existencia na polpa splenica de hematias em differentes phases de distruição, revellados pela analyse microscopica.

Esta segunda observação, como o proprio Kolliker mais tarde confessou, nada prova em

favor da theoria. Esses differentes corpusculos tomados como phases distinctas da regressão dos globulos, podem muito bem significar antes a sua via de desenvolvimento, a sua evolução gradual e successiva, como ultimamente o mesmo aucthor admitte.

Finalmente nada ha por emquanto de rigoroso e preciso ácerca da physiologia d'este órgão como gerador ou destruidor de hematias.

Se de uma parte se sustenta o seu papel formador ou destruidor de globulos, véem na replica os adversarios, e principalmente Robin, dizer que o sangue não soffre modificação celular alguma no baço.

Para Dobson, Gray, Longet, Hodgkin, etc., o baço seria apenas um diverticulo, uma camera de segurança da circulação do figado e do estomago; assim, a contracção do baço, segundo Botscheschkarow e Drasdoff determinaria uma congestão e accumulacção de leucocytos no figado.

E' porém certo que um esforço continuo, a carreira, o vomito, etc., emfim todas as causas susceptiveis de impedir o affluxo do sangue ao coração direito, não só difficultam a circulação hepatica mas ainda determinam a tumefacção do baço, por vezes muito dolorosa.

Para terminarmos indicaremos mais, entre muitas outras, as opiniões de Gscheilden que

vê no baço um dos centros de produção da uréa, baseando-se para isso na riqueza do tecido splênico relativa a esta substancia; a de Beau¹ que o considera uma especie de órgão de armazenagem para os albuminoides, com o fim de acudir ás interrupções da reparação alimentar e ás variações da desassimilação; a de Arnold, H. Chultz, que lhe attribue a funcção de transformar os globulos do chylo em globulos sanguineos; etc.

Em conclusão, as funcções do baço continuam quasi tão mysteriosas como outr'ora.

A conservação da vida e sobretudo a manutenção da saude geral depois da operação, morrendo os individuos só passado muito tempo, mas por uma causa qualquer sem relação alguma com o facto da splenotomia, é uma verdade que parece sufficientemente estabelecida.

O proprio Barrault que procura adduzir todos os motivos que contraditem esta intervenção cirurgica, não deixa de confessar: «*Il est positif que des animaux dèratés ont pu etre conservés pendant des années, avec toutes les apparences de la santé...*»

E' certo que em seguida, como que arrependido d'aquelle impulso de concessão, diz:

1 Beau, archiv. gen. de medecine 1851.

«... mais l'expérience a-t-elle été poursuivie pendant un temps assez long?» Ora, a este argumento affigura-se-nos muito simples a objecção, porque a ter de dar-se uma perturbação funcional de qualquer natureza, proveniente da extirpação da viscera em um dado animal, não se faria ella esperar certamente para só se manifestar quando o organismo já refeito das primeiras perdas, começa a entrar (ou ja se acha realmente) em completo estado de adaptação ao seu novo modo de ser.

Se Schiff notou que o succo pancreatico era desprovido de fermento em seguida á ablação do baço, seria isso dependente, segundo M. Robin, de uma lesão accidental da arteria pancreatica no acto operatorio.

De resto, Malpighi e quazi todos os experimentadores depois d'elle, não poderam notar perturbação alguma nas digestões e na nutrição, mas pelo contrario os animaes pareciam bem dispostos e apresentavam até um certo augmento de appetite.

A repugnancia para determinados alimentos, como por vezes succedeu depois da operação, (casos de Pean, de Czerny, etc.), é de bem pequena importancia, sobretudo quando em presença dos symptomas o clinico é levado a resolver a splenotomia.

Legros e Jolyffe verificaram ainda que nos

animas (ratos) as outras funcções não eram interessadas, notando principalmente um ardor mais accentuado com que se entregavam aos actos da reproducção.

No homem, onde a observação, como era de esperar, tem sido mais rigorosa, as coisas passam-se de uma maneira identica e nada se descobre que possa ser attribuido á supressão do baço.

O operado de N. Mathias, seis annos depois da operação, conservava-se perfeitamente bem disposto. A doente de Ferrerius, posto que muito esgotada na occasião da splenotomia, tornou-se mais nutrida, concebeu e pariu de termo, para, só mais tardé cinco annos, fallecer de uma metrorrhagia. O de Berthet sobreviveu treze annos e meio, no fim dos quaes morreu victimado de uma pneumonia; e o de Schultz, operado em 1856, vivia ainda decorridos onze annos, de perfeita saude á época da publicação do trabalho de Barrault, bem como os dois operados de Pean.

Muitos mais casos poderíamos talvez apresentar a este proposito, mas a impossibilidade em que nos encontrámos na acquisição de documentos relativos ás consequencias remotas das operações feitas com successo, que são numerosas, como se sabe, obriga-nos a lembrar aqui sómente as duas operações de Pean, na

primeira das quaes (M.^{me} Adele Cercily) nem sequer foi incommodada por symptoma algum dependente do figado, cuja funcção, segundo alguns querem, é quazi constantemente alterada.

A segunda, a doente (M.^{me} Delvet), a não serem alguns phenomenos que já se davam antes da operação, como eram a falta de appetite, uma certa repugnancia para determinados alimentos e irregularidade nas menstruações, apenas se queixava de uma maior irritabilidade nervosa e uns accessos de melancholia por vezes insupportaveis, o que não admira muito visto que tanto esta como a primeira senhora operada de Pean eram nevropathicas.

