

Dr. Francisco José do Canto  
Ex-interno de clinica cirurgica,

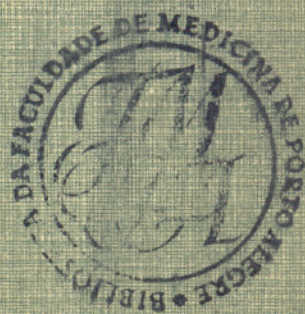
Da hernia inguinal simples.  
Processo de Bassini, á luz da anatomia.



THESE INAUGURAL

APPROVADA PLENAMENTE (GRÁO 9)

1911



T 617-089  
C 232 h  
1911

Faculdade Livre de Medicina e Pharmacia de Porto Alegre

# THESE

apresentada á

Faculdade Livre de Medicina e Pharmacia de Porto Alegre

em 27 de Janeiro de 1911

e defendida em 29 de Março do mesmo anno

pelo

**Dr. Francisco José do Canto**

Natural do Estado do Rio Grande do Sul

Filho legitimo de Mariano José do Canto Filho e  
D. Francisca Pinto do Canto

**Approvada plenamente (gráo 9)**

---

---

## DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE OPERAÇÕES E APPARELHOS

Da hernia inguinal simples. Processo de Bassini,  
á luz da anatomia.

[Trabalho do Instituto Anatomico de Porto Alegre]

## PROPOSIÇÕES

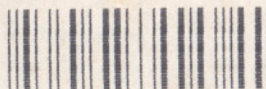
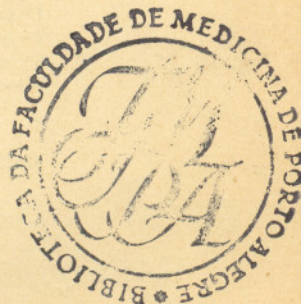
Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias  
medico-cirurgicas.

---

---

1911

TYPOGRAPHIA A VAPOR DE CARLOS ECHENIQUE  
PORTO ALEGRE



Bib.Fac.Med.UFRGS

T-0205

Da hernia inguinal simples. Pr

T 617-089

C 232 h

1911

## Faculdade Livre de Medicina e Pharmacia de Porto Alegre

*Director* — Professor Olympio Olinto de Oliveira

*Vice-Director* — Professor Eduardo Sarmento Leite da Fonseca

*Secretario* — Professor Francisco de Carvalho Freitas.

CADEIRAS	LENTES
Historia natural medica.....	Thomaz Sarmento Barata
Chimica medica.....	Christiano Felipe Fischer
Anatomia descriptiva .....	Eduardo S. L. da Fonseca
Histologia .....	João B. Marques Pereira
Physiologia .....	Fabio do Nascim. Barros
Materia medica, pharmacologia e arte de formular.....	Francisco de C. Freitas
Bacteriologia.....	Manoel Gonçalves Carneiro
Anatomia e physiologia pathologicas	Raymundo G. Vianna
Pathologia medica.....	Rodolpho Machado Masson
Pathologia cirurgica.....	Diogo Martins Ferraz
Operações e aparelhos.....	Frederico Guilherme Falk
Anatomia medico-cirurgica .....	Arthur Franco de Souza
Therapeutica.....	João Dias Campos
Obstetricia.....	Franc. Freire de Figueiredo
Hygiene .....	Manoel Velho Py
Medicina legal e toxicologia.....	Heitor Annes Dias
Pathologia, therapeutica e hygiene dentarias.....	Cirne Lima
Prothese dentaria.....	Fructuoso F. Trindade
<b>Clinicas</b>	
Propedeutica.....	Aurelio Lima Py
Dermatologia e syphiligraphica ...	Ulysses P. de Nonohay
Cirurgica (2ª cadeira).....	Carlos Wallau
Ophtalmologica .....	Victor de Brito
Cirurgica (1ª cadeira).....	Frederico Falk (interino)
Medica (2ª cadeira).....	Octavio Lisboa de Souza
Pediatria.....	Olympio Olinto de Oliveira
Medica (1ª cadeira).....	Luiz Nicolau Masson
Obstetrica e gynecologia .....	Serapião H. Mariante
Psychiatrica e de molestias nervosas	José C. Ferreira (interino)
Odontologica.....	José Paranhos
<b>Substitutos</b>	
1ª secção.....	Moysés Alves de Menezes
3ª secção.....	Mário de C. P. Bittencourt
8ª secção.....	Mario Ribeiro Totta

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

616.34-007.43-031; 611.957-089

BASSINI

FM - UFRGS

BIBLIOTECA

Reg. n° T54

Em 12/07/76

À santa memoria de meus avós

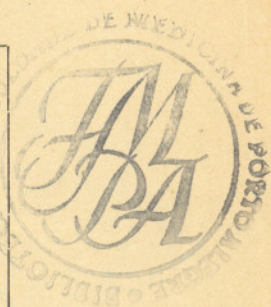
e de minha irmã Olga.



A meus paes

Nada conseguirá destruir o puro amôr filial  
e o profundo reconhecimento, que vos consagro.

Si tão alto cheguei, só a vós devo.



A meus irmãos


Mariano, José e Celina.

Sincera amizade.




Aos meus parentes

e aos meus amigos.



Aos collegas de turma.



Aos meus mestres.

## PREFACIO

---

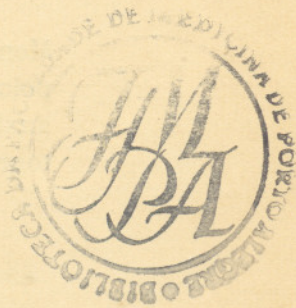
Eis-me chegado ao termo final de minha tarefa; para concluil-a resta-me, em obediencia á disposiçãõ regulamentar, apresentar ao juizo de meus competentes Mestres um trabalho, cujo desempenho me é tão penoso, como remate ultimo de meu curso medico.

Como a observação diaria, quando interno de clinica cirurgica, me convencesse da grande frequencia da hernia inguinal, da sua importancia, da efficacia de sua cura radical pelo processo de Bassini e da muita utilidade, sob o ponto de vista pratico, que me traria o conhecimento solido de sua technica operatoria, resolvi escolhel-o para ponto de dissertação de minha these inaugural.

Não é meu intuito trazer innovações, nem tão pouco contribuição, pois, o assumpto já é bastante conhecido; viso sómente um fim bem nobre: cumprir um dever, do qual não poderia fugir.

O meu despretençioso trabalho vai dividido em tres capitulos.

No primeiro, tratarei em synthese da anatomia da região inguino-abdominal; no segundo, da technica



operatoria pelo processo de Bassini; no terceiro, das suas vantagens.

Ao illustrado professor e amigo Dr. Moysés de Menezes cabe-me deixar, aqui, testemunho de gratidão pelo concurso que prestou na elaboração d'esta these, auxiliando-me nas preparações anatomicas e suas photographias.





## CAPITULO I

### Anatomia da região inguino-abdominal

A região inguino-abdominal, também denominada inguinal de Petrequin, ilio-inguinal de Richet, região do canal inguinal de Tillaux, de forma triangular, occupa a parte inferior da parede antero-lateral do abdomen; tem por limites: embaixo a dobra da virilha, que a separa da inguino-crural; dentro, a linha alva; emcima, a linha ficticia, dirigida horizontalmente da espinha iliaca antero-superior áquella.

A dobra da virilha, formada pela adherenciá da pelle á arcada crural, não estabelece duvida com a de flexão que se produz quando a coxa se approxima da bacia. Richet mostrou que a dobra de flexão começa no meio da da virilha, se estendendo para fóra e ligeiramente para cima e se perdendo abaixo da espinha iliaca antero-superior.

Esta região, notavel por dar passagem em sua parte inferior ao cordão espermatico no homem e ao ligamento redondo na mulher, é frequentemente distendida pelos esforços da expiração, devido á sua fraca resistencia, d'onde as saliencias que se observam em certos individuos por occasião da tosse.

Sua espessura é extremamente variavel, segundo os individuos e as idades.



Entre as affecções que, em estado pathologico, modificam a fórma da região destacam-se as hernias como mais frequentes, que dão a esta porção da parede abdominal muito interesse clinico e operatorio.

Na descripção anatomica, que ora enceto, a abordarei plano por plano, tal qual se faz nas salas de dissecação, para depois estudar o canal inguinal em seu conjuncto no homem e na mulher.

Comprehende diversos planos que, de fóra para dentro, são:

- I A pelle.
- II O tecido cellular sub-cutaneo e o fascia superficialis.
- III A camada cellulosa cobrindo o grande obliquo.
- IV O musculo grande obliquo e sua aponevrose.
- V O musculo pequeno obliquo.
- VI O musculo transverso.
- VII O fascia transversalis.
- VIII O tecido cellular sub-peritoneal.
- IX O peritoneo.

Entre estas estão interpostas as camadas de tecido cellulo-adiposo, das quaes não me occuparei.

*Pelle* — Despida de character especial é fina, elastica, movel, excepto ao nivel da dobra da virilha; ahi adhire de uma maneira intima, impedindo que as collecções liquidas, desenvolvidas no tecido cellular sub-cutaneo, desçam até a coxa.

E' coberta de pellos mais ou menos longos, que são a continuação dos que occupam a região pubiana, ao lado dos quaes existem glandulas sudoriperas e sebaceas.

*Tecido cellular sub-cutaneo e fascia superficialis*  
— O tecido cellular sub-cutaneo cobre o folheto super-

ficial do fascia e fórma uma verdadeira teia cellular que se acha dividida em pequenas massas, separadas entre si por tractos fibrosos que, da face profunda do derma, vão se inserir na lamina superficial do fascia, dividindo o espaço em pequenas lojas cheias de tecido adiposo.

