

Dissertação, Cadeira de Clinica Obstetrica e Gynecologica : da hysterectomia abdominal nos tumores fibrosos do utero : proposições tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade : these apresentada á Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro no dia 17 de Outubro de 1896 para ser perante ella sustentada / por Francisco José Laraya.

Contributors

Laraya, Francisco José.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Rio de Janeiro : Typo-litho. Martins, 1896.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/rv39a2e4>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA DO RIO DE JANEIRO

THESE INAUGURAL

DE

Francisco José Laraya



Rio de Janeiro

Typo-litho. — Martins & C. — Rua do Hospício n. 170

1896

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY

PAUL T. PETERSON

PAUL T. PETERSON

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

**Da Hysterectomia abdominal nos tumores
fibrosos do utero**

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade

THESE

Apresentada á

FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA DO RIO DE JANEIRO

No dia 17 de Outubro de 1896

Para ser perante ella sustentada

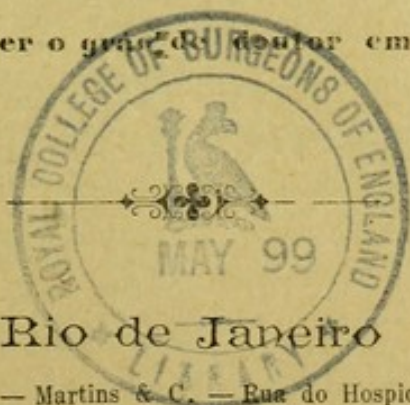
POR

Francisco José Laraya

Natural da Italia

Filho legitimo de Saverio Laraya e Domingas Laraya

Afim de obter o grau de doutor em medicina



Rio de Janeiro

Typo-litho. — Martins & C. — Rua do Hospicio n. 170

1896

FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR—Dr. Albino Rodrigues de Alvarenga.

VICE-DIRECTOR—Dr. Francisco de Castro.

SECRETARIO—Dr. Antonio de Mello Muniz Maia.

LENTES CATHEDRATICOS

DRS.:

João Martins Teixeira.....	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos.....	Chimica inorganica medica.
João Joaquim Pizarro.....	Botanica e zoologia medicas.
Ernesto de Freitas Crissiuma.....	Anatomia descriptiva.
Eduardo Chapot Prevost.....	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz.....	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho.....	Physiologia theorica e experimental.
Antonio Maria Teixeira.....	Materia medica, Pharmacologia e arte de formular
Pedro Severiano de Magalhães.....	Pathologia cirurgica.
Henrique Ladislão de Souza Lopes.....	Chimica analytica e toxicologia.
Augusto Brant Paes Leme.....	Anatomia medico-cirurgica e comparada.
Marcos Bezerra Cavalcanti.....	Operações eapparelhos.
Antonio Augusto de Azevedo Sodré.....	Pathologia medica.
Cypriano de Souza Freitas.....	Anatomia e physiologia pathologicas.
Albino Rodrigues de Alvarenga.....	Therapeutica.
Luiz da Cunha Feijó Junior.....	Obstetricia.
Agostinho José de Souza Lima.....	Medicina legal.
Benjamin Antonio da Rocha Faria.....	Hygiene e Mesologia.
Antonio Rodrigues Lima.....	Pathologia geral.
João da Costa Lima e Castro.....	Clinica cirurgica—2ª cadeira.
João Pizarro Gabizo.....	Clinica dermatologica e syphillographica.
Francisco de Castro.....	Clinica propedeutica.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro.....	Clinica cirurgica—1ª cadeira.
Erico Marinho da Gama Coelho.....	Clinica obstetrica e gynecologica.
Hilario Soares de Gouvêa.....	Clinica opthalmologica.
José Benício de Abreu.....	Clinica medica—2ª cadeira.
João Carlos Teixeira Brandão.....	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Candido Barata Ribeiro.....	Clinica pediatrica.
Nuno de Andrade.....	Clinica medica—1ª cadeira.

LENTES SUBSTITUTOS

DRS.:

1.ª Secção.....	Tiburcio Valeriano Pecegueiro do Amaral.
2.ª >.....	Oscar Frederico de Souza.
3.ª >.....	Genuino Marques Mancebo e Luiz Antonio da Silva Santos.
4.ª >.....	Philogonio Lopes Utinguassú e Luiz Ribeiro de Souza Fontes.
5.ª >.....	Ernesto do Nascimento Silva.
6.ª >.....	Domingos de Góes e Vasconcellos e Francisco de Paula Valladares.
7.ª >.....	Bernardo Alves Pereira.
8.ª >.....	Augusto de Souza Brandão.
9.ª >.....	Francisco Simões Corrêa.
10.ª >.....	Joaquim Xavier Pereira da Cunha.
11.ª >.....	Luiz da Costa Chaves Faria.
12.ª >.....	Marcio Filaphiano Nery.

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

DUAS PALAVRAS

A nossa modesta individualidade de escriptor novel já é, talvez, solicitação eloquente á baixa pela qual pretendemos ser cotejados no mercado da apreciação. Mas, com reduzir a tanto a esphera dos nossos anhelos, não vai d'ahi que, ao esboçarmos as primeiras linhas, na minucia dos factos que se prendem ao estudo da hysterectomia abdominal, não sanccionassemos o acontecimento com a pratica da promessa leal de derivar do nosso *cu* o ingenho e esforço bastantes para vencer com lustre as difficuldades suggeridas a cada passo pelo bravo do assumpto.

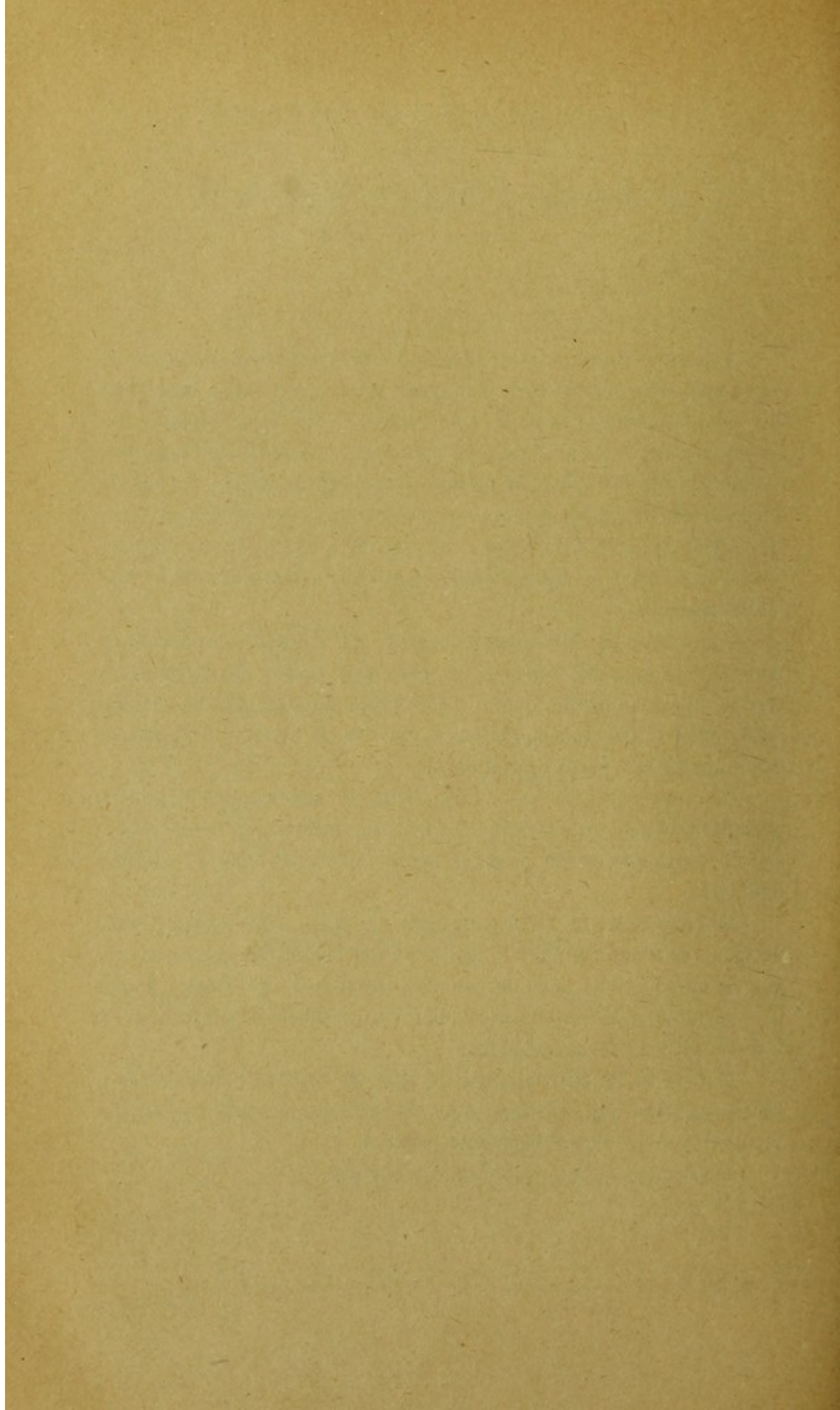
Concluir-se-ha talvez d'este exordio, á timidez d'esta aurora de labor, a este apparato solemne nos primeiros passos de viagem por terreno tão accidentado, que o mais profundo desconforto, senão a mais completa vacillancia, abateu o espirito do estreiante ao dar as primeiras côres á traça da sua obra.

Não foi essa, ao envez, a disposição de animo que presidiu ao primeiro movimento; a exigir mais firmeza, mais vigôr, mais enthusiasmo, seria alienar do possivel aquillo que elle tem de mais verdadeiro.

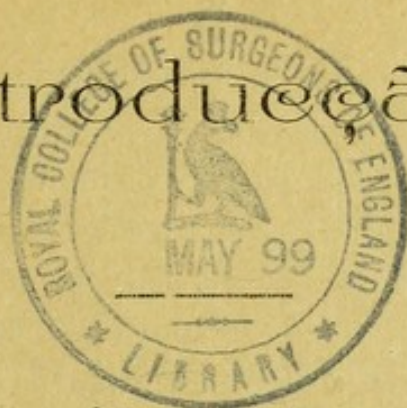
E, realmente, foi n'um transporte de moço, n'uma exuberancia de vida, sentindo-nos vibrado mollecula por mollecula, que nos entregámos, corpo e alma, á confecção deste trabalho! Ao mesmo tempo nos embalava a doce esperanza de vêmos corôada com pompa e brilho a nossa ultima prova academica.