No estado actual da sciencia, póde pois affirmar-se, como demonstram cathegoricamente as experiencias de Kolliker, Moleschott, Philippeaux, Zésas, Winogradoff, Vulpian e muitos outros, executadas em animaes e as numerosas splenotomias no homem, que o baço é um orgão dispensavel á vida, e talvez como dizia Plinio o Antigo uma viscera completamente inutil.

Se algumas vezes os individuos splenotomizados succumbem, é isso provavelmente devido a causas inherentes á operação, ou complicações subsequentes, e nunca á suspensão da funcção, como muito bem affirmam Führer,

Crips, Simon, Hegar, Ludwig, Bardeleben, Crédé, Pean, Franzolini, etc., e os factos claramente confirmam.

IV

Summario: PATHOLOGIA CIRURGICA DO BAÇO;
SPLENOTOMIA, SUAS INDICAÇÕES
E CONTRA-INDICAÇÕES

A splenotomia praticada um grande numero de vezes nos animaes com um fim experimental e seguida quasi constantemente de successo sem causar, pelo menos apparentemente, perturbações physiologicas muito sensiveis, parece offerecer do mesmo modo egual resultado no homem, em determinadas lesões.

Sem perfilharmos a opinião de E. Barrault,¹ que não dispensa inteiro credito aos dados estatisticos dos differentes auctores, sem admittirmos com elle que sómente os casos de cura teem sido dados á publicidade, conservando-se pelo contrario um ou outro insuccesso no mais completo silencio, nós, mais crentes na probidade scientifica, basearemos esta parte do nosso

1 E. Barrault, valeur de la splenot. these 1876, pag. 50.

estudo nas observações que a sciencia registra e que nos foi possivel obter.

Não é nosso proposito, certamente, affirmar que mesmo nos casos mais simples, seja a splenotomia necessariamente seguida de cura; mas, o que tambem não merece duvida alguma, é o facto bem averiguado do favoravel exito da operação, como recurso therapeutico unico, em condições dadas.

As lesões para as quaes a splenotomia se acha racionalmente indicada, como successivamente procuraremos justificar, são as seguintes:

(A) Traumatismos do baço. — Relativamente ao traumatismo splenico dois casos se podem apresentar ao operador: ou a cavidade abdominal foi penetrada pelo agente vulnerante e o baço herniado se tornou irreductivel; ou ainda o órgão foi apenas contuso, mas conservado reduzido, com ou sem descontinuidade das paredes do abdomen.

No primeiro caso, isto é, todas as vezes que uma ferida penetrante deixou passar para o exterior o baço, e esta viscera se tornou irreductivel e sobretudo ameaçada de gangrena por muito contundida, claro está que a intervenção cirurgica não será por tal fórma objecto de contestação; pois que, como muito bem

diz Barrault¹ o medico n'esta conjunctura não faz mais que imitar o processo empregado pela natureza, abreviando comtado a duração das causas que possam tornar-se nocivas e diminuindo a intensidade d'esse processo.

Effectivamente das splenotomias fornecidas pelos dados colhidos das estatisticas, n'este caso, a cura foi constantemente o resultado, quer o orgão fosse na totalidade extirpado, quer fosse parcial a sua ablação.

Dada a segunda hypothese, quer dizer, contundido o baço sem descontinuidade da parede, sem hernia irreductivel, ou mesmo não existindo absolutamente qualquer grau de herniação, a intervenção operatoria deve ser tida em muita reserva, no caso sujeito, e sómente resolvida apoz uma exploração demorada e rigorosa, ponderada a gravidade de todos os symptomas e estabelecido um diagnostico preciso, o que ordinariamente é quasi impossivel.

O traumatismo em taes condições, ou dá origem á variada natureza de tumores splenicos, cuja apreciação em seguida faremos, ou a uma ruptura do tecido proprio, por via de regra promptamente mortal.

(B) Tumores do baço.—Abstrahindo de to-

1 Op. cit.

das as neoplasias de má natureza quasi nunca primitivas, cuja operação teria seguramente por consequencia a recidiva, limitaremos o nosso exame ás tres principaes variedades de tumores que teem motivado a splenotomia; taes são: os kystos serosos, os kystos hydaticos e a hypertrophia do baço.

(a) Quando a cura de um kysto seroso ou hydatico seja possível por um meio menos perigoso que a extirpação, devemos recorrer a elle.

A punção, por exemplo, com o trocater ordinario, com a canula de demora, ou a abertura com o bisturi pelo processo de Beguin e o emprego dos causticos segundo o methodo de Recamier, algumas vezes teem obtido successo; mas a punção capillar terá sobretudo em primeiro logar a vantagem de confirmar o diagnostico.

Se pelo contrario estes meios são baldados e o kysto se reproduz, então, a despeito das opiniões de Blum¹, de Barrault e outros, que continuam ainda com a applicação das injeções irritantes nas cavidades kysticas, o que não passa de palliativo, n'estes casos renitentes, e por vezes perigosos, como a experiencia tem mostrado a proposito dos kystos do ovario, recorrer-se-ha de prompto á splenotomia.

1 Blum, Archives de Medecine 1883.

São apenas quatro os casos que a sciencia refere de extirpação do baço motivada por tumores circumscriptos, são os casos de Pean, de Koeberlé, de Créde e de Thornton, com tres successos, o que dá uma média de 75 para 100, não contando já aqui o caso de abcesso splênico operado por Ferrerius.

(b) A hypertrophia do baço é a maior parte das vezes consecutiva ao impaludismo, á chirroze hepatica, á obliteração da veia porta, etc.

Em todos estes casos, á medida que se observa o augmento de volume do órgão, verifica-se que o seu tecido se torna denso, firme, e como carnificado; contrariamente ao que succede na hypertrophia seguida ás affecções typhoides, puerperaes, scorbuticas, em que o augmento de volume se acompanha de amollecimento.