O fascia superficialis se desdobra em dous folhetos: um superficial, o outro profundo. O primeiro se continua sem nenhum limite de demarcação com aquelle das regiões vizinhas sem adherir á arcada crural; o segundo, ao contrario, adhere solidamente.

D'estas disposições anatomicas resultam consequencias clinicas interessantes: um derrame seja de liquido, seja de gaz situado entre os dois folhetos descerá para a coxa, ao passo que o mesmo, collocado atraz do profundo, estacionará ao nivel da arcada.

A camada sub-cutanea apresenta vasos pouco importantes sob o ponto de vista anatomico, mas uteis de conhecer para a operação da hernia inguinal; ahi se encontram a arteria tegumentosa abdominal ou epigastrica externa e mais para dentro ramos da huntuosa externa superior, que caminham pelas proximidades do orificio inferior do canal inguinal.

A arteria sub-cutanea abdominal, ramo da femoral, tomando nascimento abaixo da arcada crural, se dirige obliquamente para o umbigo.

O vaso, que quasi sempre é interessado pela incisão da cura radical, é a veia tegumentosa abdominal, que se acha situada a alguns centimetros para dentro da arteria.

Os lymphaticos superficiaes se dirigem aos dous grupos supero-externo e supero-interno dos ganglios superficiaes da dobra da virilha.

Quanto aos nervos, todos sensitivos, emanam dos ultimos ramos intercostaes e dos dois abdomino genitales do plexo lombar.

*A camada cellulosa cobrindo o grande obliquo* — Está immediatamente applicada sobre este musculo, constituindo a sua aponevrose de envoltorio; ella passa adiante do orificio externo do canal, indo envolver o cordão espermatico.

*O musculo grande obliquo* — Se encontra aqui reduzido a alguns feixes carnúdos, que occupam a parte supero-externa da região, e a uma porção aponevrotica bastante resistente, denominada de inserção do musculo, que se dispõe em largos feixes achatados, verdadeiras fitas tendinosas que descem obliquamente para a linha alva e para a symphyse pubiana. Esta aponevrose se termina por tres feixes: superiores, inferiores e médios.

Os superiores seguem uma direcção transversal, passando adiante do grande recto do abdomen e vindo se terminar na linha alva.

Os inferiores, que nascem nas vizinhanças da espinha iliaca antero-superior, se dirigem obliquamente para baixo e para dentro, seguindo o ponto de junção do abdomen com a coxa, onde formam uma faxa fibrosa, fortemente tensa, dirigida de cima para baixo e de fóra para dentro, que é a arcada crural.

A arcada crural (ligamento de Fallope, ligamento de Poupert, arcada femural, ligamento inguinal externo) é uma faxa fibrosa estendida da espinha iliaca antero-superior ao bordo superior do pubis. Para alguns anatomistas é um feixe independente, um verdadeiro ligamento, para um maior numero é unicamente o bordo inferior da aponevrose do grande obliquo; para outros,

emfim, sua constituição é mixta. Poirier é da opinião d'aquelles que a consideram como sendo simplesmente formada pelos ultimos feixes tendinosos do grande obliquo.

Ella deixa vêr dous bordos, um anterior, o outro posterior, e duas faces, a superior escavada em gotteira, dando inserção ás fibras dos musculos pequeno obliquo e transverso no seu terço externo, nos dous internos fórma a parede inferior do canal inguinal, a inferior recebe o fascia iliaco.

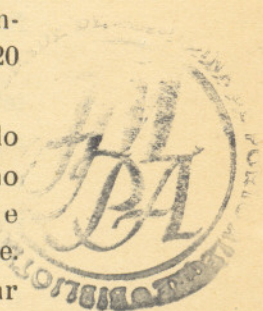
Seu comprimento medido em linha recta é de 11 a 13 centímetros no homem e de 12 a 14 na mulher, porém, seguindo os seus contornos é sensivelmente mais consideravel.

Sua inserção externa se faz no labio externo da espinha iliaca antero-superior; a interna é dupla: um feixe directo se fixa á espinha pubiana, o outro reflectido se curva para traz, fóra do directo, e vai se inserir na crista pectinea sobre uma extensão de 15 a 20 mm., constituindo, assim, o ligamento de Gimbernat.

Gimbernat, cirurgião espanhol do fim do seculo XVIII, não o discreveu como um ligamento, mas, como uma dobra da arcada dirigida de baixo para cima e provindo da porção da aponevrose que lhe corresponde.

Affecta elle a fórma de uma lamina triangular estendida quasi horizontalmente, medindo para mais de 2 centímetros de comprimento. Seu bordo anterior se continua com a arcada crural de onde emana, o posterior se insere obliquamente na crista, depois na aponevrose pectinea; o apice na espinha do pubis; a base, concava e livre, olha para fóra e um pouco para traz.

A arcada crural limita com o bordo anterior da bascia uma vasta abertura, que faz communicar a ca-



vidade abdominal com a coxa. Esta abertura é dividida em dous orifícios pelo ligamento ileo-pectineo. Chama-se, assim, não um ligamento isolado, mas a parte interna da bainha do psoas ou fascia iliaco que, da eminencia ileo-pectinea, se dirige obliquamente para fóra para se confundir com a arcada crural no ponto onde esta deixa de lhe adherir.

Dos dous orifícios um é externo ou muscular, de fórma oval, completamente cheio pelo psoas que se oppõe á passagem das hernias, contendo em cima de seu bordo interno o nervo crural; o outro vascular, que é o anel crural.

Os feixes médios do grande obliquo, os mais interessantes de todos, descem em direcção obliqua para o pubis, se separando antes de o attingir, em tres porções denominadas pilares inguinaes, dos quaes dous superficies (externo e interno), o outro posterior.

O externo ou inferior, concavo, menor, mais chato tem como inserção principal a espinha do pubis, porém, aqui não estaciona como um tendão sobre uma saliencia ossea, envia tambem algumas fibras que se entrecruzam adiante da symphyse com suas similares do lado opposto.

O pilar interno ou superior, rectilineo, mais largo é formado por um conjuncto de fibras aponevroticas que vão á face anterior da symphyse, se entrecruzando com as suas homologas.

O posterior, conhecido sob o nome de ligamento de Colles, de fórma triangular, acha-se situado atraz do superior na metade interna do anel. Suas fibras se irradiam para cima e para dentro.

Se o considera como formado pela aponevrose do grande obliquo do lado opposto; com effeito, sobre a

parte inferior da linha alva n'uma extensão de 3 a 4 centímetros acima da symphyse, a aponevrose d'este musculo se entrecruza com a do opposto, indo se fixar no labio anterior do bordo superior do pubis, assim como na origem da crista pectinea. onde suas fibras se confundem com o ligamento de Gimbernat, que parece lhe fornecer algumas inserções.

A face posterior do ligamento de Colles está applicada sobre a bainha dos musculos recto e pyramidal, que lhe adhere.

Seu bordo externo, que parece livre, está intimamente unido ao ligamento de Henle.

Estes tres feixes de inserções pubianas limitam um espaço por onde se escapa o cordão espermatico no homem e o ligamento redondo na mulher, que nada mais é do que o orificio cutaneo do canal inguinal.

Na junção superior dos pilares externo e interno, ha quasi sempre um espaço angular preenchido por fibras, que se designam sob os nomes diversos de fibras arciformes, collateraes, transversaes, intercolumnares e que da espinha iliaca e da arcada crural se irradiam sobre a aponevrose do grande obliquo, cruzando os seus feixes, com os quaes estão em contacto.

O seu desenvolvimento é muito variavel, segundo os individuos.

Quando este systema é completo, vê-se nascer da espinha iliaca antero-superior um feixe que se lança para diante em todos os sentidos; as fibras mais elevadas são quasi verticaes, as médias horizontaes cobrem toda a parede e vão se entrecruzar com as oppostas além da linha alva, as inferiores se espalham sobre a aponevrose femural e sobre a parte exterior do fascia iliaco.



D'este feixe da espinha iliaca e tambem da arcada crural, partem as fibras arciformes que cruzam em angulo recto os dous pilares inferior e superior, reforçando-os e contornando a extremidade supero-externa do anel inguinal.

Excepcionalmente fibras cruzadas em 8 sobre a linha mediana unem os aneis direito e esquerdo.

Estas fibras mantêm os pilares interno e externo em suas relações reciprocas e tambem arredondam o orificio que delimitam e que, sem ellas, se terminaria em uma longa ponta.

A significação d'estas fibras, d'onde algumas pôdem ser seguidas até a linha mediana, não está ainda bem elucidada; pôde-se, comtudo, dizer que um certo numero é manifestamente a continuação das do grande obliquo, que, ao nivel da arcada crural, se dirigem por um trajecto obliquamente ascendente para a linha mediana.

*O musculo pequeno obliquo* — Pela secção e affastamento da aponevrose do grande obliquo, apparecem embaixo o cordão espermatico atravessando o canal inguinal, que lhe é proprio, em cima o musculo pequeno obliquo ou, melhor, os seus feixes inferiores.

Estes tomam nascimento fóra sobre a espinha iliaca antero-superior e sobre o terço externo da arcada crural; d'ahi se conduzem obliquamente para dentro e para baixo, se lançando sobre uma aponevrose, chamada de inserção, antes de attingir o grande recto do abdomen, a qual na parte superior da região passa adiante do grande recto para attingir a linha alva e na inferior, se reflectindo para baixo e para dentro, se funde com a aponevrose do transversos, constituindo o



tendão conjuncto, como o chamam os inglezes, e vai com esta ultima se inserir no pubis, na espinha supiana e até na crista pectinea.

Os feixes inferiores d'este musculo discrevem uma curvatura, cuja concavidade olhando para baixo abraça a parte superior do cordão.

*O transverso* — Que não pertence a região inguino-abdominal senão pelos feixes inferiores de direcção obliqua para dentro e para baixo, nascidos da espinha iliaca antero-superior e do terço externo do ligamento de Poupart, está collocado logo abaixo do pequeno obliquo.