E a ser assim, se conseguirmos levar de vencida o nosso escôpo, teremos a mais, o grande merito de pôr em boa evidencia o aproveitamento das sábias lições dos nossos mestres.

D'essa doce esperanza —a nossa energia.



Introdução



Breves considerações sobre a menopausa, castração e electricidade.— Sua influencia sobre os tumores fibrosos do utero.— Seu valor comparado.— Conclusões.

A circumstancia feliz, que a acção do acaso poz em jôgo, reservando-nos para interno do Gabinete de Gymnecologia do Hospital Geral da Misericordia, responde idoneamente pela nossa presença nos vastos dominios da pátologia pelviana. E quando mais não fosse, embôra não nos sorrisse a direcção em que lançámos a nossa derrota, já era factor de monta a attender aquelle que se avolumava na exigencia moral, nascida da nossa posição de interno n'um serviço de gymnecologia.

Ahi vimos deslizar, pelo espaço de tres annos, n'uma aprendizagem sempre crescente, os mais bellos especimens do rico scenario morbido, para o qual paga a mulher oneroso tributo com o que ella tem de mais caro e essencial á sua existencia: —os orgãos da geração (1). Da nossa permanencia em meio tão prodigo em ensinamentos, resultou que a observação dos casos tacteados por mão de mestre, exerceu no nosso espirito a benefica influencia de uma leitura proveitosa e repetida. Demais, com a pratica de destacarmos, n'uma

[1] *Tota mulier in utero*, antiga expressão latina, que serviu a Michelet para dizer:—
« Lafemme est une matrice servie par des organes. »

emergencia clinica, o preciso na observancia dos processos investigativos, nos seus requisitos essenciaes, nas suas formalidades impreteriveis, acreditámos ter ultrapassado o circulo estreito em que nos achavamos circumscriptos, de sorte a termos assim adquirido algo de autonomia na enunciação dos nossos pensamentos e responsabilidade no exercicio das nossas acções. Amadureceu tambem o nosso espirito a crença unica, particular, de que o determinismo dos nossos commettimentos só poderia ser inteiramente nosso, dando-nos isso a coragem necessaria para impormos o sello do nosso juizo individual nas locubrações que aqui se compaginam. Por outro lado, a norma de orientação, seguida invariavelmente pelos nossos chefes em casos identicos áquelles em que se amoldaram as nossas observações, já era por certo criterio que dictasse uma rotina a seguir. Calharam fundas e successivamente estas considerações no nosso espirito, e de então inscrevemos o nosso nome humilde entre aquelles que gladeiam para fazer o *claro* no *escuro* da questão referente á intervenção cirurgica nos casos de tumôres fibrosos do utero. Para esta affecção, de natureza essencialmente benigna, a escriptura do que se ha feito falla na pratica de toda a therapeutica. Até o velho methodo contemplativo, o expectantismo hyppocratico, em que se pretende pôr em vivo destaque o officio dos processos vitaes physiologicos, tambem teve e ainda tem a sua aurora de grande doutrina na arte de curar fibromas.

Aquí, entretanto, a confiança na *vis medicatrix naturæ*, providencia interior de que fallava Broussais, ao contrario da generalidade dos factos, subsiste já n'um periodo em que as actividades automaticas immanentes aos órgãos, os elementos equilibradores intrinsecos á economia cahem, por assim dizer, em um estado de menosvalencia accentuada, de incompetencia ás sollicitações forçadas de repressão aos ataques dos agentes morbidos variados.

Por esse tempo, o organismo declina, marca a ultima phase na sua evolução. O desfalque no metabolismo organico, a cifra de redução no indice funcional de cada apparelho é condicional no periodo post-genital de Anvard. E a prova que argumenta, avolumando verdade tão grande, decorre do conceito intelligente do analysta imparcial em face do periodo de repouso que se inicia para o apparelho em que se perpetúa a especie. A esse tempo, nelle se ex-

tingue o grito que denuncia e traduz o vigor da sua flôrecencia; não ha mais catamenios, por isso que a ovulação é morta (1).

E si assim é, a hypothese da influencia curativa da menopausa sobre a individuação morbida em especie depõe em sentido opposto ao que é rudimento em pathologia. Aprendemos que tudo quanto vive, tem attributos reagentes; e no caso que se faz assumpto — o organismo provocado em uma das suas partes — a reacção se significa ou por uma ampliação do coefficiente funcional dos meios reguladores intra-organicos, mantendo-se então a saude inalteravel, ou os meios se enfraquecem, claudicando por insufficiente a maiores exigencias de repressão; e a molestia irrompe. Não ha no combate reconciliação possivel entre as partes litigiantes. (2)

(1) « A cessação precoce ou tardia da menstruação não prova rigôrosamente que a ovulação apresente as mesmas modificações. Os dous phenomenos — hemorragia e desenvolvimento follicular — não se acham ligados de um modo constante um ao outro. » Tal é a opinião de Depaul. Embora assim não fosse, entretanto, o desvio á regra em qualquer assumpto não derroca o facto, por isso mesmo que elle se identifica com as manifestações diversas da existencia. E sanão, attendamos ao que diz Cl. Bernard, que nesse particular se exprime:

« Que des résultats contraires viennent ensuite à se produire, ils ne détruiront en rien les premiers, et en présence de l'incertitude qu'ils peuvent jeter sur des conclusions trop affirmatives, le moyen d'arriver à la vérité n'est pas de nier les résultats positifs au nom des résultats négatifs, ou reciproquement, mais bien de chercher la raison de leur divergence. » — Cl. Bernard: *Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux*. — Paris, 1858, t. 1, p. 362

(2) E' merito que cabe aos evolucionistas ter posto em evidencia as armas de que dispõem os typos organicos, conquistadas para defeza na luta pela existencia. — Cada forma pathologica é a expressão procedente de um ataque já consumado: «Tute le forme patologica nono sono altro che episodi della lotta per l'esistenza.»

Tal é o dizer de Parlavecchio: *Patognesi e significato biologico dei tumori* — Serie sexta lettura setima della collezione italiana di lettura sulla medicina.

A grande lei da divisão do trabalho, applicada a um organismo em pleno florescimento vital, estabelece, por um principio de beneficio commum, cada uma das suas partes componentes representando uma função indispensavel, não substituiavel por nenhum dos outros órgãos. — Corresponde á celebração de um contracto social, pelo qual cada parte trabalha para o todo, que por sua vez funciona, protegendo as parcellas suas contribuintes. Sendo assim, firmado o pacto de solidariedade indispensavel ao bem estar total, succede que ao attricto, á ameaça levantada contra uma parte da economia por uma causa pathogenica, responde de subito um protesto geral, dès que as condições inimigas são de ordem a exigir aggressão mais poderosa que a da alçada immediata das partes directamente interessadas.

Actue, porém, a causa morbida com pouca violencia, e além disso, insidiosa, lenta e gradualmente, como sóe acontecer em todas as especies de tumores no dizer de Parlavecchio; não sendo então alcançado, e compromettido de vez e immediatamente a existencia de todo o organismo, a reacção geral não sobrevem, e aquelle se limita exclusivamente a fornecer materiaes nutritivos, de sorte a sustentar assim os elementos dos tecidos, onde o combate se dá energico, corpo a corpo.

E Virchow, (1) que tão bem poz em evidencia a sua mão de mestre, quando disse do esforço da natureza individual na reacção organica contra a influencia pathogenica, salientou bem que mais se acerca do poste da victoria aquelle dos organismos mais pujante em vida. Em rigôr, acreditamos só poder preencher essa clausula uma organização de systema nervoso em optimas condições de excitar ou moderar as funcções organicas, cujo modificador é excellente. Assim, de concerto com a ponderação de Virchow, quedamos-nos silenciosos, n'uma interrogação crescente, á verificação do desvio que estabelece á generalidade dos factos, a hypothese clinica de conseguir sustar a energia de um neoplasma em evolução um organismo já no ultimo termo da expressão vital — organismo cujas funcções decahidas não têm requisitos de resistencia indispensaveis.

Realmente, assim seria se o phenomeno não fosse inteiramente local. (2)

De facto, a producção anormal, como parasita do utero, acha-se vinculada directamente á sua existencia, n'uma dependencia absoluta e forçada; participa do bem-estar do seu *habitat*, do mesmo que supporta resignado as oscillações de uma penuria fatigante e eventual.

Não poderia ser mais completa a passibilidade. E com esse *modus vivendi*, de subordinado inteiramente ao órgão gerador por todos os principios, succede que a sua evolução se escravisa ás variantes de maior ou menor contingente nutritivo que aquelle entende conferir-lhe.

Ora, a série de modificações que marcam a cessação do periodo activo da vida da mulher é, como se sabe, caracterisada por um processo de atrophia geral dos seus órgãos genitales. O utero, por-

1 Virchow: Handbuch der speciellen Path. and Therapie—1854.

(2) Ha, como sabemos, determinações morbidas que por sua natureza ou modo de evoluir passam por assim dizer ignotas do organismo geral, não provocando senão uma reacção *in situ*.

A natureza benigna dos tumores fibrosos, e a sua evolução ás vezes lenta, torpida, parece dar-lhes este caracter.

Todavia, só nas primeiras phases da idade adulta, e nessas circumstancias, o facto é verdadeiro, por isso que mais tarde se congregam os elementos de reacção geral contra o importuno hospede, que para seu commodo tudo invade, tudo comprime, transtornando d'est'arte e comprometendo á revelia a integridade das funcções organicas.

tanto, fatalmente adstricto á mesma eventualidade, começa a reduzir a quota sanguinea, nutritiva, extensiva á neoplasia fibrosa, que por sua vez coagida a pôr termo á sua evolução progressiva, vai regressando lentamente, em virtude da deficiencia da nutrição assignalada.

E', pois, um trabalho de atrophia que começa, progride e finalisa com o desapparecimento do tumor. D'ahi a cura natural. Circumstancia esta muitas vezes registradas, e de que são cheias as estatisticas sob a rubrica «*desapparecimento expontaneo dos tumores*», contraria em absoluto a opinião geralmente acceita em outros tempos, conforme a qual tudo levava a acreditar em multiplas influencias medicamentosas, e mesmo suggestivas. Ao inverso, pois, desse parecer, corre hoje como verdade e admiravel a acção salutar á economia da negação do fluxo menstrual. E' esse o sentir de autoridades na materia. Rociborski, (1) entre outros, aquilatando do valor clinico da menstruação sobre as affecções evoluentes no parenchyma uterino, deslisa por uma grande realidade clinica, quando põe em relevo que, afóra um estado anemiante, a ovulação ainda se faz, exista muito embora uma affecção organica.