E' evidente que n'estas condições a intervenção cirurgica seja posta de parte, porque apenas iria aggravar o estado geral. Mas, a par da hypertrophia secundaria, acham-se os casos de hypertrophia splênica idiopathica, (posto que muito raros, segundo Walleix, Monneret e Collin), em que o baço sómente interessado, podendo attingir um desenvolvimento enorme vae ao mesmo tempo comprometter as diversas funcções, a ponto de ser a morte a terminação

fatal da doença, contra a qual se esgotam todos os recursos da therapeutica medica. N'estas condições, quando o pratico por um exame minucioso se tenha certificado de que todos os órgãos de certa importancia se acham illesos, será baseada a ablação, como recurso unico e extremo; são d'esta opinião medicos eminentes e Pean no seu tratado dos *tumores do abdomen* não tem duvida em dizer: « *En ce qui concerne, nous n'hésiterons pas á nous prononcer pour l'affirmative, etc.* »

A difficuldade está apenas no diagnostico da hypertrophia primitiva, attento o seu começo insidioso, a influencia rapidamente nociva sobre a nutrição e a depressão geral consecutiva; pois vencida essa barreira não encontramos argumento que contrarie a operação, como a experiencia confirma.

A dôr, que muitas vezes reveste a fórma de paroxysmos com exacerbações e a apparição de certos symptomas sympathicos, taes como: os vomitos, a dyspnea, palpitações, gastrorrhagia etc., porão em via de reconhecimento a um observador perspicaz.

Dos sete casos de extirpação do baço motivada por hypertrophia simples, a mortalidade foi apenas de tres, dando por conseguinte uma proporção de 57 por 100; notando que dos tres casos fataes um foi determinado por hemorrha-

gia, sendo os dois restantes um por peritonite e o ultimo por colapso.

Outro tanto não succede para a hypertrophia secundaria ou symptomatica de uma affecção geral; das numerosas splenotomias praticadas em taes circumstancias, a morte tem sido a regra.

Só tres vezes a cura foi obtida em identicos casos, um dos quaes, o de Zaccarella e Fioraventi, é contestado pela maior parte dos auctores.

(C) Baço movel. — Antes de resolver a operação, será prudente, apezar do parecer de Kuchenmeister, que julga a splenotomia sempre rigorosamente indicada n'estes casos¹, empregar o cinto abdominal e prescrever o sulfato de quinina, como aconselham Diell e Resek²; porém, quando estes meios sejam infructiferos, o que frequentemente succede, recorrer-se-ha então á intervenção cirurgica.

Este estado pathologico é relativamente raro, o que justifica o pequeno numero de splenotomias praticadas.

Percorrendo todos os escriptos concernentes ao assumpto, simplesmente podémos haver conhecimento de cinco tentativas, sendo só

1 Arch. general de Medecine 1883.

2 Revue de chirurg. n.º 4, 1885.

uma perda por peritonite ao terceiro dia da operação.

Aqui a proporção é de 75 por 100, o que dá quasi a certeza de exito.

Como tivemos occasião de dizer, e como se verá confirmado por uma estatistica que no fim d'este capitulo vamos apresentar, porque julgamos desnecessario descrever minuciosamente todos os casos bem desenvolvidos nos differentes auctores e demasiado conhecidos do illustrado jury, parece estar realmente bem indicada a splenotomia :

1.º nos casos de ferida penetrante do abdomen com hernia irreductivel do baço ;

2.º em certos tumores do baço, principalmente tumores kysticos, pelo seu grande desenvolvimento e consequentemente pela compressão perigosa exercida nos outros órgãos ; e tambem nos casos de hypertrophia idiopathica propriamente dita, sem ligação com um estado geral qualquer, hypertrophia, cuja etiologia para Valleix, Monneret, Collin, e outros pathologistas seria exclusivamente de natureza traumatica ;¹

3.º Finalmente no baço movel, hypertrophiado ou não, compromettendo pela sua instabilidade as visceras visinhas.

1 Follin et S. Duplay. Path. ext. — Rate.

Posto isto, resta-nos passar em revista as affecções em que a operação é contra-indicada.

E' evidente, que, em todas as lesões do baço, cujo tratamento seja possível por meio medico ou cirurgico menos arriscado e portanto mais simples, a splenotomia seja posta de parte.

Propôr a operação nos casos de congestão simples, em certo numero de kystos, nas tumefacções recentes de origem palustre, cujo tratamento consistirá no emprego do sulfato de quinina, nos arsenicaes, na electricidade e na hydrotherapia para os casos inveterados e rebeldes, será mais que um trabalho inutil, é comprometter a vida do doente. Isto mesmo deve ser tido em consideração para as localisações de um estado geral; pois que taes localizações não representam mais que um reflexo d'essa intoxicação constitucional em tal ou tal ponto de eleição e para as quaes a intervenção cirurgica, no nosso caso, apenas visaria a determinar com antecedencia um desfecho fatal, que talvez se achasse relativamente affastado.

Queremos referir-nos á cachexia palustre, a certas degenerações do baço, e principalmente á degeneração cancerosa, ordinariamente secundaria, á tuberculose com localizações splenicis, á syphilis, á leucemia, etc., não esquecendo as affecções do coração, dos pulmões,

do figado, da veia porta, etc., em que a splenotomia tambem deve ser abandonada.

Quando o volume do baço tenha attingido um pezo superior a tres ou quatro kilogrammas, difficilmente o organismo resistirá á ablação do orgão, pela perda consideravel de sangue, que conforme o calculo de Pean e Barraud, seria pelo menos de um terço do pezo total da viscera no momento da extirpação.