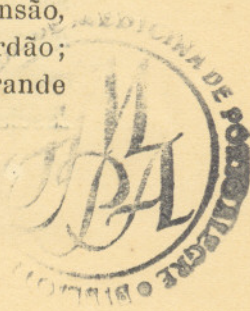
Estes feixes se lançam n'uma aponevrose, tambem chamada de inserção, que se comporta como a do precedente; emquanto a sua porção superior vai á linha alva, a sua inferior se dirige obliquamente para baixo para attingir o pubis, depois a symphyse até a crista pectinea.

O tendão conjuncto, producto da fusão dos feixes inferiores dos dois musculos mencionados, apparece sob a forma irregularmente triangular.

Sua base, representada pela inserção inferior do tendão, corresponde á symphyse pubiana, á parte do pubis comprehendida entre o angulo e a espinha, e á crista pectinea; seu apice truncado não tem limites bem precisos.

Dos bordos, o interno se continua com a bainha fibrosa do grande recto anterior do abdomen; o externo é livre e muito variavel.

Elle se relaciona adiante com a aponevrose do grande obliquo, que o recobre em toda a sua extensão, com o ligamento de Colles e com uma parte do cordão; atraz, com o pyramidal do abdomen, com o grande recto e com o fascia transversalis.



Quanto ás arterias, que irrigam esta camada muscular, são de pouca importancia; ellas provêm umas das lombares, as outras do ramo abdominal da circumflexa iliaca. As veias seguem o trajecto dos vasos arteriaes.

Os lymphaticos profundos vão aos ganglios iliacos e aos ganglios epigastricos; os nervos, sensitivos e motores, emanam do grande e do pequeno abodomino-genital.

*O fascia transversalis* — Conhecido tambem por verticalis de Cooper, que o discreveu pela primeira vez em 1804, é uma lamina aponevrotica que atapeta a face profunda do transverso. Occupando toda a extensão da região e vindo da costo-iliaca, elle se dirige verticalmente para baixo para se terminar no espaço angular, que limita de uma parte a parede abdominal anterior, de outra os órgãos contidos na fossa iliaca interna.

Delgado e difficil de isolal-o superiormente, torna-se espesso quando a aponevrose do transverso passa adiante do musculo recto; desce, então, verticalmente como uma cortina adiante de todos os planos da parede inguino-abdominal, fechando todos os espaços ainda vazios.

Ao nivel da fosseta inguinal externa, o fascia deixa passar os elementos do cordão espermatico; mas em logar de apresentar um orificio, como o que é destinado para a saphena interna, por exemplo, na aponevrose femural, elle se deixa deprimir em dedo de luva e acompanha o cordão, ao qual fornece uma bainha commum e tambem ao testiculo.

Um pouco mais longe, proximo ao anel crural, o fascia se une ao bordo posterior do ligamento de Pou-

part, fortemente incurvado para traz, formando uma verdadeira gotteira de concavidade superior, na qual caminha o cordão.

Cooper considerava-o como uma aponevrose independente; Poirier acredita com Cruveilhier que é unicamente o folheto posterior da bainha do transverso, folheto anormalmente espessado na região inguinal, em virtude da pressão abdominal, que adquire o seu máximo a este nível, quando o individuo está em pé.

Elle adquire em certos pontos uma resistencia e uma espessura todo particular.

Estes logares espessos são reforçados por duas ordens de fibras, umas verticaes, outras transversaes.

Ambas nascem da crista pectinea e da arcada crural e constituem as primeiras o ligamento de Henle e o ligamento de Hesselbach, as segundas a fita ilio-pubiana de Thompson.

O ligamento de Henle é uma pequena aza, emanada da bainha do musculo recto; seu bordo interno vertical faz corpo com o externo; o externo, obliquo para baixo e para fóra é concavo, falsiforme, donde o nome de *falx inguinalis*, segundo a nomenclatura anatomica de His; sua base inferior se une ao ligamento de Cooper e á arcada crural.

De suas faces, a posterior é coberta pelo tecido cellular sub-peritoneal, a anterior está em relação com o tendão conjuncto, ao qual adhere.

O ligamento de Hesselbach ou *ligamentum interfoveolare* dos anatomistas allemães é uma fita tendinosa de espessura muito variavel, que desce entre os vasos epigastricos e o anel inguinal peritoneal.

Entre elles ha um ponto fraco, variavel de espesura e de extensão, correspondente á fosseta inguinal média, que cede á pressão de um dedo, quando se deprime a parede posterior do canal inguinal.

A fita ilio-pubiana de Thompson, composta de fibras transversaes, é uma fita fibrosa, curta, parallela á arcada crural.

Suas duas extremidades são largas; a interna nasce na crista pectinea e na espinha do pubis, a externa se perde no fascia transversalis ao nivel da espinha iliaca antero-superior. Alguns auctores dão-lhe a crista e a espinha iliaca como inserções.

Sua porção média, estreita, tem 5 a 10<sup>mm</sup> de altura.

*O tecido cellular sub-peritoneal* — O espaço, comprehendido entre o fascia transversalis e o peritoneo, é occupado por uma lamina de tecido cellular, que se divide em duas camadas: uma externa, superficial, forra o fascia transversalis, lhe adherindo fortemente ao nivel do orificio inguinal profundo e contribuindo com elle para formar o septo crural. Compõe-se de tractos cellulosos delgados e frageis, circumscrevendo arcadas cheias de gordura: é o fascia transversalis celluloso de Richet.

N'esta camada se encontram os vasos e o canal deferente que vão n'elle se envolver para formar o cordão; mas todos estes elementos estão reunidos, graças aos tractos e á gordura d'esta camada que se prolongam como o fascia transversalis até ás bolsas escrotaes.

A outra, interna, profunda, mais delgada, regular serve para favorecer os escorregamentos: é o fascia proprio de Cloquet.

O fascia transversalis celluloso de Richet não é uniforme em toda a região inguino-abdominal, apresentando tres zonas: a do orificio inguinal profundo, a da epigastrica e a prevesical.

É em sua espessura que caminham os vasos epigastricos e seus ramos.

A arteria epigastrica, ramo da iliaca externa, nasce ao nivel ou um pouco acima da arcada crural.

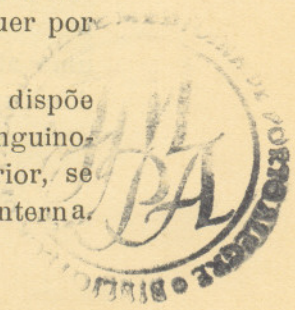
D'ahi se dirige transversalmente de fóra para dentro, passando acima da veia iliaca; depois, chegando abaixo do orifio peritoneal do canal inguinal, se desvia para se continuar obliquamente para cima e para dentro; assim, attinge o bordo externo da bainha do grande recto, na qual penetra para se terminar ao nivel do umbigo, se anastomosando com a mammaria interna.

D'essa disposição resulta que a arteria, em sua travessia pela região inguino-abdominal, apresenta duas porções: uma horizontal, parallela á arcada crural; a outra, obliquamente ascendente, correspondendo á linha que, partindo do umbigo, vem ao meio ou mais exactamente a 2 centimetros para dentro do meio da arcada.

Muito perto de sua origem, ella fornece tres collateraes: a funicular para o cordão, a supra-pubiana e a anastomotica obturadora.

As veias epigastricas em numero de duas, acompanham a arteria homonyma; se lançam na porção inicial da veia iliaca externa quer isoladamente, quer por um tronco commum.

*O peritoneo* — O peritoneo parietal se dispõe regularmente sobre face posterior da região inguino-abdominal, aonde, chegado em sua parte inferior, se reflecte para traz para revestir a fossa iliaca interna.



Nas proximidades do canal inguinal offerece a considerar um certo numero de depressões, designadas sob o nome de fossetas, que gozam um papel saliente na historia das hernias inguinaes.

As fossetas em numero de tres, se distinguem em externa, média e interna, as quaes estão situadas sobre uma linha horizontal, entretanto, a média acha-se ligeiramente abaixo das duas outras.

A parede abdominal, vista por sua face posterior n'este ponto, mostra varios cordões que levantam o peritoneo e que, de fóra para dentro são: a arteria epigastica, o cordão resultante da obliteração da arteria umbilical e o uraco sobre a linha mediana.

Muito approximados ao nivel do umbigo, estes cordões divergem e limitam as fossetas inguinaes: a externa collocada para fóra da arteria epigastica, a media entre este vaso e o cordão da arteria, umbilical, a interna entre este e o uraco.

A interna, correspondendo ao espaço que separa a symphyse da espinha de pubis, é tambem chamada por supra-pubiana ou vesico pubiana.

A externa differe das duas outras por deixar ver por transparencia abaixo do peritoneo, quando ligeiramente levantado, os elementos do cordão espermatico e, em particular, o canal deferente e a arteria espermatica. Estes orgãos occupam a parte inferior e interna da fosseta, de modo que é facil de comprehender que, si uma alça intestinal se insinua por este orificio, o cordão espermatico estará necessariamente situado abaixo e para dentro da hernia.

A parede abdominal, offerecendo ao nivel d'estas depressões sua mais fraca resistencia, dá margem a

que as visceras pelo esforço se insinuem para formar hernia ao exterior.

Quando uma viscera sahe da cavidade abdominal por uma d'estas tres fossetas, dá-se o nome de hernia inguinal.

Existe, pois, tres grandes variedades de hernia inguinal, denominadas, como as fossetas pelas quaes se insinuam, por: hernia inguinal externa, média e interna.

Devido ao trajecto que segue o intestino, ajuntaram-se a estas denominações as de: obliqua externa, directa e interna.