E' esta uma circumstancia que melhor fôra não se verificar; deixa por tal de fruir o organismo dos beneficios implicados na ausencia do determinismo natural da dehiscencia expontanea. Dil-o Rociborski: «*Mais cette faculté, loin d'être favorable aux affections de la matrice, leur est tout à fait contraire*» . . . e mais adiante «*à chaque époque de déhiscence spontanée, l'úterus se congestionne en effet physiologiquement, ce qui ne peut que contribuer à augmenter le mal.*» — Aran, (2) mais minucioso, passa a respeito, na joeira finissima de sua observação clinica, particularidades que lhe dão as côres de analysta consumado; entretanto, o texto é o mesmo, e além de factos menores, resume

(1) Rociborski:—*Traité de la menstruation*, 1868.

Duparcque:—*Traité theorique et pratique sur les alterations organiques simples et cancéreuses de la matrice*, Paris, 1839. A' parte raras excepções, diz Duparcque, as affecções do utero em geral dispõem mais ou menos a metrorrhagias. A' principio, assignalá Rociborski, ellas se manifestam sob a influencia impulsora da ovulação; mais tarde, basta a alteração anatomica do tecido uterino para provocal-as. Por esse facto, sobreveem um momento em que a irritação, constante e profunda, experimentada pelo parenchyma, quasi que determina perdas sanguineas continuas. Em tal emergencia, é quasi impossivel distinguir o verdadeiro fluxo catamenial. Como consequencia, a economia se enfraquece, se anemia, e então o sangue que é constante a correr, torna-se independente da ovulação, porque esta cessa.

(2) Aran: *Leçons cliniques sur les maladies de l'uterus*; Paris, 1858, pag. 156.

sua demonstração, firmando que *em cada epocha menstrual, o estado local se aggrava, compromettendo a marcha da affecção.*

Assim se exprime Aran: «Tout que dure la période menstruelle, chaque mois, chaque époque, par l'effet du travail de l'ovulation et de congestion que l'accompagne, amène une aggravaation de l'état local; du moins, l'oscillation que ce travail imprime à la maladie est bien rarement favorable.

«D'une époque à une autre, il y a des mieux; une guérison apparente peut même avoir lieu, mais les règles arrivant, des douleurs se manifestent, et si les règles passées, on vient à examiner l'état de l'organe, on trouve que la plupart des phénomènes se sont aggravés...»
As proprias affecções cancerosas corroboram o facto, provando a acção maravilhosa da influencia mencionada. Dizem-n'o as estatisticas.— Com referencia, falla a de madame Boivier (1), annotada na «Maison Royale de Santé»:

12	casos	na	idade	de	16	a.....	20	annos
83	»	de	»	»	20	a.....	30	»
102	»	»	»	»	30	a.....	40	»
106	»	»	»	»	40	a.....	45	»
95	»	»	»	»	45	a.....	50	»
7	»	»	»	»	50	a.....	60	»
4	»	»	»	»	60	a.....	70	»

A meditação sobre os numeros da estatistica de Boivier mostranos, clara e intelligente, que a conclusão mais simples, mais logica a tirar della é que as affecções cancerosas do utero, raras no principio do periodo catamenial da mulher, vão se tornando cada vez mais frequente, a medida que este periodo se adianta, attingindo ao maximo, já quando os ovarios, o utero etc. gozam de um papel inteiramente activo. Vão escasseando, pelo contrario, a partir de 46 annos, no periodo em que o utero cahe na inercia a que o condemna a esterilidade.

E', pois, de observação que as manifestações de vida activa para o aparelho genital compromettem perniciosamente a marcha das molestias que nelle se assestam e reciprocamente, como succedaneo

(1) Dugés et Mme. Boivier: *Traite prat. des maladies de l'uterus et de ses annexes*.— Paris 1832

natural e logico disso, os phenomenos de significação inversa, desenvolvem acção beneficiante, inteiramente outra. A menopausa allivia, quando não cura; é a maxima. Courty (1) de Montpellier argumenta em favor da exacção desse asserto — Ha, para elle, das muitas molestias que enriquecem a gymnecologia algumas que podem viver em latencia, por effeito da menopausa — Marcaria a natureza organica um tento sem igual, si tal fosse sempre o seu detrerminismo intervencional; e com essa regra, um tumor oscillaria fatalmente dentro dos limites de um tempo de ante-mão contado.

Ao envez, o que deveria ser corrente é quasi excepção, e o engenho artificial é a cada passo solicitado para intervir, á precisão de levantar barreira para pôr embargo á onda dos males que atormentam a organização feminil. Com os tumores fibrosos mais o phenomeno se accentua, mesmo porque a completa subordinação delles ao órgão por excellencia da mulher não é perfeita, dès que se transformem de intersticiaes para pediculados.

A' medida que adquirem pediculos, os tumores em especie, vão pouco a pouco se enriquecendo de uma circulação propria, preparando-se assim lenta e gradualmente para uma independencia proxima. Não é outra a razão, nem cousa differente o que se dá, quando um tumor intersticial, a custo de muito crescer, vai se collocar centrifugamente sob o peritoneo, e tanto que o utero passa a considerá-lo como corpo extranho, assim como se fosse, diz Volkman, (2) *uterus juxta uterum sive extra uterum*. Um tumor nessas condições, um tumor sub-seroso, allongando muito o seu pediculo, pôde chegar a ter este tão delgado, tão afilado, a ponto de separar-se espontaneamente, completamente do órgão uterino, e então passar a demorar liberto dentro da cavidade abdominal.

N'uma laparotomia para fibroma, comprehende-se que deve tal eventualidade constituir surpresa de ordem a satisfazer os mais exigentes. E' por isso que Hennig acoroçoa de curiosos factos desta

(1) Courty: *Traite pratique des maladies de l'utérus*—pag. 282 — «Après la ménopause les maladies uterines, outre qu'elles sont rares, peuvent exister depuis longtemps, sans déterminer des vives douleurs, sans provoquer des troubles sympathiques et rester pour ainsi dire, indéfiniment, à l'état latent.

(2) *Conferenza de Volkman*, pag. 1.364.

natureza, e lembra que Loir e Neugebauer, abrindo um abdomen, *videro prorompero i miomi uterini atraverso le parati abdominali!*

Realmente, deve ser motivo para gaudio o assignalamento de tal phenomeno. Positiva, portanto, a variabilidade de relações anatomicas, ganhas da evolução da neoplasia nesse sentido, o regimen physiologico por sua vez adquire outros caracteres, essencialmente novos. O tumor assim muda de séde, experimenta outras condições de vida, e fortalece-se perante as oscillações de saude ou molestia do apparelho genital, ao qual é indifferente.

Até aqui, escrevemos das curas expontaneas influenciadas intimamente pela idade da mulher.

Ha, entretanto, outras que carecem e esperam os scientistas que se manifestem, d'zendo da sua mecanica. Se compulsarmos a preciosa obra de Lawson Tait, ahi vamos deparar, no capitulo do «*desapparecimento expontaneo*» dos tumores fibrosos, a observação de casos, dos quaes não é licito duvidar, com respeito á paternidade veneravel que os acolhe. No numero delles, destaca-se aquelle que Von Moosetig de Vienna apresentou á Sociedade Imperial de Medicina de Vienna.

Um fibromioma uterino estava condemnado á extirpação pelo abdomen. Alerto o ventre, verificou-se a presença de um tumor solido, elastico, do volume de uma cabeça de adulto e inteiramente immovel: enchia a grande e pequena bacias, e sobretudo situado na face concava do sacro. A' exposição aerea, o tumor congestionou-se, apresentando uma coloração vermelha sombria, ao mesmo tempo que pontilhados hemorrhagicos, aqui e alli, surgiam devidos á ruptura expontanea de pequenos vasos sanguineos. Em tal conjectura, entendeu o operador encerrar o abdomen. Cicatrisação da ferida operatoria em optimas condições. Quinze dias depois, observou Moosetig com assombro que o tumor estava diminuida á metade do seu volume primitivo. D'ahi por diante, a redução foi progressiva, de sorte que ao ser a paciente apresentada á Sociedade de Medicina podia o volume do seu tumor ser comparado ao da mão fechada de um adulto. Moosetig diz não ter encontrado caso igual na litteratura medica, e procura explicar a regressão expontanea do tumor referido por uma *hyperemia intensa* observada no momento em que se fez a laparotomia, do mesmo modo que sarcomas, diz elle, podem desaparecer á influencia de erysipelas graves ou outras complicações.

O caso de Moosetig não é virgem na especie; o proprio Lawson Tait diz-se testemunhos de muitos outros analogos, e vai d'ahi por adiantar que se não constitue methodo therapeutico a incisão exploradora, na cura das fibromas, não é isso razão para que, quando associada a outros meios, deixe de constituir argumento em favor da applicação extensa da exploração por laparotomias.