A existencia de adherencias extensas, principalmente com as diversas porções do tubo digestivo e sobretudo com o diaphragma, é segundo o parecer dos mesmos auctores, uma contra-indicação absoluta. Effectivamente a primeira operação de Kœberlé não deixa duvida alguma a este respeito. O estado geral do doente, deprimido por uma affecção grave e adiantada, não offerece tambem condições de resistencia. E assim devia ser, pois que em tal caso o facto da extirpação do baço não impediria de modo algum a marcha de uma doença que simultaneamente atacasse o figado, os ganglios lymphaticos, as glandulas do intestino e em geral todos os orgãos hematopoieticos, como por exemplo acontece na leucocytemia.

Além d'isso ha ainda a entrar em conta com outro elemento importante, que o operador deve sempre ter em consideração, e vem a ser o estado da crase sanguinea que as affecções

generalisadas alteram sempre profundamente.

Pois, sendo certo, como é, que a hemorragia é o principal perigo da operação, mesmo nos casos mais praticaveis em que o estado do sangue é conservado sensivelmente ou talvez normal, que poderemos esperar em presença d'essas modalidades pathologicas em que o sangue extremamente fluido, menos coagulavel, caminha por vezes nos vasos, cujo calibre o processo morbido veio ainda augmentar?

Por tal fórma, uma tentativa seria de certo temeridade ou loucura. As estatisticas, demasiado eloquentes, que tudo o mais que podemos acrescentar a este assumpto, confirmarão o que deixámos expendido, servindo-lhe de mais um argumento de valor. Finalmente, concluindo, diremos ainda que o pratico deve sempre guardar toda a reserva; pois que o diagnostico é muitas vezes em extremo difficil, como já tivemos occasião de notar.

Nos proprios casos de hypertrophia primitiva deve haver o maximo cuidado, porque não obstante a opinião de Collin, Valleix, etc., que filiam esta lesão em uma causa etiologica ordinariamente traumatica, outros affirmam pelo contrario que raramente ella é independente de uma affecção constitucional. ¹

1 Revue de Chirurg. Splenotomie, 1885.

Dactils	Operadores	Sexo e idade	Motivos da operação	Splenotomia	Consequencias
1549	Floraventi e Zaccarella.	Mulher 42 annos	hyp. palust. ferida penet.	total	cura.
1581	Viart.	»	hern. ferida penet.	»	»
1673	Clarks.	Homem 23 »	»	»	»
1678	N. Mathias.	»	»	»	»
1680	Purnann.	»	»	»	»
1698	Hamiaeus.	Mulher 30 »	abces. spl. (aberto no umbigo)	parcial	»
1711	Ferrius.	Homem »	hern., ferid. penet. de guerra	total	»
1737	Ferguson.	»	»	parcial	»
1743	Chelius.	»	»	total	»
1797	Dorsch.	»	»	»	»
1814	F. O'Brien.	»	»	»	»
1815	Lenhossck.	»	»	»	»
1836	Quittenbaum (1).	Mulher 22 »	hyp. e chirr.	total	morte.
»	Donnel de Purneah.	Homem 30 »	hern. (chifre de bufalo)	»	cura.
1841	Berthet.	»	»	parcial	»
»	C. Bell. (2)	»	»	total	»
1855	Schultz.	Mulher 22 »	»	»	»
»	Kuchler.	Homem 36 »	hyp. palust. (chirr. do figado)	parcial	morte por hemorragia.
1865	Spencer Wells.	Mulher 34 »	»	total	consumpção.
»	Nann.	»	»	»	morte.
1866	T. Bryant.	Homem 20 »	»	»	»
1867	Pean.	Mulher 20 »	»	»	por hemorragia.
»	Koerberlé (3).	»	»	»	morte por hemorragia.
1868	Bryant.	Mulher 42 »	kystica	»	syncope.
1869	Bazille.	»	leucemica	»	»
1872	Czerny.	Homem 35 »	hern., ferid. penet.	»	»
1873	Koerberlé.	Mulher 24 »	hyp. leucemica	»	cura.
»	Watson.	»	hydaectica	»	morte por hemorragia.
»	Spencer Wells.	»	»	parcial	»
1874	Pietrzycki.	Homem 27 »	»	total	»
1875	Urbinateo de Casana.	» 23 »	hern., ferid. penet.	»	cura.
»	»	»	hyp. (haço novel)	»	morte
»	»	»	»	»	»

(1) No fim da operação, o epiploon e os intestinos foram reduzidos, tendo previamente sido unguídos com *oleo quente*.

(2) Este caso não é propriamente de C. Bell, mas de um seu ex-discipulo, como o proprio auctor confessa.

(3) Tem tres operações, sendo a ultima referida no «Med. Times» em agosto de 1884.