As relações mais importantes do collo herniario nas tres especies de hernia inguinal são: na externa, elle corresponde para dentro e para baixo com o cordão espermatico e com a arteria epigastrica; na média, este vaso fica para a parte externa do collo do sacco; a interna ou supra-pubiana constitue uma especie extremamente rara.

Demais, é difficil de a distinguir da directa ou média, de sorte que na pratica admite-se, segundo a opinião de Tillaux, sómente duas variedades de hernia inguinal, a externa e a interna.

### Canal inguinal no homem

A parede abdominal anterior é atravessada pelo cordão espermatico na parte infero-interna da região inguino-abdominal: o canal inguinal não é outra cousa senão o espaço que occupa o cordão em sua travessia parietal.

Elle não é, pois, um canal no sentido proprio da palavra, mas um simples trajecto, d'onde o nome da trajecto inguinal, denominado por certos auctores.

Situado acima da metade interna da arcada crural, cuja direcção segue, se dirige obliquamente de cima para baixo, de fóra para dentro e um pouco de traz para diante.

Seu comprimento no homem é de 4 a 5 centímetros, sua largura varia segundo as dimensões de seu conteúdo, largo quando o cordão é volumoso, relativamente estreito quando é pequeno.

Em estado pathologico e principalmente nos casos de hernia soffre em sua fórma e em suas dimensões modificações variaveis; se dilata e se encurta emquanto que sua obliquidade diminue; nas velhas e volumosas hernias elle desapparece quasi completamente, ficando representado por um largo orificio, pelo qual penetra-se directamente no abdomen.

O canal inguinal offerece a considerar paredes orificios e conteúdo.

As paredes em numero de quatro se distinguem em anterior, posterior, inferior e superior.

A anterior é formada pela pelle, tecido cellular subcutaneo, fascia supercialis e pela aponevrose de inserção do grande obliquo.

A posterior mais irregular é constituida fóra, entre o orificio peritonal do canal e os vasos epigasticos, pelo fascia transversalis que reforça a este nivel o ligamento de Hesselbach, na parte média pelo fascia transversalis e na interna tambem por este, pelo tendão conjuncto e pelo ligamento de Colles. Esta parede deixa ver tres zonas de espessura bem differentes: uma externa, pequena que cerca dentro o orificio interno do canal; a outra interna, mais extensa e resistente que occupa toda a largura do tendão conjuncto;



a terceira média, collocada entre as duas precedentes, sempre delgada reduz-se ao fascia transversalis.

A inferior, (bordo inferior de certos auctores), é representada por uma gotteira, que é a porção interna da arcada crural.

A superior, (tambem bordo superior de alguns anatomistas), que na opinião do professor Tillaux não tem existencia propria, é formada pelo bordo inferior dos dois musculos pequeno obliquo e transverso e pela camada cellulo-adiposa, que os separam.

Quanto aos orificios ou aneis do canal inguinal, um é superficial, denominado inferior, externo ou cutaneo, o outro é profundo, superior, interno ou peritoneal.

O anel inferior ou cutaneo, (externo como querem alguns, má expressão, pois que está mais proximo da linha mediana do que o outro), situado sobre o pubis immediatamente para dentro da espinha, reveste a fórmula oval, cujo diametro seria obliquamente dirigido de cima para baixo e de fóra para dentro; mede cerca de 25 a 28 millimetros de altura sobre 10 a 12 de largura.

Constituido dentro pelo pilar interno, fóra pelo externo, embaixo pelo posterior ou ligamento de Colles, emcima pelas fibras arciformes, que vão de um pilar ao outro.

Existe ás vezes emcima do anel inguinal cutaneo um ou dous orificios pequenos, ovalares ou losangicos, atravez dos quaes passam vasos, filetes nervosos ou simples meandro de tecido adiposo: a estes os anatomistas chamam-n'os de accessorios.

O anel inguinal superior ou peritoneal corresponde á parte media da arcada. Affecta a fórmula de uma fenda

vertical; seu grande diametro mede de cima para baixo de 10 a 15 millimetros.

Seu lado externo é pouco notado, o interno, ao contrario, nitidamente diferenciado, reveste a fórma de uma dobra semi-lunar, cuja concavidade olha para fóra e para cima.

Sobre o orificio superior o peritoneo se estende, apresentando a este nivel uma ligeira depressão, semelhante a uma fosseta.

Os dous aneis inguinaes, sub-cutaneo e peritonal, não communicam directamente, em virtude da bainha cellular que cada um fornece ao cordão.

Uma sonda introduzida pelo peritoneal penetra no meio do cordão e sahe com elle pelo sub-cutaneo, mas d'este separada pela tunica fibrosa do cordão; introduzida pelo superficial, ella não póde tranpôr o profundo e penetrar no peritoneo, porque fica detida no fundo de sacco, que a inserção d'esta mesma tunica fibrosa fórma com o orificio profundo.

*Conteúdo* — O canal inguinal encerra o cordão espermatico: o canal deferente com sua arteria a deferencial, a espermatica, a funicular, os feixes venosos anterior e posterior, os lymphaticos do testiculo, os filetes nervosos do grande sympathico.

Todos estes elementos, reunidos uns aos outros pelo tecido cellular intersticial, são envolvidos n'uma bainha commum de natureza fibrosa. Sobre esta caminham tres filetes nervosos: o ramo genital do grande abdomino-genital, o do pequeno abdomino-genital e o do genito-crural.

#### Canal inguinal da mulher

O canal inguinal na mulher é exactamente constituido como o do homem, differindo, apenas, por suas

dimensões; de ordinario, um pouco mais longo de 4 a 5 millimetro e tambem mais estreito, tanto ao nivel de seu corpo, como ao de seus orificios.

Dá passagem ao ligamento redondo, composto em sua maior parte de fibras musculares lisas, bastante resistentes.

O ligamento redondo penetra no canal pelo orificio inguinal profundo, se recobrando do fascia transversalis atravessa o canal, ao qual se insere por pequenos tractos fibrosos. Chegando ao orificio inguinal superficial, seus feixes divergem para irem á espinha e á parte anterior do pubis; alguns se perdem no tecido cellular sub-cutaneo do monte de Venus e dos grandes labios.

Ao mesmo tempo que o ligamento redondo acompanhado de seus tres filetes nervosos atravessa o canal, uma arteria e duas veias tambem o fazem.

A arteria, muito delgada, provém da epigastrica e irriga o ligamento em sua travessia inguinal e se perde ao nivel do grande labio do lado correspondente.

As veias caminham parallelamente ao ligamento, ora em sua superficie, ora em seu interior; passando pelo orificio inguinal superficial vão se anastomosar com as cutaneas da região e se lançam, finalmente, com estas na femural.



## CAPITULO II

### Processo de Bassini

(Technica operatoria)

Em 1889, M. Bassini, professor de clinica cirurgica da Universidade Real de Padua, deu conhecimento ao mundo cirurgico de um novo processo para a cura radical da hernia inguinal.

Bem acceto em França por grande numero de cirurgiões de nomeada, M. Berger em seu tratado lhe dá a sua inteira approvação, o aconselha de preferencia aos outros. O professor Tillaux tambem preconisa o seu emprego.

Hoje não é sómente conhecido e praticado em sua patria, mas na maioria dos paizes em que a cirurgia occupa logar saliente e é professada por habéis profissionaes.

Ha ligeiras modificações a esse methodo, de pouca monta, em nada affectando o principio basico em que elle solidamente repousa.

Em seu processo, Bassini se propõe não sómente manter reduzida a hernia operada, como tambem evitar o uso de aparelhos e as reincidencias, contrariamente ao que pensa Lucas-Championnière que a persistencia da cura resultará dos cuidados dados ao paciente, do modo de protecção e da applicação de aparelhos appropriados, faceis de conduzir e de guardar; para isso