Uma operada de Schroeder, de chole-cystotomia, aproveitou tambem da incisão abdominal para a cura do seu myoma. A respeito escreve Lawson Tait, acreditando na unica influencia da laparotomia. Contribuiu para essa hypothese o facto de não ter a doente seguido outra especie de tratamento, por isso que ignorava até a existencia do seu tumor pelviano. (1)

Mas, á margem estes casos, não ha duvida de que na cura espontanea prepondera ainda hoje o modo de assignalar-se a menopausa, contribuindo sobremodo para que se inicie uma phase retrograda na evolução de certos hystermiomas. Facto incontestado esse, e que já vem annotado de longe, não é de admirar que muito tivesse concorrido como argumento á hypothese de ser aproveitada uma menopausa artificial, anticipada, para a cura dos fibrômas, mediante a sacrificação dos ovarios e mesmo do resto dos annexos. Sob a determinação desse principio, Battey, Hegar, Tait e outros levaram a castração ás culminancias de uma operação ideal. Operando, porém, indistinctamente sem formula racional de indicações positivas, intervindo delirantemente, sempre, n'um transporte, n'um verdadeiro delirio pelo novo methodo, não era de admirar que em consequencia se assignalassem desastres, depondo vibrante, energicamente contra elle. Tal succedeu. E de então, uma cohorte de individuos desafectos á castração, aproveitando, explorando mesmo a oportunidade, puzeram lustre á infelicidade de seus resultados, desde Hofmeir a consideral-a como operação perigosa e pouco efficaz, até Emmet, que a condemnou de vex, taxando-a de sempre negativa. As opiniões extremadas, entretanto, como sempre e em tudo, tiveram a evidencia de seu escasso valor, na apreciação das provas irrefractaveis da observação clinica; e assim é que se conciliam hoje as idéas antagonicas, com a

(1) Lawson Tait—*Diseases of women and abdominal surgery*, tom. 1, 1889, pag. 1921
«There could be no other known cause of its reduction than the abdominal section, as no kind of treatment had been directed towards it-as a etc.»

adopção de medidas sedutoras nas suas determinações intervencionaes. Não ha duvida, a influencia hemostatica e curativa da castração está completamente estabelecida em *determinados casos*. A proposito, dêmos a palavra a Duplay, autoridade no assumpto: «La castration pour fibrômes est suivie presque constamment de la cessation complète et definitive des hemorrhagies et très frequemment de la diminution du volume de la tumeur.» (1)

Pascal (2), na sua these inaugural, não é menos entusiasta e crente, e argumenta com uma estatistica colossal, de onde transparece a extraordinaria repercussão sobre fibrômas da exereze completa dos annexos.

Attinge á superior cifra de 80 por 100 o numero de vezes em que a retrocessão da neoplasia em especie se verifica na collecção de Pascal.

A estes organismos, porém, tão seductores e suggestivos, poderiamos oppôr a logica irresistivel dos factos clinicos, a nós dados analysar, e por onde se vê que o resultado consignado como definitivo não é muitas vezes senão enganador e intermittente.(3)

D'ahi, a avantajada proporção verificada na estatistica de Pascal, por nós considerada falsa, por isso que só em casos especiaes a castração aproveita, como mostraremos em tempo.

Demais, se nos dermos ao trabalho de compulsar os auctores de

(1) Duplay: *Arch. Gén. de Méd.*, Juillet 1885

(2) Pascal: *These Paris*.

(3) Pronunciamos-nos pelas estatisticas; mas não se veja no que dissemos, a creença firmada de que ellas são collecção de factos, onde só a verdade tem guarida.

Não, não vai até lá a nossa innocencia. Por estas paragens, exprimimos-nos desse modo equivaleria a declarar-nos candidatos a prendas de puerilidade, e não é esse o nosso intuito. Em cada estatistica, vai muito do individuo que a confecciona; com um caracter subjectivo, fóra de discussão.

Por isso não é de admirar que julgemos da inexacção de algum asserto, que nellas vem á evidencia com arroubos de verdade.

Mesmo á estatistica—Pean, á vista no Congresso de Cirurgia de França, de 1893 entendemos adiantar um ponto de interrogação, quando nella se procura firmar a frequencia da explosão fibromatosa em um tempo além do quinquagesimo anno de vida da mulher,

Está na tendencia systematica, imperdoavel, de querer justificar a intervenção cirurgica e de preferencia na phase inicial da evolução dos antigos hysteromas, a causa directa e capital de desatinos desse jaez.

Dá-nos direito de arrogancia de linguagem a analyse e registro dos numerosos casos, que desfilaram á nossa contemplação, durante o nosso internato. Pois bem, ahí vimo^s apenas quatro hystero-fibromatosas de idade superior a 50 annos.

maior competencia, encontraremos margem para assentar solidamente a nossa objecção: não ha accôrdo entre ellos.

Assim, para Lawson Tait, (1) a ablação dos annexos é uma operação de mortabilidade minima, muito efficaz, superior á hysterectomia, á qual deve ser preferida. Goldenberg, (2) por sua vez, reserva a castração para os casos em que o tumor não é localizado, e nos quaes todo o parenchyma uterino se acha invadido. Possuido de um optimismo grosseiro, acredita Goldenberg que o volume, a idade do tumor, o estado geral, em qualquer hypothese, não devem constituir pretexto capaz de deter o operador n'uma intervenção. Operar sempre!

Mais moderado, Salmanoff diz poder conseguir a castração admiraveis resultados, nos fibromas diffusos, como nos grandes myomas cavernosos solitarios.

O professor Duplay, em memoria já citada, conclue:

1º. A ablação dos dois ovarios aproveita bastante nos casos de metrorrhagias incoerciveis symptomaticas de corpos fibrosos do utero;

2º. E' de indicação especial, sobretudo, nos casos de fibro-myomas medios e pequenos, nos quaes a hysterectomia seria algumas vezes impossivel, e sempre extremamente grave, senão fatalmente mortal;

3º. Nestas condições, a castração é seguida quasi constantemente da cessação completa e definitiva das hemorrhagias, e muito frequentemente da diminuição do volume do tumor;

4º. A castração, ainda que não apresente grande gravidade (14,6 p. 100 de mortalidade) só deve ser empregada, uma vez gastos todos os recursos da therapeutica;

5º. E' contra indicada nos grandes fibro-myomas e nos cysto-fibromas, para os quaes só a hysterectomia é conveniente;

6º. A castração deve ser sempre dupla; ha vantagem em retirar-se ao mesmo tempo que o ovario o pavilhão da trompa de Fallope.

(1) Lawson Tait *Maladie des ovaires. Trad. Ollivier.*

(2) Goldenberg. *Centralb. f. Gyn.* 1886.

Chiara (1) é partidario da castração. Para elle, a menopansa cirurgica, obtida pela castração unida á salpingectomia, é de uma efficacia consideravel, contra os fibromas, e perturbações a elles inherentes. Por outro lado, avantajando a ovario-salpingectomia sobre a hysterectomy completa ou incompleta, para elle muito mais grave que aquella, dá-lhe tambem os toques de superioridade sobre a ovariectomia, de pratica muito mais complicada, e de resultados muito menos positivos, no seu entender. Chiara avalia em 10 para 100 casos o maximo da mortalidade a registrar na operação de que é adepto fervoroso. Excessivo o seu enthusiasmo, póde ser grandemente prejudicial. Todos os tumores fibrosos cedem á sua intervenção mesmo aquelles que excedem a linha umbelical! Paul Segond, mais criterioso que Chiara, menos systematico que L. Tait, depois de pôr á prova o seu grande senso cirurgico, discutindo moderadamente as indicações da castração e seu valor comparativo, conclue ser ella uma operação de grande valor, convindo sobretudo aos fibromas de dimensão media ou pequena, não em virtude do perigo que apresenta o seu volume, mas pelas desordens funcçionaes ou dolorosas que origina.

A' pratica da castração deve preceder a orientação das condições do caso em vista, e então optar seja pela castração, seja por uma intervenção mais radical, tomando sempre por guia de suas determinações a gravidade comparada das operações de que se póde dispor. As castrações muito laboriosas devem ser abolidas de vez.

Em presença de um dado caso de fibroma uterino, exigindo uma intervenção transperitonial, toda a castração projectada não deve ser feita senão quando a sua execução parecer simples.

Pelo contrario, diante de difficuldades operatorias reaes, o cirurgião não se demorará em tentativas inuteis e perigosas, irá logo ao mais serie, ao mais radical. . .

Richelot pensa que toda a linha de conducta uniforme, systematica, é defeituosa.

E' preciso subordinar o tratamento dos fibromas aos diversos procesos operatorios de que é possivel lançar mão.

Antes de tudo, importa tomar em consideração, como valôr

(1) Chiara: *Ann. de obst. gyn. et. ped.* 1885.

preponderante ás indicações, o estado dos ovarios e a natureza das difficuldades materiaes que podem surgir á sua ablação.

«Pour être une operation de choix la castration doit être avant tout d'une exécution facile. La formule est encore bien vague, mais elle n'en est pas moins significative. La limite qu'il faut établir entre la castration simple et la castration trop laborieuse restera toujours une question d'appréciation individuelle.»

As dimensões da cavidade uterina gozam de uma importancia de primeira ordem para Terrillon, na determinação da operação de Battey.—Assim, são os casos em que a cavidade uterina mede de 11 a 14 centimetros aquelles que mais embellezam as estatisticas, diz Terrillon.

Ao lado, porém, dos defensores da castração, avulta uma myriade de cirurgiões, para os quaes a hysterectomia abdominal tem toda a preferencia. Em Tillaux, por exemplo, ella tem um voto de reprobção : « Rien de plus cruel pour la malade, comme pour le chirurgien que de voir l'intervention menée à bien ne pas donner le resultat cherché ou ne donner qu'un resultat temporaire. »

Com o apoio da grande autoridade de Tillaux, mais a hysterectomia tem direito a vanguarda que hoje occupa. Só em 1891, Tillaux teve na hysterectomia 5 sucessos sobre 6 operações.—Então já elle dizia : *sans rejeter l'oophorectomie, j'incline à croire que l'hysterectomie lui est préférable.* » Polaiillon (1) considera a hysterectomia como menos grave que a castração.

Para elle está indicada no *gigantismo* uterino, epitheto de uma expressão bastante feliz, que dispensa maior commentario.—Bigelow (2) vê na operação de Battey uma das mais serias em cirurgia abdominal, e de execução difficilima ; só dá bons resultados nas mãos de Tait, é grave e sómente palliativa.

Martin (3) é bastante cathegorico em relação á castração,—Diz elle : só é possivel de justificação, n'aquelles casos em que os myomas são pequenos e quando a amputação supra-vaginal offerecer difficuldades absolutamente extraordinarias.

(1) Polaiillon :—*citação de Marques—Thesa Paris.*

(2) Bigelow :—*Amer J. of Obst 1894.*

(3) Martin :—*Traité des Molad. des femmes.*

As opiniões, entretanto, variam de côres de um dia para outro ; hoje uma operação soffre uma guerra de morte, amanhã os seus proprios detractores cantam-lhe hosannas. E' questão de convicção, e esta, quando não adquirida do cotejo de factos sustentados pela experiencia, tem esteios falsos e, como elles, cahe ao menor impulso, desde que a consciencia julga pelo padrão da verdade. Richelot (1), por exemplo, que em 1893 conservou-se extranho á pratica da castração e por isso em abstracto a considerava uma operação de algum proveito, mas sem conhecimento do seu modo de acção, já actualmente depois de entregue a ella, inclina-se a dar-lhe um valor real, grande, quando aproveitada convenientemente, em casos em que é justificavel a sua influencia therapeutica. O successo da castração, diz elle, é em grande parte subordinado á séde, ás suas relações com a parede uterina ; em outras palavras, a regressão do tumor fibroso consecutiva a essa operação só é possível verificar-se, quando aquelle guardar uma relação de vida intima com o utero, quando fôr da especie intersticial, portanto.