Doctas	Operadores	Sexo e idade	Motivos da operação	Splenotomia	Consequencias
1876	Pean.	Homem 24 annos	hyp. e cachexia	total	cura.
1877	Billroth.	» 45 »	leucemica	»	morte por hemorragia.
»	Marlin.	Mulher 27 »	(baço movel)	»	cura.
»	Fuchs de Bihar.	Homem 40 »	palust. e leucemica	»	morte
»	Simmons de Sacramento.	» 43 »	leucemica	»	peritonite.
»	Billroth.	Mulher 31 »	»	»	hemorragia.
»	Browne.	Homem 20 »	»	»	»
»	Spencer Wells.	»	»	»	»
»	Pollak.	»	(?)	»	»
1878	Urbinalo.	Mulher 30 »	leucemica	»	»
»	Geissel.	» 37 »	» ascite, cachexia	»	»
»	Arnison.	»	»	»	»
»	Baker Brown.	»	»	»	»
»	Volney Dorsay.	»	palustre (perturb. circulat.)	»	»
»	Aonzo (ou Houzo).	»	tumor	»	»
1879	Czerny.	Mulher 24 »	leucemica	»	cura.
»	Miner.	» 40 »	»	»	morte.
»	Poucel.	Homem 35 »	»	»	»
1881	Charleoni.	» 32 »	»	»	»
»	Franzolini d'Udina.	Mulher 22 »	»	»	cura.
»	Havard.	» 49 »	»	»	morte
»	Celso Bonora.	» 53 »	simples	»	»
»	Crède.	Homem 41 »	kystica	»	»
»	Terrier.	Mulher 43 »	lympho-sarcoma	parcial	morte, hemorrhg. capill.
1884	Billroth.	»	hyp. kystica	total	cura.
»	Knowsley Thornton.	» 18 »	palustre	»	»
»	Koerberle.	» 46 »	(baço movel)	»	morte
1885	Albert.	» 35 »	leucemica	»	cura.
»	M. Blum.	criança 12 »	(sclerose)	»	morte
»	M. Le Bec.	rapaz 19 »	»	»	»

N. B. Estes quadros estatísticos, estão de accordo com os dados fornecidos por Pean, *traité des tumeurs de l'abdomen; diction. encyclop. des scienc. med. — Splenotomie; revue de chirurgie n.º 4, 1887; Magdelain, Paris 1868, Splenotomie, these; Hattler, elementa physiologia corporis humani; E. Barraut, valeur de la splenotomie, these, 1876; Sylvain Foubert, 1886, these — Splenotomie pour tumeurs de la rate; etc.

D'este exame resulta que a splenotomia é com effeito uma real aquisição para a cirurgia e para a physiologia, e não como alguns querem uma simples curiosidade scientifica. ¹

O facto de ser indicada sómente em casos um tanto raros, não invalida, a nosso vêr, o seu valor de processo regular de tratamento.

Se algumas vezes a operação não tem sido coroada de exito, é porque uma complicação qualquer dependente do estado geral do doente ou ligada ao traumatismo operatorio, etc., veio surprehender a sua regular evolução.

Mas, de resto, isto são coisas que podem succeder em toda a intervenção cirurgica por mais simples que seja.

Ainda assim, apezar da gravidade que os contrarios pretendem attribuir á extirpação do baço, até hoje tem sido este o unico recurso infallivel, no tratamento dos traumatismos com ferida penetrante do abdomen e hernia splenica irreductivel; chegando até a obter-se um successo, quando, passados tres dias depois do ferimento, durante os quaes o epiploon, os intestinos e o baço se conservaram livremente fóra da cavidade abdominal, a operação se effectuou.

¹ Barrault, op. cit. pg. 55.

E' o caso do carnicheiro de Wesford ¹ ferido com um cutello, que Clarkes refere circumstanciadamente e que todos os auctores sem excepção admittem como certo.

E, se prestarmos o devido credito á tradição, retrocedendo alguns seculos, vamos encontrar na Grecia antiga a prova da nossa ignorancia actual e dos mal fundados receios que hoje nos possa inspirar a operação; pois já n'essa época a splenotomia era considerada como uma coisa tão inoffensiva, que, os gladeadores, os athletas, os correios e os andarilhos, na simples crença de melhor exercerem a sua força e agilidade nos jogos, na carreira ou nos combates, pediam para lhes extirparem o baço, da mesma maneira que modernamente qualquer procuraria desembaraçar-se de um fardo incommodo e inutil.

Tim. Clarkes Ephem. nat. curios. 1673-1674.

CONCLUSÕES

Resumindo o estudo feito da splenotomia, concluiremos:

1.º — que, tanto no homem como nos animais, a extirpação do baço não implica a cessação da vida, nem exerce influencia alguma na sua duração.

2.º — que a differença notavel entre os resultados da operação por lesões traumaticas e por tumores, a favor do primeiro caso, parece resultar da ausencia de estado geral, da falta de adherencias, e do pequeno volume do orgão extirpado.

3.º — que a principal causa da morte, nos casos de tumor splenico, é a hemorragia, ordinariamente ligada á leucemia ou impaludismo, quando não é o resultado de uma hemostase pouco rigorosa, sobretudo nas adherencias cortadas durante a operação.

4.º — que quando uma hypertrophia sympto-

matica leucemica se diagnostique, e o tumor tenha um volume consideravel, a splenotomia não deve praticar-se, porque, sendo a hemorragia constante, o resultado é fatal. Nos casos, porém, em que a hypertrophia seja simples e não se acompanhe de alterações do sangue, baços moveis ou kysticos, os resultados são favoraveis.

5.º — que a septicemia, o collapso, etc., que por vezes teem victimado alguns operados, devem considerar-se complicações geraes, pois nada teem de especial é splenotomia.

6.º — finalmente que as numerosas splenotomias feitas até hoje com successo, não obstante as condições pouco favoraveis em que muitas foram praticadas, bastam para estabelecer as indicações, sendo positivo que a ausencia de leucemia é a mais preponderante condição de éxito, como provam todos os casos bem succedidos, em que esta doença se fez notar.

V

Summario: MANUAL OPERATORIO
DA EXTIRPAÇÃO DO BAÇO;
TRATAMENTO, CUIDADOS CONSECUTIVOS
Á SPLENOTOMIA

O primeiro cuidado que o operador deve ter em vista é, sem duvida, a escolha de um local apropriado, de accordo com as mais rigorosas prescripções da boa hygiene.

Um amplo compartimento, não communicando directamente com o ambiente exterior, mantido a uma temperatura regularmente constante de 20° a 24°, e affastado quanto possivel de qualquer centro nosocomial, serão condições muito favoraveis.