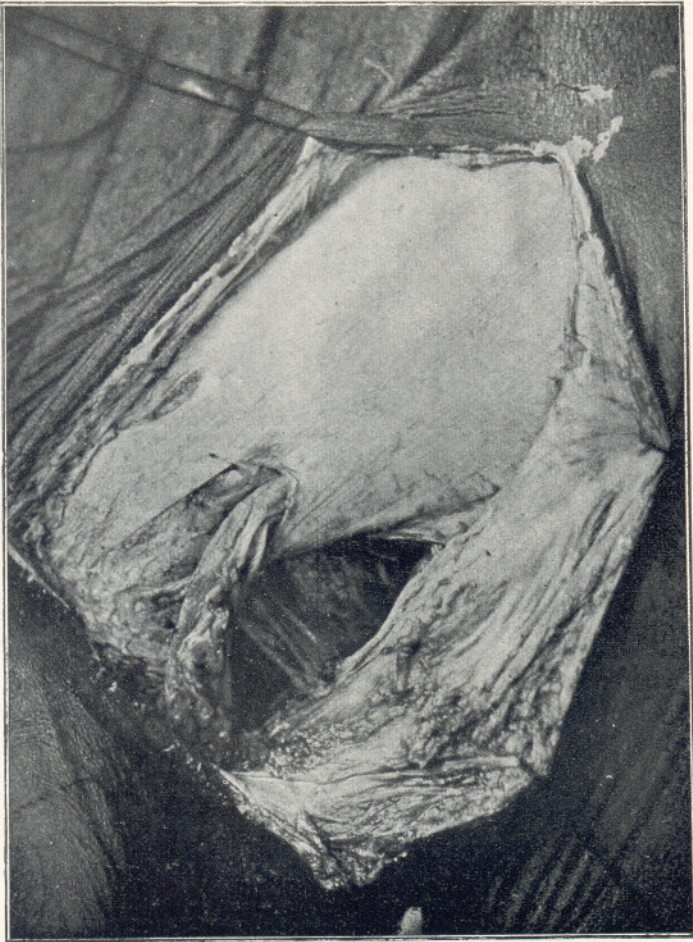
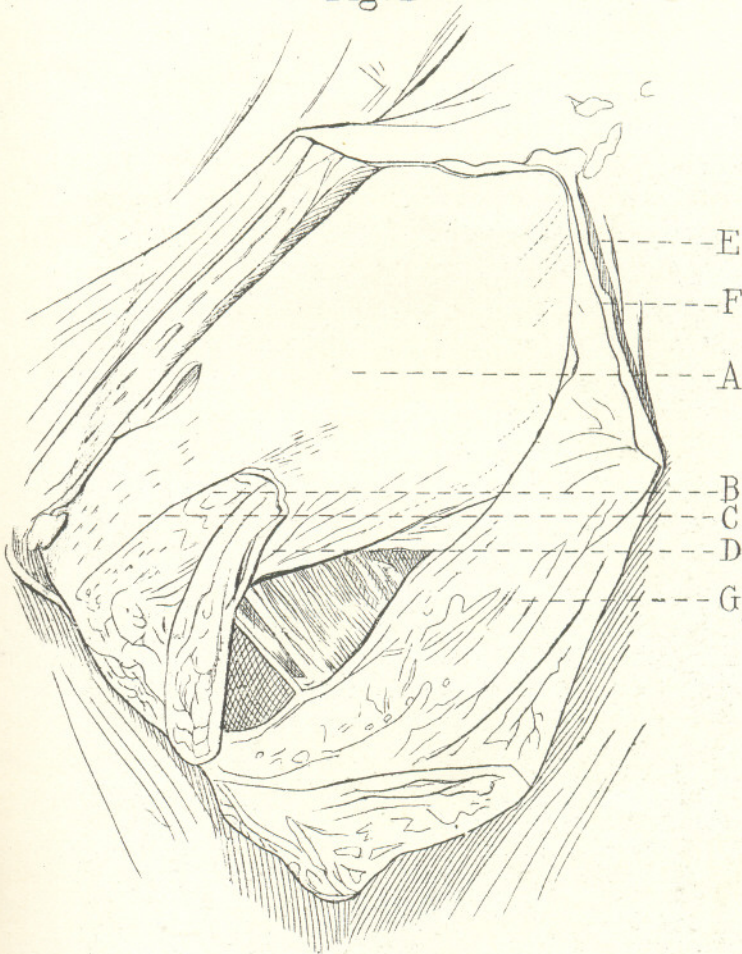


Fig. I



Região inguinal esquerda. Homem. Tamanho natural.

- A — aponevrose do grande obliquo.
- B — anel inguinal sub-cutaneo.
- C — pilar interno.
- D — pilar externo.
- E — pelle.
- F — tecido celular sub-cutaneo.
- G — fascia superficialis.

julgou que este resultado não podia ser obtido, senão pela restauração do canal inguinal, segundo o typo de sua conformação physiologica, isto é, com dous orificios: um abdominal e o outro sub-cutaneo; e duas paredes: uma posterior e a outra anterior, entre as quaes passaria obliquamente o cordão espermatico.

Na modificação que Bassini introduziu na cura radical, ha duas partes a distinguir: o fim que é de reconstituir um canal inguinal novo e a realisação que consiste em refazer uma parede posterior.

O manual operatorio vem bem descripto no livro de Bassini: Nuovo metodo per la cura dell'ernia inguinale, Padova.

Não julgo ser necessario mencionar todos os cuidados que devem preceder a uma operação de cura radical.

Eis em que termos, o auctor discreve para a hernia inguinal externa adquirida a sua technica operatoria, dividida em quatro tempos:

*1º tempo:*

Empregam-se a anesthesia completa e uma rigorosa antisepia.

Pratica-se uma incisão partindo a 3 centimetros da espinha iliaca antero superior e vindo parallelamente á arcada crural, a terminar nas proximidades da espinha do pubis; põe-se a descoberto a aponevrose do grande obliquo (fig: I<sup>a</sup> A) n'uma extensão que corresponda ao canal inguinal; descobre-se, assim, o anel inguinal sub-cutaneo (fig: I<sup>a</sup> B), orificio da hernia, deixando a nú os seus pilares (fig: I<sup>a</sup> C e D); em seguida faz-se a hemostase.

Esta incisão abrange, apenas, a pelle (fig: I<sup>a</sup> E), o tecido cellular sub-cutaneo (fig: I<sup>a</sup> F) e o fascia su-

perforialis (fig: I<sup>a</sup> G), lesando a arteria sub-cutanea abdominal e seus ramos e tambem a veia tegumentosa abdominal.

E' este o primeiro tempo da operação.

2<sup>o</sup> tempo :

Incisa-se a aponevrose do grande obliquo, começando do anel inguinal sub-cutaneo até ao nivel da região do anel inguinal peritoneal; afastam-se, então, para cima e para baixo os bordos da aponevrose do grande obliquo, formando dous labios, um superior (fig: III A e B) e o outro inferior (fig: III C e D); isolam-se e levantam-se em totalidade o cordão espermatico e o collo do sacco herniario (fig: II B); tendo-se o index sobre os orgãos citados, isola-se o collo do sacco (fig: II B) até o orificio abdominal dos elementos do cordão.

O isolamento se faz sem grande difficuldade com instrumentos rombos, quer se trate de uma hernia congenita, quer adquirida; esse isolamento deve ir até a fossa iliaca, isto é, lá onde está a embocadura do proprio sacco (fig: II A).

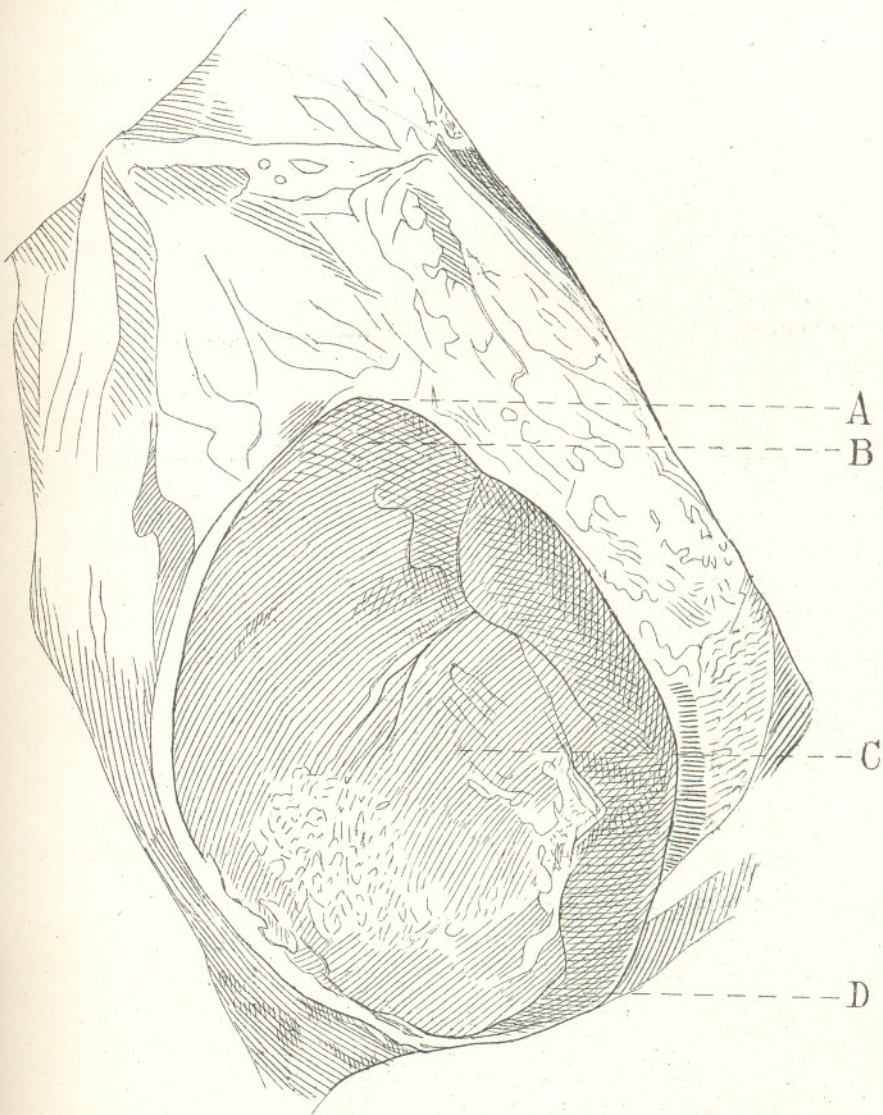
Terminado, isolam-se o corpo (fig: II C) e o fundo do sacco (fig: II D), atirando-se-os para fóra; abre-se o fundo (fig: II D) e examinam-se as vicerias contidas na hernia, procurando-se ver si ha adherencias e si o epiploon está espessado. No primeiro caso deve-se destruil-as, no segundo ressecal-o, tanto quanto necessario fôr.

Após á reduçãõ das vicerias, forçando-se o collo (fig: II B), applica-se uma ligadura além da embocadura (fig: II A) e corta-se a meio centimetro abaixo d'aquella.