A orientação de Richelot no assumpto, bastante criteriosa, não é mais do que o resultado da apreciação da maneira pela qual se comporta a menopausa natural na esphera de sua acção curativa sobre certos fibro-myômas.

Interpretar, precisar como e quando essa influencia seria possível, e aproveitá-la por analogia á castração, tal o progresso ultimamente devido a Richelot. E nessa mesma ordem de factos, senhor de prodigioso espirito de generalisação, procura Richelot incluir a electricidade, de sorte a haver assim maravilhosa uniformidade de acção entre ella, a menopausa e castração. Diz elle, no capitulo em que trata do valor comparado da castração e electricidade: « Si on pense que tout fibrôme reconu appelle e légitime l'électricité, on neglige une distinction à faire entre les fibrômes interstitiels et ceux qui s'énucléent pour se développer sous le péritoine. »

E' uma verdade ; os primeiros, incorporados á massa uterina participam da vida do órgão e excitam a contracção, a dór, o affluxo sanguineo, etc. Ora, effectivamente, tudo o que modifica a circulação, a nutrição da parede uterina, deve actuar ao mesmo tempo sobre elles.

(1) Richelot — *Ann. de Gym. et d'Obst.* Juin. 93.

Assim actua a electricidade quando debella as perdas sanguineas ; assim, a ablação dos ovarios, quando supprime as congestões periodicas, attingindo ao mesmo fim, pois, apenas por via differente. A ser assim, a electricidade e a castração ovariana procedem do mesmo modo, descongestionando o utero.

Na verdade, de lado outros effeitos, evidentemente sobrepuja na acção electrica a determinação descongestionante. E baseados nisso, tendemos mesmo a acreditar na proposição de Riche'ot, quando declara só dar resultado a electricidade na especie intersticial dos fibrômas, e nunca nos enucleados, por isso que estes vivem á sua custa, independentes....

Até ahi, de pleno accôrdo. Além, soffra-se-nos dizer-lo, chocamos-nos em divergencia profunda ; absolutamente não admittimos do confronto superioridade em resultado ao methodo de exereses dos parametros para a cura indirecta dos fibrômas. Aceitar, com Riche'ot, assertos como : *as correntes têm acção temporaria*, eliminadora apenas de um symptoma, que reaparece, é sacrificar a verdade, negando formalmente o registro de casos em que, afóra qualquer outro meio, a acção curativa da electricidade é franca, manifesta... A proposito, a observação seguinte, pessoal, é protesto eloquente :

(1) B. C. de 23 annos de idade, de côr parda, brasileira, casada. Aos 13 annos, appareceu-lhe o fluxo catamenial que durou tres dias.

Até aos 19 annos de idade, quando se casou, a menstruação sobrevinha com regularidade, durando 3 a 4 dias e em quantidade normal.

Depois dessa data, tornou-se irregular, sobrevindo nas epochas habituaes menorragias abundantes, acompanhadas de alguma dôr. A' vista disso, consultou ao Dr. Feijo ácerca d'essas hemorragias e do crescimento do ventre, o qual reconhecem a presença de um *fibroma sub-péritonial, movel, do volume de uma prenhez de oito mezes*.

(1) Parte d'esta observação encontra-se na these inaugural do Dr. Anisio Peixoto, de onde retiramo-la na sua integra. Vide theses de 1895.

Começou o tratamento prescripto: — correntes faradicas (em fim de Setembro de 1891), fazendo-se-lhe duas sessões semanaes de 15 minutos.

Depois de algumas faradisações do collo do utero, desappareceram as membrahagias, assim como a dôr que as acompanhavam.

Accommettida de impaludismo em Dezembro, conseguiu restabelecimento completo em Junho do anno seguinte; conservando-se, porém, amemorrhica durante todo este tempo, não se lhe fez applicação electrica alguma até fins de Julho, por isso que, restabelecida da infecção malarica, esteve em tratamento de uma vaginite blennorrhagica.

Sómente em Agosto de 1892, recommençou o tratamento electrico e em Novembro do mesmo anno restabeleceu-se o fluxo menstrual.

O tumor se reduzira consideravelmente ás proporções de uma cabeça de feto pouco desenvolvida, assim como adquirira muito mais mobilidade.

Em Janeiro de 1893 engravidou (tinha ella 21 annos de idade), dando á luz um feto a termo, vivo, em Setembro, seguindo-se o puerperio perturbado por ligeira infecção palustre, que promptamente cedeu ao emprego da quinina.

Durante o aleitamento absteve-se do tratamento electrico e o tumor tornou-se ainda muito menos volumoso, sem duvida porque soffreu a influencia regressiva do periodo da involução uterina.

Voltando ao tratamento pelas correntes faradicas, teve em Maio de 1895 alta completamente curada do tumor fibroso.

Em principios, porém, de 1896 apresentou-se a paciente novamente ao Gabinete de que somos interno, queixando-se de que outro tumor se desenvolvia na séde do primitivo. Realmente, fazendo saliencia acima do pubis, novo tumor á palpação e á inspecção foi verificado, de consistencia, porém, molle, depressivel... Em seguida a mais minucioso exame, optou o nosso illustre mestre, Dr. Feijó, pelo diagnostico da prenhez, ainda em principio, razão pela qual foi suspenso o tratamento electrico, a despeito da paciente que a toda força negava a possibilidade de nova gestação.

Cinco mezes depois, voltando á consulta, assignalou-se maior augmento do tumor e á apalpação feria a ponta dos dedos, para o lado

esquerdo do abdomen, uma particular sensação de crepitação, mais ou menos semelhante á que poderia produzir pequena porção de farinha de trigo, quando comprimida entre os dedos.

A' vista da crepitação especial, que poderia ser filiada á existencia de adherencias; á natureza molle do tumor, perfeitamente depressivel; á ausencia de choque fetal, de ruido embryocardico e de outras signaes de prenhez, que justificassem o diagnostico primitivo, acreditou o nosso mestre, Dr. Feijó, tratar-se de um kysto do ovario ou de um novo tumor fibro-kystico — com a loja kystica projectando-se para o abdomen. . .

De accôrdo com o nosso amigo Dr. Carvalho Azevedo, de quem era a enferma cliente particular, deu o Dr. Feijó o seu voto, approvando a pratica de uma intervenção cirurgica, que foi consummada na presença dos Srs. Drs. Daniel de Almeida, Honorio Vargas, Vieira Souto, Oliveira Vianna e os estudantes de medicina Carlindo Valeriani e o autor deste trabalho.

Pois bem, feita a laparatômia, verificou-se tratar-se de uma prenhez extra-uterina, da variedade ovariana. O feto encerrado dentro de uma vesicula ampliada constituia o tumor; a crepitação que antes, á apalpação se percebia, era determinada pelo contrachoque dos ossos do feto, todo desfeito, já em adiantado estado de putrefacção. Não se tratava, pois, de um tumor fibroso, podem attestar os Srs. assistentes; o utero estava reduzido ás suas dimensões normaes!! E como o unico tratamento seguido pela paciente no tempo em que era portadora de um tumor fibroso, foi o emprego da electricidade, a ella exclusivamente cabe o triumpho da cura de que se não póde duvidar, por isso que, *ad visum*, foi assignalada. E' caso este de ordem a não merecer discussão; prova mais que exhuberantemente a influencia curativa da acção electrica, depondo energicamente contra aquelles que della são inimigos por principio, por uma especie de systematisação, soberanamente condemnavel!

Dispensamos-nos de maior commentario, portanto.

● *visum et repertum* do orgão outr'ora myomatoso, agora na mais exacta condição de integridade, é circumstancia por si aniquilante de qualquer duvida. Ahi, foi a electricidade, simplesmente, ella só, unica, que não *supprimiu* temporariamente um symptoma, em que pese a Richelot, mas que abateu todos, exonerando a mulher

do seu tumor. Casos como estes, não devem ser raros nos serviços especiaes de electricidade, como a nós foi dado observar no Gabinete de Gynecologia, de que fomos interno perseverante, muito tempo. E nessas condições, não vai muito para concluir do que fica para a castração, quando comparada á electricidade...

Assim, se com a castração, as condições physiologicas do utero são completamente mudadas, e por isso soffrem os tumores intersticiaes grande redução, com a electricidade obtem-se o mesmo, conseguindo-se a mais a conservação dos annexos, não esterilizando, portanto, quem ainda póde ser util, perpetuando a especie. Superior em resultado, tem ainda ganho de causa, quando invocado o paralelo entre o modo de ser de uma e outra: — a electricidade evita o exercicio de intervenção transperitonal, grandemente grave, realmente seria.

« A electricidade é palliativa; a oblação dos ovarios cura. »
Achamos-nos com o direito de dizer *nem sempre*.

A electricidade falha, do mesmo modo que a castração, ou outro methodo póde falhar; a electricidade cura tal como outro qualquer meio racional.

A acção varia com os casos; é questão de oportunidade do seu emprego. Assim, um tumor da natureza da especie a que nos referimos, achando-se em via de pediculação, evidentemente não é bem pediculado, nem completamente intersticial; occupa uma posição intermediaria, de relativamente independente, de relativamente subordinado.

Tanto vive de si proprio, como participa da vida uterina. — A electricidade nessas condições aproveitará? Quer-nos parecer difficil a resposta, quando a pergunta é feita no sentido de verificar si realmente o proveito é completo, de ordem a exonerar o individuo, do seu hospede incommodo, o seu tumôr fibroso. E' difficil, ou antes não affirmativa, attendendo a que tanto póde ser palliativa a acção electrica, como curativa.

Si a custa de muito actuar sobre o utero com o pólo descongestionante, conseguir-se uma regressão da parte do tumôr em relação immediata com o utero, bem póde acontecer que a porção restante resinta-se do mesmo por um principio de solidariedade anatomica, e participe do mesmo phenomeno.

A hypothese inversa por sua vez pôde dar-se perfeitamente, e então teremos susceptíveis de verificação dois resultados para um mesmo caso.