Tentar uma operação d'esta natureza em um hospital ou nas proximidades de um centro de accumulção seria prejudicar todas as probabilidades de exito.

E' por todos sabido que d'esta fórma, um insignificante traumatismo, uma leve escoria-

ção basta muitas vezes para que se determine a infecção purulenta, a erysipela ou outra complicação infecciosa.

Observado isto e afastados com atenção todos os objectos que porventura tenham servido a algum penso e aquelles que possam absorver e reter em si os productos gazozos da respiração, da exalação cutanea e da supuração, bem como feita sempre a remoção immediata das fezes, passaremos propriamente á operação.

Convenientemente anesthesiado o doente, escolhido o pessoal necessario e disposto o material indispensavel, proceder-se-ha como vamos descrever, com todo o rigor antiseptico.

A splenotomia faz-se em tres tempos segundo uns; em quatro segundo outros.¹

Consiste a differença sómente em que no primeiro caso, é comprehendida no terceiro tempo a redução do peritoneo com o tratamento do pediculo e a sutura da parede abdominal.

Nós, com Pean e Barrault, dividil-a-hemos em quatro tempos.

1 J. Pean, des tumeurs de l'abdomen. tom. 1.^o

PRIMEIRO TEMPO :— *incisão do abdomen*

Esta incisão que alguns cirurgiões fazem ao nível do bordo externo do musculo recto do lado esquerdo, ¹ como Kuchler e Spencer Wells, pratica-se ordinariamente proximo á linha mediana (Czerny), a 0,^m05 da cicatriz umbilical, perto do bordo interno do mesmo musculo, completando-se por uma outra, perpendicular e dirigida de diante para traz, no sentido das costellas, se por ventura a primeira não dá campo sufficiente ao trabalho operatorio. ²

Incidindo na linha mediana, além dos inconvenientes de interessar o anel fibroso e da eventração frequente depois de curada a ferida, é mais difficil a divisão da aponevrose. ³

Das experiencias a que procedemos no cadaver podémos com effeito concluir *de visu* que a incisão proxima á linha mediana, mas um pouco desviada para o lado esquerdo, tem sobre a secção lateral a vantagem de poder ser prolongada mais para cima do que esta, cujo limite restricto é necessariamente marcado pelo rebordo das falsas costellas.

1 E. Barrault, op. cit. pag. 57. E. Follin, op. cit. pag. 855.

2 Sylvain Foubert, op. cit., pag. 42.

3 Malgaigne, anat. chirurg. 2.^o v. pag. 248.

D'aqui a maior facilidade em introduzir a mão na cavidade, em apanhar melhor o baço, para o que concorrerá a incisão perpendicular quando necessaria seja, e sobretudo a vantagem de evitar d'esta fórma as rupturas das adherencias e a hemorragia, com tracções bem dispensaveis; por isso que o campo da operação é amplo sufficientemente.

Tomando pois a cicatriz umbilical como centro da incisão, com os cuidados já referidos, deve esta ser proporcional ao volume do tumor.

O corte dos differentes planos sobrepostos, deve fazer-se camada por camada, e á medida que um vaso dér sangue applicar-se-lhe uma pinça hemostatica, que desviada para o lado se confia a um ajudante.

D'este modo se vão cortando todos os planos até ao folheto parietal do peritoneo; isto é, a pelle, as laminas superficial e profunda do *fascia superficialis*, o musculo recto com a aponevrose superficial e profunda, o tecido cellular sub-peritoneal.

Os vasos arteriaes e venosos que podem ser seccionados durante este trajecto, são, pela sua ordem, procedendo de fóra para dentro, os seguintes:

(a) a arteria tegumentosa abdominal que nascendo da crural se dirige para cima e para

dentro, distribuindo-se, proximo do umbigo na espessura da lamina profunda do *fascia superficialis*;

(b) as cinco ultimas arterias intercostaes que depois de terem percorrido os espaços intercostaes se perdem nos musculos do abdomen onde se anastomosam com a epigastrica e o ramo interno da mamaria interna, á excepção da ultima intercostal que envia um ou dous ramos descendentes verticalmente entre os dois obliquos até á proximidade da crista illiaca para se anastomosarem com as lombares e circumflexas illiacas;

(c) o ramo interno da arteria mamaria interna, que partindo do nivel do appendice xiphoides desce por traz do musculo recto até perto do umbigo onde anastomosa com a epigastrica.

E' importante esta anastomose; é ella que contribue á estabelecção da circulação no membro inferior quando ligadas a illiaca e a aorte abdominal.

(d) A arteria epigastrica é proveniente da illiaca externa.

Dirige-se para o umbigo, primeiro entre o *fascia transversalis* e o peritoneo, para depois acima do pubis 0,™05 se ramificar entre o musculo recto e a sua aponevrose profunda.

A arteria epigastrica é o vaso mais impor-

tante que póde ser interessado durante a abertura da cavidade abdominal.

(e) Tinhamos ainda a considerar a arteria umbilical, que, no adulto transformada em cordão, collocada em uma prega do peritoneo e a parte lateral e superior da bexiga, sóbe directamente para o umbigo ;

(f) as veias profundas da parede anterior do abdomen acompanham as arterias e vão para as vertebro-lombares e veia epigastrica ; as sub-cutaneas caminham isoladas no tecido celular sub-cutaneo e dirigem-se, em grande numero, para a saphena interna.

Terminada a abertura da parede propriamente dita e feita a hemostase, limpa-se a ferida com uma esponja, de modo que, quando já não haja mais sangue, se procederá então á abertura do peritoneo com o auxilio da sonda cannelada e do bisturi, ou simplesmente da tesoura, o que deve ser executado lentamente e com o maximo cuidado de apanhar os vasos que successivamente forem apparecendo, para se obstar ao derrame na cavidade serosa.