Fig. II

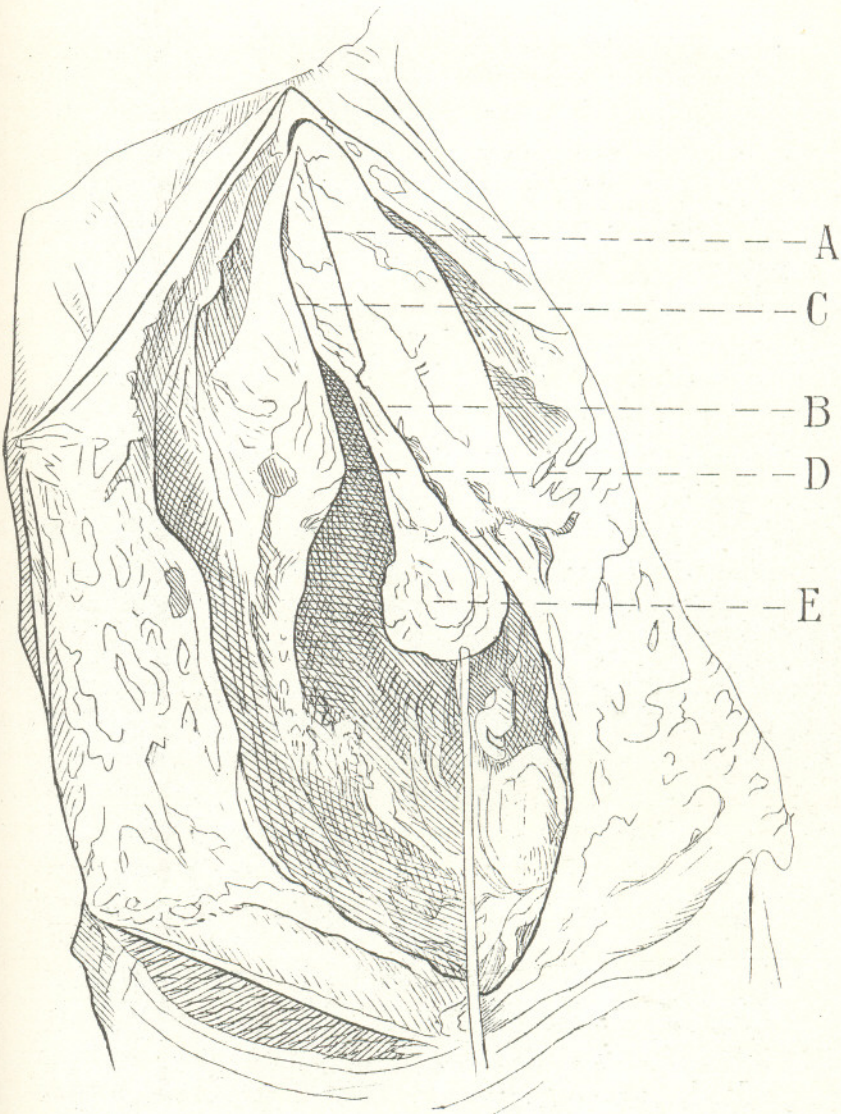


Região inguinal direita. Homem. Tamanho natural.

- A ————— embocadura do sacco herniario.  
B ————— collo do mesmo.  
C ————— corpo " "  
D ————— fundo " "



Fig. III



Região inguinal direita. Homem. Tamambo natural.

- A e B — labio superior da aponevrose do grande obliquo.  
C e D — labio inferior " " " " "  
E — pediculo ligado.

Quando a hernia é muito grande e quando a embocadura (fig: II *A*) e o sacco (fig: II *B*) são largas, afóra a ligadura simples, colloca-se acima ou abaixo d'esta uma outra em cadeia que assegura a oclusão e impede o primeiro fio de escorregar.

O pediculo (fig: III *E*), assim, ligado se retrahе na fossa iliaca interna.

Desde que se praticou a extirpação do sacco e a sua ligadura, concluiu-se o segundo tempo operatorio.

*3.º tempo:*

Desvia-se o cordão espermatico isolado (fig: IV *A*), atirando-se ligeiramente para cima da parede abdominal e, si fôr preciso, se faz a mesma cousa com o testiculo que é atirado para fóra do escroto; destacam-se para baixo o inferior e para cima o superior dos labios aponevrose do grande obliquo, chegando-se por este modo facilmente a descobrir a gotteira (fig: V *A*) formada pelo ligamento de Poupart até seu bordo posterior (fig: V *B*) e até um centimetro além do ponto, onde o cordão espermatico sahe da fossa iliaca interna (figs: IV *B* e V *C*); depois por dissecção separam-se da aponevrose do grande obliquo e do tecido celluloadiposo sub-seroso o bordo externo do musculo grande recto do abdomen (fig: IV *C*) e a triplice camada (fig: V *D*) formada pelo pequeno obliquo, transverso e o fascia verticalis de Cooper.

Reune-se, então, a triplice camada (fig: V *D*) e aproxima-se-a do bordo posterior isolado do ligamento de Poupart (fig: V *B*), onde se cose por meio de uma sutura de pontos separados (fig: IV *D*, *E*, *F*, *G*) n'uma extensão de 5 a 7 centimetros, iniciando-se pela espinha do pubis e indo perto do cordão espermatico que foi

deslocado, cerca de um centimetro, para a espinha iliaca anterior e superior.

Com a reconstituição do orificio interno ou abdominal e a parede posterior do canal inguinal, finda-se o terceiro tempo.

Para a sutura, que se acaba de discrever, é prudente empregar a seda e pontos isolados, passando-se a agulha a 2 ou 3 centimetros do bordo da triplice camada musculo-aponevrotica para evitar o seu despedaçamento; os dous primeiros pontos, applicados contra o pubis, comprehenderão tambem o bordo externo do musculo recto anterior do abdomen.

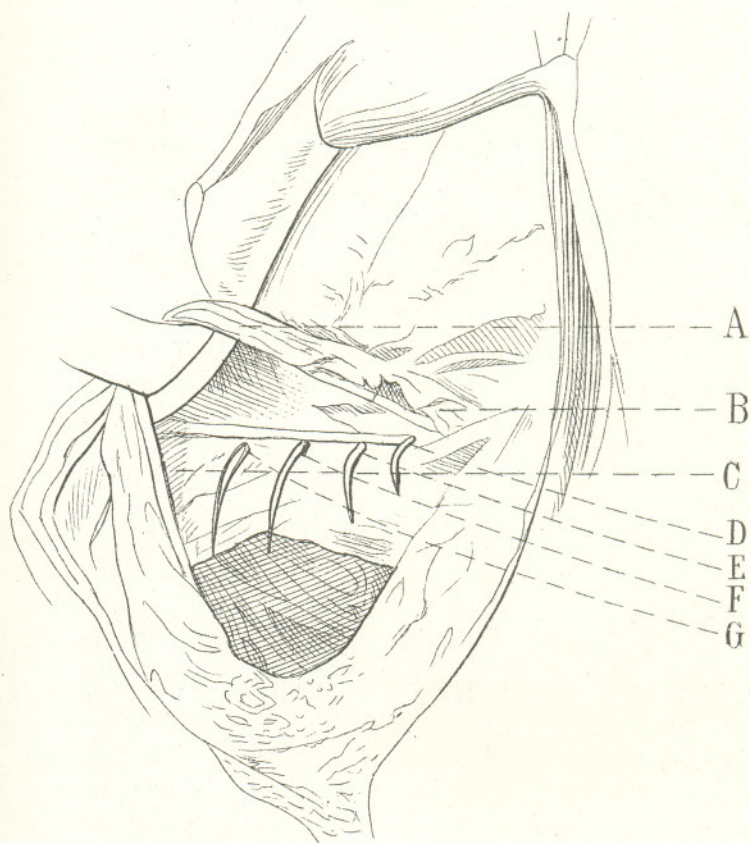
Si ao fim d'este tempo operatorio se faz o doente vomitar, vê-se que a região inguinal já se mostra capaz de resistir ás mais fortes pressões endo-abdominaes, e que a triplice camada musculo-aponevrotica se apresenta fortemente tensa e immovel na sua nova posição.

A respeito d'este terceiro tempo, F. Crosti, cirurgião em Milão, tendo assistido quer em Paris, quer em outros paizes, a operação para a cura radical da hernia inguinal pelo methodo aqui exposto, teve occasião de observar que alguns operadores distinctos negligenciavam um dos mais importantes detalhes operatorios, não obstante estar bem preciso na memoria de 1889 do professor Bassini.

Assim, se exprime na revista «La Presse Médicale» «C'est, de fait, dans la reconstitution de cette paroi postérieure, qui doit être, bien entendu, composée de tissus musculaires et aponevrotiques capables encore de fonctionner normalement, sans encourir le risque d'être résorbés, que plusieurs chirurgiens négligent un detail opératoire.



Fig. IV



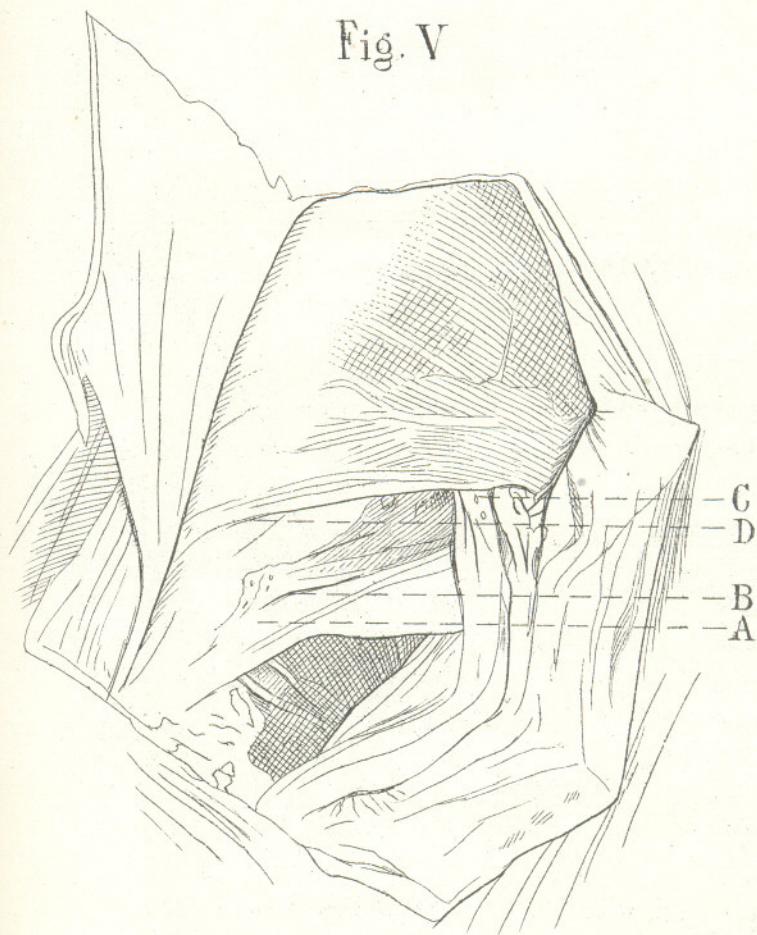
Região inguinal esquerda. Homem. Tamanho natural.