Não é outra a razão porque na ultima eventualidade se appellida palliativa a acção da electricidade. — Com effeito, ella aproveita em relação a alguns symptomas; beneficia por consequencia relativamente, mas não cura, por isso que o tumor evolue, projecta-se então com maior probabilidade e rapidamente para o interior da cavidade abdominal. Observamos no Gabinete de Gynecologia da Misericordia um caso dessa ordem:

U. A. portadora de um enorme fibrôma, soffria cruelmente: atrozes e lancinantes dôres a accommettiam sem treguas, roubando-lhe a tranquillidade, e obrigando-a a guardar o leito. Submettida ao tratamento electrico no nosso serviço, experimentou algumas melhoras nos primeiros tempos. — Apresentava-se por isso com assiduidade ás sessões a ella reservada. Ultimamente, porém, os phenomenos de compressão se accentuaram; as dôres primitivas voltaram cruciantes, acerbos, trazendo profundo desanimo no espirito da paciente, que começou a abandonar o Gabinete, onde lhe era applicada a electricidade.

Apparecendo ainda algumas vezes, a conselho do Sr. Dr. Augusto Brandão, illustrado Professor da Maternidade Clinica, onde se achava recolhida, foram nulos os resultados colhidos, por isso que passava cada vez peor. A vista disso, entendeu o Dr. Brandão operal-a, determinando antes a pratica de uma serie de injeccões hypodermicas do serum-Cheron, no intuito de levantar-lhe o estado geral em pessimas condições.

Dias depois, porém, procedendo a ausculta da paciente, verificou não ser possivel uma intervenção cirurgica, por isso que apresentava os vertices pulmonares tuberculisados. — Algum tempo mais, U. A. falleceu, e seu cadaver foi requisitado para autopsia.

Sobre o caso, aproveitando a oportunidade, deu n'esse dia o Sr. Dr. Brandão a seus alumnos uma lição verdadeiramente proveitosa e pratica, procedendo a uma hysterectomy abdominal parcial.

Ajudaram-n'o na operação, os distinctos estudantes Torreão Roxo e Amaral Gurgel, internos da Maternidade. Pois bem, o tu-

môr por nós examinado, era constituido por 4 nucleos, presos um ao outro por um pediculo differente, um dos quaes continuava-se com o orgão uterino. Acreditamos rezidir na disposição anatomica d'esse tumor a razão pela qual foi negativo o resultado da acção electrica. As partes independentes não fruiam da acção immediata do pólo applicado sobre o parenchyma uterino; não aproveitavam senão mediocramente o effeito interpolar e reflexo, e isso mesmo de uma maneira irregular, visto a incompleta assiduidade da paciente ás sessões a ella reservadas. Os beneficios colhidos a principio e isso mesmo sob uma fórmula temporaria, attribuímos á acção mais energica do pólo electrico sobre a porção fibrosa mais proxima do utero.

Expressa a nossa orientação actual sobre o assumpto, vejamos o que ha estabelecido em relação a acção respectiva de cada polo electrico, bem como sobre a hemostasia galvanica.— Apostoli (1), em analyse de conjuncto das suas publicações, chega ás conclusões seguintes :

1.º) a corrente galvanica continua, applicada na cavidade intra uterina sob a forma de galvano-caustia, tem um poder hemostatico poderoso e rapido, variavel segundo o polo activo, sua densidade, intensidade e direcção da applicação.

2.º A hemostasia galvanica pôde derivar seja da acção polar directa (immediata ou afastada), seja da acção reflexa addicional, seja da acção interpolar ou electrolytica, trophica e posthuma;

3.º O pólo positivo é directamente, por sua acção polar *immediata*, coagulante ou hemostatico;

4.º O pólo negativo é directamente, por sua acção polar *immediata*, congestionante e pouco ou quasi nada hemostatico;

5.º Os dous pólos, na sua acção reflexa, parecem ter um poder hemostatico analogo;

6.º O effeito hemostatico posthumo, derivado em parte da acção interpolar electrolytica, é preponderante com o pólo negativo, manifestamente mais dystrophico e mais desnutritivo que o positivo.

(1) Apostoli: *Revue d'hygiene therapeutique*, mai 1895, ou *La Gynecologie* — Juin 96.

Por ahi se vê o grande poder realmente descongestionante da galvano-caustia, na sua acção interpolar, reflexa, e mórmente directa, assim como a preponderancia do effeito desnutritivo do pólo negativo. A acção interpolar e reflexa das correntes poderia até certo ponto explicar uma regressão nos fibrômas pediculados; acontece, porém, que ao passar um tumor de intersticial para pediculado, elle se acha em um periodo de evolução em que é tal a sua autonomia, resistencia e riqueza vascular que toda a acção electrica se nullifica por completo, sem proveito visivel.

*
* *

Lembrando as nossas considerações, concluimos:

a) A' menopausa cabe perfeitamente a determinação de uma cura expontanea, nos tumores intersticiaes fibrosos;

b) A castração consegue produzir o mesmo effeito, assim como a electricidade em tumores da mesma especie;

c) A castração, comparada á electricidade, occupa um plano muito inferior. Attendendo-se a isso e aos defeitos que lhe assignámos, só deve ser utilizada em condições muito especiaes;

d) A electricidade póde ser aproveitada como meio paliativo ou curativo nos tumores mais intersticiaes que pediculados, e só paliativo nos completamente pediculados.

Da hysterectomia abdominal — Divisão — Myomectomia
— Enuclação intra-peritonal

Incontestavelmente, ha fibromas que reclamam uma intervenção cirurgica.

A natureza d'esta, entretanto, comprehendida diversamente pelos cirurgiões que successivamente se entregaram á remoção dos neoplasmas fibrosos pelo bistouri, constituiu por largo espaço de tempo assumpto de serio litigio. As maiores discussões a respeito foram levantadas; as mais francas modificações foram introduzidas no methodo operatorio, como recompensa d'isso.

E a cirurgia lucrou.

Mais uma vez venceu a noção de que se faz a luz, discutindo... E o entusiasmo dos cirurgiões cresceu, repercutiu em trabalho, em aperfeiçoamento de technica operatoria. D'ahi a multiplicidade de processos existentes, tantos que um volume enorme seria preciso para contel-os. Colher os principaes, passar em revista as phases por que têm passado, tal o fim do nosso trabalho.

De começo, todavia, bom é que fique estabelecido deixarmos de lado o methodo indirecto—a oophorectomia—cada vez mais abandonada e a proposito de que nos referimos nas nossas considerações geraes. Entregar-nos-hemos de preferencia aos methodos cujo principio é a ablação, a extirpação do tumor: — methodos directos, que são os mais racionais e que gozam de acceitação geral.

Iremos em progressão crescente, estudando processos filiados a um mesmo grupo, cotejando o perfil de cada um, e estabelecendo o seu valor comparativo. Na realidade, em abstracto, poderemos dizer desde já que operação ideal é a que permite, após a ablação completa do tumor, a reconstituição tão integral quanto possivel da cavidade abdominal.

A hysterectomia vaginal realisa este ideal no maximo do possivel, e os successos obtidos pelos cirurgiões francezes estabeleceram a excellencia deste methodo a despeito de todas as objecções e de todos os desdens.

Infelizmente, entre os tumores fibrosos, ha alguns perante os quaes a hysterectomy vaginal é impotente. E então intervem a hysterectomy abdominal, cuja technica nos propomos a estudar.

E', portanto, um estudo de conjuncto dos diversos processos de hysterectomy abdominal, que vamos fazer, levando como objectivo principal a demonstração de que, emquanto a hysterectomy vaginal tem os predicados de excellente operação, prejudica-se n'isso a abdominal, por deixar um pediculo cuja presença constitue grande inconveniente. A suppressão do pediculo equivale á remoção do defeito, e é essa vantagem que nos esforcaremos para conferir á ablação total.

Estudaremos os differentes methodos de conservação do pediculo aprecial-os-hemos, assignalando-lhes as vantagens e desvantagens, para comparal-os, emfim, aos de hysterectomy abdominal total. Tere-mos, portanto, de revistar capitulos differentes, obedecendo a uma sollicitação didactica. E por mandar a boa orientação, para melhor clareza no assumpto, partir do simples para o complexo, começaremos por marcar a conducta do cirurgião em especies de tumores pediculados, onde a intervenção é a das mais simples. Orientados nesse particular, indagaremos das fórmas reclamantes de processos de complicação maior, arribando por fim no trecho em que a hysterectomy abdominal total se ostenta como methodo de maior valor.

De parceria com a progressão crescente de processos operatorios e attitudes clinicas differentes, falla a divisão cirurgica estabelecida por varios autores para os tumores em especie.

Variará, com effeito, a intervenção em cada uma das modalidades :

- A. *sub-peritonal e pediculado ;*
- B. *sub-peritonal, sessil ou intersticial encapsulado;*
- C. *intersticial e volumoso ou de nucleos multiplos.*

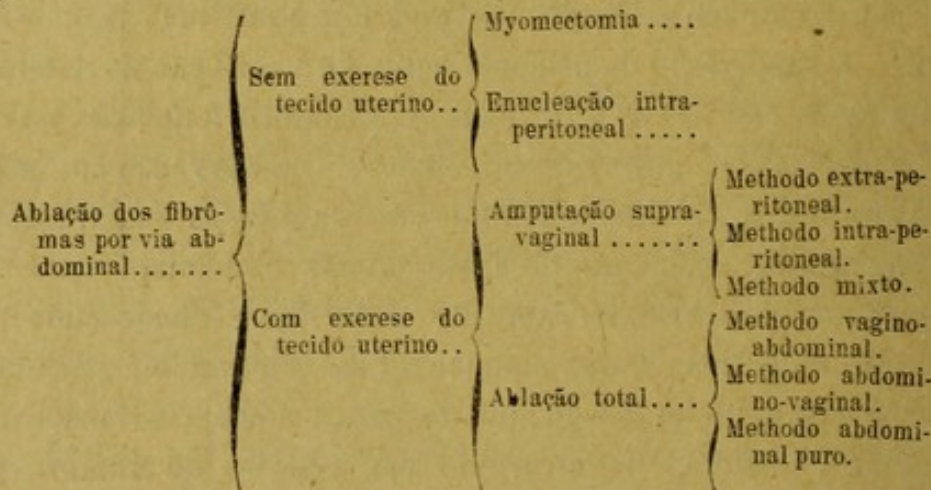
A classificação á vista, entretanto, de cunho todo arbitrario, tem acceitação apenas como meio de facilitar o estudo cirurgico, que vamos emprehender.