Cortado o folheto parietal, proceder-se-ha á abertura do folheto visceral, que deve igualmente ser feita com toda a attenção, não só pelos motivos apresentados, mas ainda para não ser ferido algum orgão abdominal subjacente.

N'esta região a hemorrhagia é produzida

principalmente pelo corte dos numerosos capillares que ligam os arteriolos ás venulas e ainda de alguns arteriolos da epigástrica, mária interna, com os pequenos ramos anastomóticos lateraes terminaes das ultimas intercostaes e lombares, e réde venosa da face profunda que communica com a veia porta.

SEGUNDO TEMPO :— *tracção do baço para o exterior e isolamento do tumor*

Aberto o peritoneo, o baço apparece. Então os ajudantes cobrem cuidadosamente os labios da incisão com compressas aquecidas para impedir a penetração do sangue na cavidade abdominal e ao mesmo tempo para prevenir a sahida da massa intestinal.

O tumor é ordinariamente envolvido, ou antes coifado, pelo grande epiploon que é preciso levantar.

Se não é adherente obriga-se a occupar o hypochondrio esquerdo e ahi se mantem por meio de esponjas aquecidas; porém, se o epiploon adhere ao tumor, cortam-se as adherencias tendo o mesmo cuidado com os vasos, que precedentemente.

Quando as adherencias sejam muito numerosas e fôr necessario rasgar a trama serosa, proceder-se-ha immediatamente ao isolamento

do tumor. Este desprendimento deve ser feito com os dedos, por que sendo o tecido do baço muito friavel e vascular não se devem empregar pinças ou ansas de fio; os dedos devem introduzir-se pela face posterior de maneira a arrastar o órgão para a incisão.

Herniada uma parte do tumor, os ajudantes exercerão pressão sobre as paredes abdominaes, de fóra para dentro e de deante para traz, de maneira que o baço possa sahir totalmente, sem comtudo deixarem sahir os intestinos.

Ao mesmo tempo o operador com as mãos em cheio acabará de o fazer herniar completamente.

Se por acaso, n'esta occasião, outro órgão tiver sahido, deverá ser immediatamente reduzido.

E' depois de feito isto que deve ser examinado o estado do pediculo, a grossura e o numero de vasos que ahi existam.

Simultaneamente vão os ajudantes approximando os labios da ferida ao pediculo, conservando ainda as compressas quentes na primeira situação.

Se as adherencias unem o baço aos órgãos visinhos, é necessario destruil-as á custa do folheto seroso que recobre esse órgão interessado e não á custa do baço, o que exporia a hemorragias muito graves.

As pinças hemostaticas continuam a applicar-se á medida que os vasos dão sangue. Porém, se não obstante isso, algum sangue se derrama, deve ser absorvido com esponjas, impedindo assim que vá cahir na cavidade peritoneal.

As adherencias á superficie concava do diaphragma são as mais graves pela difficuldade da applicação das pinças. Foi em um d'estes casos que Kœberlé não poude valer ao seu doente, morto por hemorrhagia.

N'estes casos devem empregar-se todos os meios possiveis, os liquidos coagulantes e particularmente o alcool concentrado.

Quando o baço tenha sahido para o exterior com o epiploon absolutamente adherente ao tumor, tentar-se-ha ainda destacal-o por meio dos dedos; se isso se consegue applicam-se-lhe as pinças necessarias e tudo envolvido em uma compressa quente affasta-se para o angulo superior da ferida até que possa ser reduzido.

Se pelo contrario o epiploon resiste e não póde ser separado sem erosões muito extensas então recorre-se a uma ligadura que comprehenda toda a parte herniada por um lado, e pelo outro uma serie de pinças em T, do lado do baço, fazendo-se em seguida a secção entre estes dois limites.

Envolve-se como precedentemente o epiploon em uma compressa quente e affasta-se para a commissura superior da incisão.

TERCEIRO TEMPO: — *laqueação dos vasos splenicos e extirpação do tumor*

A maneira de proceder a este terceiro tempo da operação varia para os diversos cirurgiões e Pean nas suas duas splenotomias seguiu processos differentes.

O primeiro processo consiste em ligar separadamente os ramos dos vasos splenicos. Quittenbaum, Kuchler, Spencer Wells, Koeberlé, Pean na sua primeira operação, seguiram este primeiro processo fazendo a ligadura separada, umas vezes com fios de seda, outras vezes com fios finos de prata, depois do que cortaram as ligaduras rentes e reduziram o epiploon.

Vejamos: Pean atravessando o hilo do baco com tres agulhas munidas dos competentes fios, ligou-o e os grossos vasos, em tres ansas separadas, depois de previamente ter cercado com esponjas o pediculo, para impedir o derrame de sangue proveniente das picaduras.

Em seguida, com um fim hemostatico, apertou o pediculo acima e para fóra das ligaduras de modo a obliterar-lhe os vasos e fez a secção

com o cauterio cortante; cortou os topos das ligaduras e reduziu o pediculo na cavidade abdominal.

No segundo processo faz-se a ligadura em massa do epiploon gastro-splenico, o mais perto possivel do hilo do baço, e fixa-se o pediculo entre os labios da ferida das paredes, apoz a ablação do tumor.

Empregam-se fios metallicos mais grossos e torcem-se para melhor apertar a ligadura.

Este segundo processo tem sobre o primeiro a vantagem de ser muitissimo mais simples, mais rapido, e não menos seguro nos seus resultados.