- A ——— cordão espermático.  
B ——— ponto em que o cordão espermático sahe da fossa iliaca interna.  
C ——— bordo externo do musculo grande recto anterior do abdomen.  
DEF e G — pontos unindo a triplice camada ao bordo posterior do ligamento de Poupart.





Fig. V



Região inguinal esquerda. Homem. Tamanho natural.

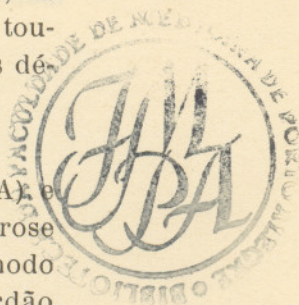
- A ——— gotteira formada pelo ligamento de Poupart.  
B ——— bordo posterior do ligamento de Poupart.  
C ——— ponto em que o cordão espermático sahe da fossa iliaca interna.  
D ——— bordo da triplíce camada.

Or, afin que la triple couche puisse être réunie sans difficulté au bord postérieur de l'arcade de Poupart, il est absolument nécessaire de faire une incision nette dans le fascia verticalis, jusqu'à découvrir largement les vaisseaux épigastriques qui passent dans le tissu connectif adipeux sous-péritonéal.

Ce n'est qu'à cette condition que l'index du chirurgien peut remonter (toujours devant la grande séreuse) très haut sous la paroi abdominale, afin de ramasser la quantité de tissu musculaire nécessaire pour opposer une barrière solide à une nouvelle formation de la hernie. Ceci est tout spécialement nécessaire dans les cas de grosses hernies, alors que l'énorme sac a associé les éléments musculaires et les a refoulés en dedans, vers la ligne médiane, cas dans lequel il est de première importance que cette nouvelle paroi soit aussi résistante que possible. Plusieurs chirurgiens, au contraire, n'ouvrant pas le fascia verticalis, se contentent de prendre sur l'aiguille des fibres musculaires du droit antérieur, du petit oblique et du transverse, et de chercher à les réunir, pour les suturer ensuite au bord postérieur sus-mentionné. De cette façon, le déplacement des muscles est, à peu de chose près, nul; la paroi que en résulte après la suture est presque toujours insuffisante, ce qui explique beaucoup de cas déplorables de récidence herniaire.»

4.<sup>o</sup> tempo:

Collocam-se o cordão espermático (fig: VI A) e o testículo nos seus logares; sutura-se a aponevrose do grande obliquo (fig: VI B, C, D, E, F e G), de modo que os bordos da ferida fiquem proximos do cordão espermático; sutura-se a pelle e applica-se o curativo.



A drenagem fica reservada para as hernias antigas e volumosas, onde o isolamento e a dissecação foram muito penosos.

Com isto, findou-se o ultimo acto operatorio.

D'esta maneira o canal inguinal é reconstituído com seu orificio abdominal, sua parede posterior, ambos formados pela triplice camada musculo-aponevrotica fixada ao bordo posterior do ligamento de Poupart, com uma parede anterior formada pelos dous labios da aponevrose do grande obliquo e com um orificio estreito inferior ou sub-cutaneo.

Quando a hernia inguinal é congenita, não tem sacco, se formando no conducto vagino-peritoneal ou na tunica vaginal. Ella póde ser congenita funicular ou testicular; no primeiro caso, extirpa-se o conducto vagino-peritoneal, que é dilatado e transformado em sacco, no segundo resseca-se o conducto vagino-peritoneal e a vaginal, que formam um sacco e um collo, não se deixando vaginal senão o sufficiente para cobrir o testiculo, ao qual será fixada por meio de uma sutura. A operação se concluirá como acima.

Para a hernia inguinal da mulher, o processo é mais simples, pois, não ha cordão espermatico a poupar.



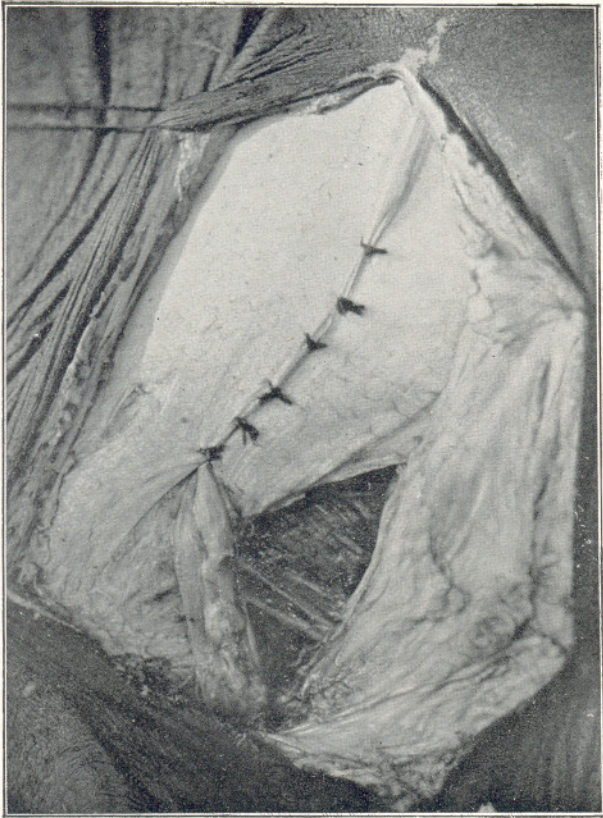
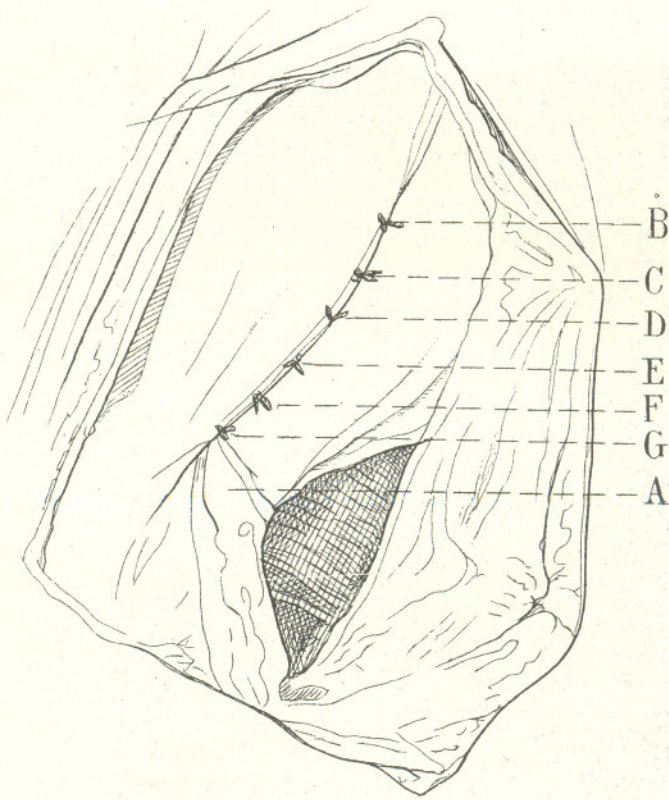


Fig. VI



Região inguinal esquerda. Homem. Tamanho natural.

A ————— cordão espermático.

B. C. D. E. F. e G. — pontos suturando os dois lábios da  
aponevrose do grande oblíquo.

## CAPITULO III

### Vantagens do processo de Bassini .

Descripto o processo operatorio com clareza, completarei o presente capitulo, mostrando as suas diversas vantagens:

I A abertura longa do canal inguinal permite levar até muito emcima o descollamento do sacco e applicar a ligadura sobre o peritoneo, que atapeta as paredes abdominaes pelo lado interno, garantindo, assim, o desaparecimento do infundibulum peritoneal que fica ao nivel do orificio inguinal superior.

II A parede posterior, que se achava relaxada e quasi tinha desaparecido sob a pressão exercida pelas visceras herniadas, é completamente reconstituída; abaixando o pequeno obliquo, o transverso e o fascia verticalis de Cooper para as suturas do ligamento de Poupart, desde o pubis até o nivel do orificio inguinal superior, distende-se a parede posterior e se lhe dá tonicidade.

Esta parede, sendo constituída de tecidos musculares e aponevroticos, que não pódem desaparecer pela reabsorção e, por conseguinte, capaz de função, se oppõe á reproducção das hernias inguinaes.

III O orificio inguinal superior é estreitado, pois, dá-se o ultimo ponto de sutura muito perto do cordão espermatico.

IV A parede anterior é também reconstituída.

V O orifício inferior é também estreitado, só deixando passar o cordão.

VI Com a restauração das duas paredes, assegura-se a obliquidade normal do canal inguinal; este é reconstituído sob o typo physiologico, com uma parede posterior solida, um orifício inguinal superior, uma parede anterior e um orifício inferior; destruiu-se por este motivo a lesão causada por uma hernia volumosa, pois, sabe-se que esta faz o canal mais ou menos rectilineo.