A fóra isso, de lado o interesse didactico, n'um caso clinico seria condemnavel tal divisão. Toda a sorte de combinação, nas variantes de typo a que obedecem os casos communs, é de hypothese possivel. Ninguem se admiraria, por exemplo, de encontrar, após uma loperotomia para fibrômas, um tumor pediculado enxertado sobre

um outro intersticial, mudando assim completamente a physionomia clinica do caso.

Entretanto, para facilidade de descripção, presta-se a divisão exposta.

Nas duas primeiras modalidades, a intervenção cirurgica reduz-se simplesmente na ablação do neoplasma, sem perda de tecido uterino. Poderemos, portanto, dividir o nosso programma da seguinte maneira:



Daremos sobre a ablação dos fibromas por via abdominal, sem exereses do parenchyma uterino, apenas alguns traços geraes. E nem mais do que isso seria razoavel comprehender em uma these cujo titulo—hysterectomy—indica operações, acarretando perda de tecido uterino.

MYOMECTOMIA

A. Fibro-myômas sub-serosos pediculados

A ablação dos tumores sub-peritoniaes pediculados por via abdominal constitue o que se deve chamar propriamente: myomectomy.

E' das hypotheses operatorias, em tumores fibrosos que reclamam laparotomia previa, aquella que mais sorri ao operador. Nem por isso deixa de ser intervenção de prognostico grave. A gravidade, porém, da myomectomy não está propriamente na operação que este nome tem, mas na preliminar obrigada, que vem a ser a laparotomia.

A não ser por esse particular, poderíamos dizer que a myomectomia, verdadeira repetição da ablação de polypos por via vaginal, occuparia o primeiro plano nas tentativas de extracção das neoplasias fibrosas.

Na pratica de uma myomectomy, duas occurrencias podem succeder em relação a espessura do pediculo, que justifica outras tantas attitudes chirurgicas differentes: Assim, se o pediculo fôr pouco espesso, é de exercicio corrente a passagem atravez delle de uma agulha, levando um fio de seda duplo, como qual se fazem duas ligaduras em cadèa ou dá-se o nó de Lawson-Tait; na hypothese inversa, basta applicar aquem do tumôr, sobre o pediculo, uma boa pinça de pressão continua, seccionando-o depois graças a duas incisões obliquas, praticadas de modo a reunirem-se em angulo agudo no fundo da ferida.

Conserva-se sempre uma orla de peritonio para servir de revestimento ulterior ao proprio pediculo.

Depois de ligados os grandes vasos que nelle possam existir, passa-se a suturar cuidadosamente os labios e a profundidade da ferida. Na eventualidade de uma hemorrhagia, pôde-se usar previamente de uma ligadura elastica provisoria, dando-se 2 a 3 voltas e formando depois um nó simples. As extremidades livres mantêm-se entre os ramos de uma pinça. Terminadas as suturas, retira-se o laço elastico.

— —

ENUCLEAÇÃO INTRA-PERITONIAL

B. Fibro-myômas sub-serosos sesséis ou intersticiaes encapsulados

A' operação que consiste na extracção de tumores com essas disposições anatomicas se tem reservado o nome de « enucleação intra-peritonal » — Preconizada e empregada por A. Martin em larga escala, devia esta operação de alcance altamente conservador ter as primicias entre as demais no genero. Realmente, a retirada de um producto fibroso com a conservação da integridade do aparelho gerador, constitue resultado que á só uma operação ideal cabe preencher.

E esta circumstancia subiria de ponto no objecto d'uma operação com esses requisitos, quando applicada a uma mulher ainda com figura saliente nos capitulos do romance sexual.

Entretanto, é preciso confessar que não são muitos aquelles que lhe rendem homenagem.

E responde por esse retrahimento dos cirurgiões, já a extrema variedade dos tumores fibrosos assim dispostos, e difficuldade de diagnosticar um tumor unico, encapsulado, já os inconvenientes a que expõe a enucleação, quaes sejam as hemorragias e septicemias, sobretudo quanto acontece abrir-se a cavidade uterina na sua practica.

A enucleação, como se sabe, só convém a tumores encapsulados que crescem por igual, tanto para fóra como para dentro do utero. A condição necessaria para ser applicada seria, pois, a de certeza da existencia de um só nucleo myomatoso.

Ora, si não vai muito longe a nossa imaginação, quer-nos parecer difficilimo, ou quasi impossivel garantir á simples inspecção da superficie externa do utero, ampliado pela massa fibrosa nelle evolvente, a existencia de um só nucleo fibroso. E si a mais de tudo isso si ajuntar que a technica da enucleação é bastante complicada, e demanda muita delicadeza e tempo, ver-se-ha que não é fructo de brutal systematismo o abandono em que se acha Martin, quando advoga tal causa.

— Expensas estas considerações, simplifiquemos o manual operatorio :

Mantida a hemostasia por uma ligadura elastica provisoria, collocada sobre o collo, logo abaixo do tumor, procede-se a divisão da capsula, e a enucleação do neoplasma. A cavidade resultante é tractada de modo differente, conforme a mucosa uterina é ou não intacta. No primeiro caso, tudo se reduz a uma simples sutura dos bordos da incisão da capsula.

Casos como estes registra Martin 16 na sua estatistica, por onde se vê que apenas 3 foram fataes, havendo, porém, reproducção do tumor em um outro caso, que exigiu mais tarde a hysterectomia. Quando por acaso acontece á enucleação determinar-se um ferimento da mucosa, incidente gravissimo, Martin aconselha fazer rapidamente uma sutura da mucosa a catgut, e a deixar um tubo de drenagem.

que tem por fim communicar a capsula com o collo uterino; suturar em seguida as paredes da cavidade do tumor por meio de uma agulha curva, passando sob toda a superficie sangrenta, e apertar bem os nós para que a adaptação seja exacta.

Schroeder usa de catgut, e faz as suturas em planos superpostos.

Chevrier, tambem partidario caloroso da enucleação, conseguiu reunir 125 casos, com uma mortalidade de 16 por 100. Nos primeiros tempos, quando Martin ensaiava o methodo, os resultados por elle colhidos foram brilhantes, na verdade.

A causa directa desses successos corria por conta da castração tubo-ovariana que elle fazia ao mesmo tempo. A prova é que, entregando-se á pratica da simples enucleação, as suas operadas foram ulteriormente accommettidas de grandes metrorrhagias e dor. A conclusão pratica e logica que d'ahi póde-se formular é que os resultados immediatos á enucleação são animadores, porém illusorios, attendendo-se a que não são estaveis.

Demais Hegar nega as vantagens que Martin lhe confere — Hofmeier por sua vez não condemna menos a enucleação.

C. Fibro-myômas intersticiaes de nucleos multiplos

Até aqui nos occupamos de tumores fibrosos cuja ablação não complicava a determinação de uma exereze do parenchyma uterino, a não ser na occurrencia de condições muito especiaes. O nosso capitulo agora é muito outro. Já não é possivel na especie fibromatosa aventada querer conservar os elementos correspondentes do orgão por excellencia — O bistouri tem, na sua nobreza de arma cirurgica, de entrar ahi como sacrificador e implacavel, determinando o exterminio de tudo quanto é morbido, e da sua sede.

Até bem pouco tempo, o methodo preferido na therapeutica cirurgica, dos casos em que o tumor fibroso se retractava sob a forma anatomica que encima o nosso capitulo, consistia na hysterectomia supra-vaginal de Korberle-Pean, que esteve em voga, como methodo de escolha.

(1) Chevrier. *Nouv. Arch. d'obst. et, gymn* 1891. Avril.

Mas a tendencia natural dos cirurgiões de abater com valor os perigos que assignalavam o exercicio do methodo na moda, offereceu-lhes ensejo para que outros fossem suggeridos. — As modificações principaes convergiram para o tractamento do pediculo, e n'um desaccordo crescente, quizeram alguns dar termo á discordia, lavrando auto de suppressão ao objecto de litigio.

Mas, apesar de tão energico systema de cortar o fio das divergencias, nasceu nova luta, na qual se disputa a preferencia de caminho a seguir na practica da ablação total do orgão onde evoluem os neoplasmas fibrosos.

D'ahi a existencia dos differentes methodos de hysterectomia supra-vaginal, de hysterectomia total abdominal, abdomino-vaginal, e vagino-abdominal, que passaremos em revista, a começar pela amputação supra-vaginal.

THESE

PRIMEIRA PARTE

AMPUTAÇÃO SUPRA-VAGINAL



CAPITULO I

Methodo extra-peritonal — Historico (1)

O primeiro methodo, no tratamento cirurgico dos tumores fibrosos do utero—o methodo extra-peritonal—é hoje conhecido nos dominios da cirurgia abdominal sob a denominação de methodo de Hegar, não porque tivesse elle sido o primeiro a ter a lembrança de fixar o pediculo á ferida abdominal, mas porque as minucias de technica, por elle descriptas com maestria, foram taes que lhe valeram a prioridade aos demais que se occuparam do assumpto. Assim, assignalou Hegar um passo gigantesco na operação que tem o seu nome, quando substituiu para segurança de hemostasia o fio metallico de Koeberlé, Spencer Well, Pean, etc., pela ligadura elastica permanente. E sinão passemos em revista a determinação da operação de cada um d'elles.

Operação de Koeberlé

Marca Koeberlé na sua operação para primeiro tempo, a pratica de uma laparotomia. A mostra do tumor revela si ha n'elle volume demasiado, capaz de vencer o espaço livre que a incisão abdominal produziu.

(1) Boiffin.—*Tumors fibreuses de l'uterus*.

No inverso d'isso, far-se-ha *puncção* se o tumor fôr kystico; e *secção*, si fôr solido. Para isso, atravessa Koeberlé o collo uterino, após o descollamento da bexiga, com uma agulha de calibre diminutissimo (0m,002 de diametro), e terminada em ponta de trocart — Fendido o parenchyma uterino, á extremidade da agulha, onde existe um orificio, passa Koeberlé um duplo fio metallico, dobrado em duas partes iguaes, que é dividido ao meio.

Em seguida, cada fio, preso a um serra-nó, fórma uma alça no interior da qual são comprehendidos a metade do collo, o ligamento largo, e o ovario correspondente.