A fixação do pediculo entre os labios da ferida, além de prevenir um derrame sanguineo no interior da cavidade, permite a hemostase immediata todas as vezes que uma hemorrhagia se produza.

QUARTO TEMPO :— *tratamento do pediculo e occlusão da parede abdominal*

Seccionado o topo epiploico e feita cuidadosamente a hemostase, affastam-se os labios da ferida, tiram-se as compressas e as esponjas, agora inuteis, e observa-se escrupulosamente o estado dos órgãos abdominaes: a grande cur-

vatura do estomago, o pancreas, a massa intestinal, etc.

Introduz-se uma esponja na cavidade abdominal e limpa-se de qualquer liquido ou coagulo ahi contido.

Feito isto reduz-se o pediculo, restitue-se o epiploon á sua posição normal, estendendo-o tão regularmente quanto possivel sobre os intestinos, e fecha-se o ventre.

Quando se queira empregar o segundo processo, isto é, deixar fóra o topo do pediculo, desvia-se este para o angulo superior da incisão de modo que a sua ligadura fique desviada da pelle 0^m,001 ou 0^m,002 depois de fechada a cavidade.

Como fica dito, a compressão e os liquidos coagulantes, ordinariamente são sufficientes para a hemostase; porém quando a hemorragia seja renitente e a compressão pelas pinças hemostaticas, conservadas durante a operação, não tenha feito cessar toda a resudação sanguinea, applicar-se-hão aos vasos ligaduras finas de seda, ou melhor de cat-gut, que se abandonarão na cavidade abdominal.

Se o epiploon parece muito mal tratado, Pean é de parecer que seja feita a resecção da porção compromettida e fixo o topo resultante entre os labios da ferida, á maneira de um pediculo verdadeiro, mas formando saliencia para o ex-

terior esta superficie de secção e a sua ligadura metallica.

A parede abdominal é em seguida fechada por meio de suturas, que não devem ser demasiado profundas para não comprometterem em excesso o peritoneo.

E' costume empregar-se nas suturas profundas os fios de seda ou cat-gut, não comprehendendo na ligadura mais que 0^m,001 ou 0^m,002 de peritoneo, de cada lado.

Uma precaução importante consiste em adaptar regularmente entre si os diferentes planos correspondentes e em não empregar fios e alfinetes muito grossos, e sobretudo muito numerosos, sob pena de determinar-se a formação de abcessos, o que seria uma complicação e uma causa de demora para a cura definitiva.

CUIDADOS CONSECUTIVOS

Feita a união dos labios da ferida, e um penso conveniente, envolve-se o tronco do doente com uma faixa de flanela, de maneira a exercer uma compressão um tanto energica e constante sobre toda a parede abdominal.

Esta compressão tem por fim reforçar a sutura e diminuir as probabilidades de hemorragia produzida pelos esforços dos vomitos, tão

frequentes depois da administração do chloroformio.

Ao terceiro dia da operação estabelece-se uma sutura collodionada, cujas propriedades anthi-phlogisticas são em extremo apreciadas por R. de Latour. ¹

Se alguns symptomas de peritonite se manifestam, deverão ser immediatamente combatidos pelos meios apropriados: preparados arsenicaes, quínicos, gêlo, etc.

Outros cuidados devem ainda ter-se, e consistem principalmente no regimen do doente, que durante o primeiro dia deve conservar-se em uma dieta quazi absoluta, para não provocar os vomitos ou pelo menos os tornar pouco abundantes.

Do segundo ao quarto dia serão administrados alguns alimentos liquidos: leite, caldo frio, alcool ou vinho do Porto em doses um pouco elevadas e misturado com agua para extinguir a sêde.

Se o doente se queixa de dôres no abdomen, applicar-se-ha um suppositorio com 0^{gr},02 de morphina.

A febre de reacção, que quasi sempre apparece ao segundo dia, será combatida pelo sul-

1 Barrault, op. cit. pg. 66.

fato de quinina em pequenas doses, pela bôcca ou pelo recto; clysteres derivativos pouco energicos se houver meteorismo ou constipação e fragmentos de gêlo se os vomitos persistem.

Só depois do quarto ou quinto dia, quando o estado do doente o consinta, é que a alimentação solida será permittida, mas prudentemente administrada, porque, sem serem decorridos quinze ou vinte dias da operação não será conveniente um regimen ordinario.

O operado deve abster-se de todos os movimentos fluxionarios do abdomen, para não provocar pelo deslocamento reiterado dos órgãos uma hemorrhagia ou a peritonite

E' conveniente depois da cura, quando a incisão abdominal tenha sido extensa, recomendar o uso de um cinto destinado a prevenir a formação de uma hernia ventral.

PROPOSIÇÕES

ANATOMIA. — Rejeitamos a classificação de tecidos de substancia conjunctiva.

PHYSIOLOGIA. — O baço além de inutil é um órgão prejudicial á economia.

THERAPEUTICA. — A medicação especifica no estado actual da sciencia, tende a deixar de ser um ideal.

PATHOLOGIA INTERNA. — A variola póde ser jugulada na sua evolução.

PATHOLOGIA EXTERNA. — Não ha pensos maus, quando o meio é bom.

OPERAÇÕES. -- Indicada a splenotomia, optamos pela extirpação total do baço.

OBSTETRICA. — O parto é uma excreção.

ANATOMIA PATHOLOGICA. — *Natura moriorum estendit curationem.*

HYGIENE. — A hygiene é a medicina do futuro.

PATHOLOGIA GERAL. — As alterações do cyclo febril, nas doenças cujo cyclo é determinado, são signal patognomnico de complicações.

Visto
O PRESIDENTE
P. A. Dias.

Póde imprimir-se
O CONSELHEIRO-DIRECTOR
Costa Leite.