VII O cordão fica no seu logar normal, passa entre as duas paredes, não se arrisca a ser comprimido por um ponto de sutura muito apertado, e continúa, portanto, a funcionar perfeitamente.

VIII As linhas de sutura das duas paredes não se correspondem; a da parede posterior fica abaixo da da parede anterior.

Sob o influencia da pressão abdominal, a nova parede posterior é impellida contra a anterior, e ambas se prestam apoio á resistencia do choque continuo e violento das visceras abdominaes.

A observação, extrahida da memoria de Bassini, prova que as partes guardam, depois da cicatrização, as mesmas relações que logo após á operação:

A. B., 65 annos. Hernia inguino-escrotal direita, entero-epiploica, operado por Bassini em 28 de Fevereiro de 1889, cura sem febre; no nono dia post-operatorio a cicatrização era completa. Á tarde d'este mesmo dia o doente teve calefrios, febre, queixando-se de dôres, lascinantes na metade esquerda do thorax. Tratava-se de uma pneumonia esquerda aguda e diffusa, motivo pelo qual foi transferido para o serviço medico



do doutor Sotti. Este confirma a molestia e declara ser completamente independente da operação. Quatro dias após á explosão da molestia, o paciente morre. A autopsia foi feita pelo doutor Bonome, director do Instituto Anatomico-Pathologico, que assim se exprimiu: «Nas meninges e no cerebro, nada de anormal, pleuropneumonia dupla em estadio de hepatisação parda; pericardite aguda fibrinosa; baço augmentado; degeneração granulo-gordurosa do figado e dos rins. Na região do anel inguinal interno direito, uma cicatriz sem hernia dos orgãos abdominaes; cicatriz completamente aseptica nas partes molles da região inguino-escrotal direita, consecutiva á cura radical da hernia. O exame da região operada mostrava a cicatrização dos planos aponevroticos e musculo-aponevroticos e tambem a reconstituição do canal inguinal. A triplice camada musculo-aponevrotica estava bem fixa pelos tecidos cicatriciaes ao bordo posterior do ligamento de Poupert. Em cima, o cordão espermatico passava sob a aponevrose do grande obliquo; esta estava cicatrizada em toda a extenção da incisão feita durante a operação; os bordos do anel sub-cutaneo estavam fixos ao cordão espermatico.»

IX Obtem-se a obliteração completa do trajecto herniario; as alças intestinaes não pódem mais encontrar passagem.

Como se vê pelo conjuncto de vantagens, varias são as causas que provam a excellencia do processo.



# PROPOSIÇÕES

## Chimica Medica

I

O sodio é um metal abundantissimo em estado de combinação.

II

Faz parte do chlorureto de sodio.

III

Foi descoberto por Humphry Davy em 1807.

## Historia Natural Medica

I

O gynecêo ou pistillo é o orgão feminino dos vegetaes phanerogamicos.

II

E' formado de folhas sesseis, modificadas, chamadas carpellas.

III

Nem sempre o pistillo consta de uma só carpella.

## Anatomia Descritiva

### I

As arterias coronarias são em numero de duas.

### II

Uma esquerda ou anterior.

### III

A outra direita ou posterior.

## Histologia

### I

As arterias são formadas de tres tunicas.

### II

A interna, a média e a externa.

### III

A predominancia de tecido elastico ou muscular na tunica média fez classificar-as em dous grupos: as do typo elastico e as do muscular.

## Physiologia

### I

Uma condição physica, fundamental do movimento do sangue, está na elasticidade dos conductos, nos quaes este fluido circula.

### II

Todos os vasos, arterias, capillares e veias possuem n'a em gráo mais ou menos elevado.

### III

Em toda a espessura de suas paredes.

## Bacteriologia

### I

Um aquecimento de 10 a 20 minutos a +60° mata o bacillo de Eberth.

### II

A congelação é sem influencia.

### III

A luz é muito nocisa á sua vitalidade.

## Pharmacologia e Arte de Formular

### I

A tolerancia para certos medicamentos pôde ser inherente ao organismo são.

### II

Tambem pôde ser uma disposição passageira do organismo doente.

### III

Varia segundo numerosos factores.

## Clinica Propedeutica

### I

A tonalidade do murmurio vesicular depende em parte da idade e do sexo.

### II

E' ordinariamente mais elevada na criança e na mulher que no homem.

### III

A uma idade avançada torna-se mais aguda, mesmo no homem.

## Clinica Dermatologica e Syphiligraphica

### I

A lepra é uma molestia infectuosa chronica.

### II

Seu agente especifico é o bacillo de Hansen.

### III

Elle é acido-resistente e se colore pelo methodo de Gram.

## Anatomia e Physiologia Pathologicas

### I

Na angiocholite catarrhal, a mucosa é espessa e toma a côr vermelha.

### II

Sua superficie é forrada de uma camada de muco viscoso.

### III

Os canaes biliares estão ás vezes dilatados.

## Pathologia Medica

### I

O cancer do figado póde ser primitivo ou secundario.

### II

O primitivo é muito mais raro que o secundario.

### III

O seu prognostico é sempre fatal.

## Pathologia Cirurgica

### I

As causas das fracturas são predisponentes ou determinantes.

### II

As primeiras resultam de certas particularidades anatomicas, physiologicas ou pathologicas.

### III

As segundas de violencias exteriores e de contracções musculares exaggeradas.

## Clinica Cirurgica (II cadeira)

### I

A laparotomia exploradora é de grande utilidade nos ferimentos de ventre.

### II

Como elemento de diagnostico.

### III

Como tratamento.

## Clinica Ophtalmologica

### I

A contusão do globo ocular póde determinar duas ordens de lesões na choroide.

### II

Os derrames sanguineos.

### III

As rupturas.

## Operações e Apparelhos

### I

A phlebotomia é feita em varias veias superficiaes.

### II

Geralmente preferem-se as da dobra do cotovello.

### III

A mediana cephalica é a séde de predilecção.

## Anatomia Medico-Cirurgica

### I

Em estato normal, o canal inguinal resiste á pressão abdominal.

### II

Porque é composto de planos resistentes e solidos.

### III

Porque tem uma direcção obliqua.

## Therapeutica

### I

O iodoformio exerce uma acção favoravel sobre as feridas.

### II

Por um desprendimento de iodo nascente, efficazmente antiseptico.

### III

A sua absorpção póde dar logar a phenomenos toxicos.

### Clinica Cirurgica (I cadeira)

#### I

No movimento forçado d'extensão da perna sobre a coxa, consequencias más pôdem-se dar.

#### II

Fractura da rotula, ruptura do ligamento rotuliano e tambem do tendão.

#### III

E'possivel, ás vezes, quando o apparelho tendinoso resiste, sobrevir a luxação da rotula.

### Clinica Medica (II cadeira)

#### I

A uremia domina a pathologia do rim, como a asy-  
tolia a do coração.

#### II

Ella significa intoxicação, devido á insufficiencia da  
depuração renal.

#### III

Pertubações visuaes, auditivas fazem parte de sua  
symptomatologia.

### Clinica Pediatrica

#### I

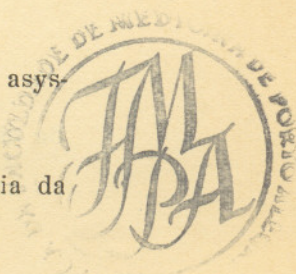
A dysenteria, que ataca tanto as crianças como os  
adultos, é uma molestia infectuosa.

#### II

Caracterizada anatomicamente por uma inflammação  
ulcerosa do grosso intestino.

#### III

Bacteriologicamente por germens especificos.





## Obstetricia

### I

Conhecer e praticar rigorosamente a asepsia e antiseptia, é indispensavel em obstetricia.

### II

As mãos e os instrumentos são muitas vezes os agentes de transporte dos germens infectuosos.

### III

E' preciso observar uma desinfecção minuciosa.

## Hygiene

### I

A purificação das aguas potaveis póde ser realizada de diversas maneiras.

### II

Por meios mechanicos, physicos ou chimicos.

### III

O ar e a luz são agentes de epuração expontanea.

## Medicina Legal e Toxicologia

### I

A submersão é, segundo Brouardel, a morte por suffocação n'um liquido.

### II

Póde ser completa ou incompleta.

### III

Os phenomenos são identicos.

### **Clinica Medica (I cadeira)**

I

O rythmo de Cheyne-Stokes é uma fôrma de uremia dyspneica.

II

Caracterisada por uma amplitude progressivamente crescente, depois decrescente dos movimentos respiratorios.

III

Com phases intercaladas de apnéa completa.

### **Clinica Obstetrica e Gynecologica**

I

Os fibromas uterinos são muito frequentes.

II

O tratamento cirurgico e curativo é a ablação.

III

Por via vaginal ou abdominal.

### **Clinica Psychiatrica e de Molestias Nervosas**

I

Na demencia senil a idade é um factor etiologico.

II

A sua acção é tanto mais poderosa e mais precoce, quanto a predisposição é mais elevada e a resistencia psychica mais fraca.

III

Entretanto, não é o unico.

**Visto**

Secretaria da Faculdade Livre de Medicina  
e Pharmacia de Porto Alegre, 27 de Janeiro  
de 1911.

*Dr. Dias Campos.*  
*Secretario Interino.*

## ERRATA

---

Apezar do muito cuidado na revisão d'este trabalho, algumas incorreções escaparam, cujas principaes, além de outras que o leitor corregirá, são :

- A' pag. 7, linha 20 — huntuosa, leia-se pudenda.  
« 10, « 10 — hernias, leia-se hernias.  
» 11, » 14 — se escapa, leia-se se escapam.  
« 13, » 2 — supiana, leia-se pubiana.  
« 14, » 7 — abodomino-genital, leia-se abodomino-genital.  
« 17, » 11 — orifio, leia-se orificio.  
« 18, » 5 — destinguem, leia-se distinguem.