Assim privado de circulação a porção do utero situada immediatamente acima, é esta separada mercê o emprego de fortes thesouras. Feita a amputação, Koeberlé faz a asepcia da cavidade abdominal com o emprego de esponjas, e em seguida, depois de tratar o côto a perchloreto de ferro, prende-o á parede abdominal, graças aos serviços de dous grandes fios metallicos, que atravessam o pediculo e que passam a descansar sobre o abdomen. Antes já a incisão pedicular tem sido reunnida mediante uma dupla sutura: uma profunda metallica e encavilhada, e outra superficial entortilhada. N'essas condições, fica entre o pediculo levado para fóra da cavidade abdominal e os labios da ferida uma abertura triangular, de vertice dirigido para cima, e cujos lados abraçam o serra-nó e o pediculo ou os fios suspensores; o fundo do triangulo é occupado por intestinos e epiploon. Com o intuito de evitar a sahida destes, usa Koeberlé collocar fios de linho ou uma lamina de chumbo recurvada. Outras vezes, Koeberlé faz communicar o fundo da excavação com o exterior, servindo-se para isso de tubos de caout-chuc ou de vidro, de espessura variavel entre 5 a 15 millimetros de diametro. Tem os tubos por mister conduzir para o exterior liquidos e detriectos que por ventura infectem a cavidade peritonial.

E taes são as faltas de recursos para prevenir uma infecção que Koeberlé, além destes meios, chega a por em pratica a drenagem vaginal, mediante uma canula trocart analoga ás canulas de laryngotomia. Koeberlé, o cirurgião de mais nomeada de 1863, com o processo operatorio que descrevemos, fez uma serie de operações, algumas das quaes com exito feliz.

Mas, a technica por elle empregada, em que pese ao sentir de muitos, não era mais que um disfarce intelligente da technica de Kimball, que antes d'elle em 1853, operou pelo abdomen com um diagnostico exacto de myoma intersticial hemorrhagico. Kimball usava passar dous fios metallicos ao redor do isthmo, retirava então o fundo do utero myomatoso, e suspendia o pediculo na parte inferior da ferida abdominal.

A's operações de Korberlé succederam as de Stelling, as de Spencer Wells, para quem Hegar pretende dar o primeiro logar entre os que se lembraram de fixar a ferida uterina á abdominal.

Eis como procedeu Sp. Wells em um caso :

Operação de Sp. Wells — Depois de retirar, com o auxilio de um esmagador, o tumor que se inseria por uma larga base sobre o fundo do utero, elle viu produzir-se uma hemorrhagia que nem á ligadura, nem á ferro em braza pôde sustar. — Nessa difficil emergencia, lembrou-se de passar 2 grossas agulhas atravez do utero; cercou-as com 8 voltas de fios metallicos, e fixou-as no angulo inferior da ferida, juntamente com o pediculo. — O resultado da operação deu-lhe ensejo a que a repetisse, e d'ahi o facto de achar se ligado o seu nome a uma intervenção desta ordem.

Mas é a Pean a quem cabe incontestavelmente o grande merito de ter de um modo methodico fixado o pediculo uterino fóra do peritonio. — E' o que se lê no seu tratado. (1)

Operação de Péan — Consta de 5 tempos :

1º *Incisão addominal* — proporcional ao volume do tumor, descrevendo á esquerda da cicatriz umbellical um semi-circulo, a não ser que a enferma tenha uma hernia umbellical, circumstancia que faz correr a incisão por sobre a linha mediana.

2º *Ruptura de adherencias*, se existem.

3º *Reducção do volume do tumor* — Feita a incisão addominal, e não sendo possivel a passagem do tumor para o exterior, em virtude de seu grande volume, Péan propõe reduzi-lo. Para isso 2 hypotheses a estabelecer:

(1) Péan et Urdy — *Hysterotomie*.

a) O tumor é da especie fibro-kystica, correndo o seu grande volume principalmente pela existencia das lojas kysticas;

b) O tumor é inteiramente fibroso.—O volume é proprio.

Emquanto á 1^a hypothese, a redução do volume do tumor é facil, bastando para isso uma simples punção; o mesmo não acontece com a segunda, onde tem razão de ser a pratica do que Pean chama «morcellement». E' uma manobra especial, consistindo em reduzir o volume do tumor despedaçando-o, fragmentando-o... A fragmentação exige o emprego do serra-nó de Cintrat, a fim de separar a porção por excisar, e interrompendo desta arte a circulação. A technica consiste em suspender o tumor ao nivel da ferida abdominal, graças ao emprego de pinças especiaes, circulares ou polygonaes, munidas na sua face interna de pontas aguçadas e longas. Em seguida, Péan passa atravez do segmento do tumor assim levado para fóra da ferida abdominal um grande fio metallico, para o que servê-se elle de uma longa agulha recta ou curva, que traz o seu nome. As extremidades de cada metade do fio são presas ao instrumento de Cintrat, collocado um de cada lado da porção do utero atravessado pela agulha. Fazendo-se funcionar os serra-nós, retira-se entre elles uma porção de tecidos exangues. Repete-se esta manobra até que se tenha ultrapassado a parte do tumor que maior diametro apresentar.

O tumor assim diminuido do volume está em condições de ser extrahido.

4. *Ligadura e fixação do pediculo fóra do abdomen*.—Depois de passar uma dupla ligadura metallica ao redor do pediculo, é este atravessado por 2 hastes metallicas ponteagudas, dirigidas perpendicularmente uma á outra, afim de fixal-o fóra do abdomen, onde as duas hastes se appoiam.

5. *Satura profunda da parede abdominal, e uma sutura superficial entortilhada*.

O processo de fragmentação de Pean é muito complicado, demasiado longo, e a operação é muitas vezes embaraçada por numerosos accidentes.

Não raro, com effeito, a pratica da operação de Péan acarreta serias hemorragias provenientes da ruptura ou resvalamento dos fios

metallicos, que de resto não impedem toda a circulação no tumor. Em 1875 um grande progresso realizou Kleeberg d'Odessa quando substituiu o fio metallico de Koeberlé, e Péan pela ligadura elastica provisoria. — Os resultados colhidos foram animadores; os tubos de drenagem por elle empregados eram continuos, e conservados previamente em agua, afim de adquirirem condições de resistencia. Realmente, ao emprego das ligaduras de fio metallico, devem as operações de Koeberlé e Péan os seus principaes inconvenientes.

E' notoria a pouca segurança da hemostasia acarretada pelo emprego da alça metallica. — Se a constricção que com ella se consegue, não é sufficiente, não tarda o sangue a jorrar, fugindo á acção pouco consideravel dos fios restringentes; por outro lado, á laçada mais energica, os tecidos fendem-se, cedendo á violencia, e a hemorragia sobrevem, porque os vasos são tambem seccionados — Demais, embora o gráo de constricção não seja demasiado, ao cabo de algumas horas os tecidos do côto retrahem-se expontaneamente, e a mesma consequencia se assignal-a.

São notorias as vantagens da ligadura elastica sobre os fios metallicos; esses inconvenientes desapparecem, não ha razão para se receiar da producção de accidentes hemorrhagicos, porque o elastico, em compressão continua, acompanha o pediculo nas suas variantes de volume.

Marcam, entretanto, as operações do Koeberlé, de Péan, de Kimball, de Kleebey, de Spencer Wells, os pontos capitaes do historico da hysterectomia abdominal.

De data muito recente, emquanto a ablação do utero por via vaginal remonta a muitos seculos, o curto espaço da sua existencia absolutamente não corresponde á larga e rapida evolução por que tem passado. Com effeito, assombra o historiador registrar tantos feitos em tão pouco tempo! Nascida de um erro de diagnostico, mal podia pensar Lizars em 1823 que a sua falsa hypothese assignalava uma tentativa brilhante. Julgando encontrar um kysto do ovario, deparou com um tumor fibroso do utero, e por isso encerrou o ventre, não levando mais longe a intervenção.

Diffenbach, em 1826, viu-se em igual conjectura, e a sua conducta não foi differente.

Em 1837, entretanto, Granville fez a ablação de um fibroma pe-

diculado, com pessimo resultado. — A sua doente morreu, e não foi senão em 1844 que Atlee e Lane iniciaram com successo identica intervenção. — Um anno antes, Clay e Heath tinham já tentado a ablação dos myomas sub-serosos, mas perderam as suas doentes de hemorragia. Em Junho de 1853, Burnham e Kimball, a despeito do sombrio prognostico que até então punha embargo a qualquer accommettimento n'esse sentido, entregaram-se ousadamente a extirpação de fibromas, com recompensa mais animadora — D'ahi a origem de empreendimentos diversos, e assim nasceram as operações de Péan, de Kleeberg, e outros. Em 1875, já a ovariectomia tinha realisado a redução do pediculo, e Schröder em 1878, Spencer Wells em 1880, descreveram o methodo de sua conservação intra-peritonial. Foi então que Czerny, e sobretudo Olshausen, em 1884, aconselharam a pratica da pediculisação interna, com abandono definitivo de uma ligadura elastica. Schœder por sua vez começou a fazer suturas sobre o côto uterino. Entretanto, accidentes septicos imprevisos, sobrevindo ao abandono da ligadura elástica, actuaram no animo dos cirurgiões, que procuraram melhor abrigar o peritonio da infecção. — Meinert, de Odessa, apressou-se em abrir o fundo do sacco de Douglas e por ahi fez passar o pediculo até a vagina; e Hacker teve a primeira concepção do processo que Woelfler executou em 1884, fixando o pediculo na espessura da parede abdominal, ao nivel do peritonio parietal (methodo mixto.) Emfim, A. Martin empregou a drenagem, abrindo a vagina de baixo para cima e passando no fundo do sacco de Douglas um tubo em cruz, cuja extremidade inferior, dobrada na vagina, elle cercou de gaze iodoformada. Apesar de todos esses aperfeiçoamentos, o pediculo uterino continuava a ser nesses methodos uma fonte de serios perigos; a redução não se fazia nas mesmas condições favoraveis que nas ovariectomias; a mucosa uterina continua a ser uma ameaça continua de infecção.

A extirpação deste côto uterino, causa dos males principaes, se impunha.

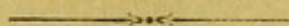
A ablação total do utero por via abdominal tinha, entretanto, dado resultados deploraveis a Freund no tratamento do cancer uterino. — Assustados, os cirurgiões, dentre os quaes Péan (1886), Lister, Martin, Bouilly, Goullioud, Doyen, praticaram a ablação to-

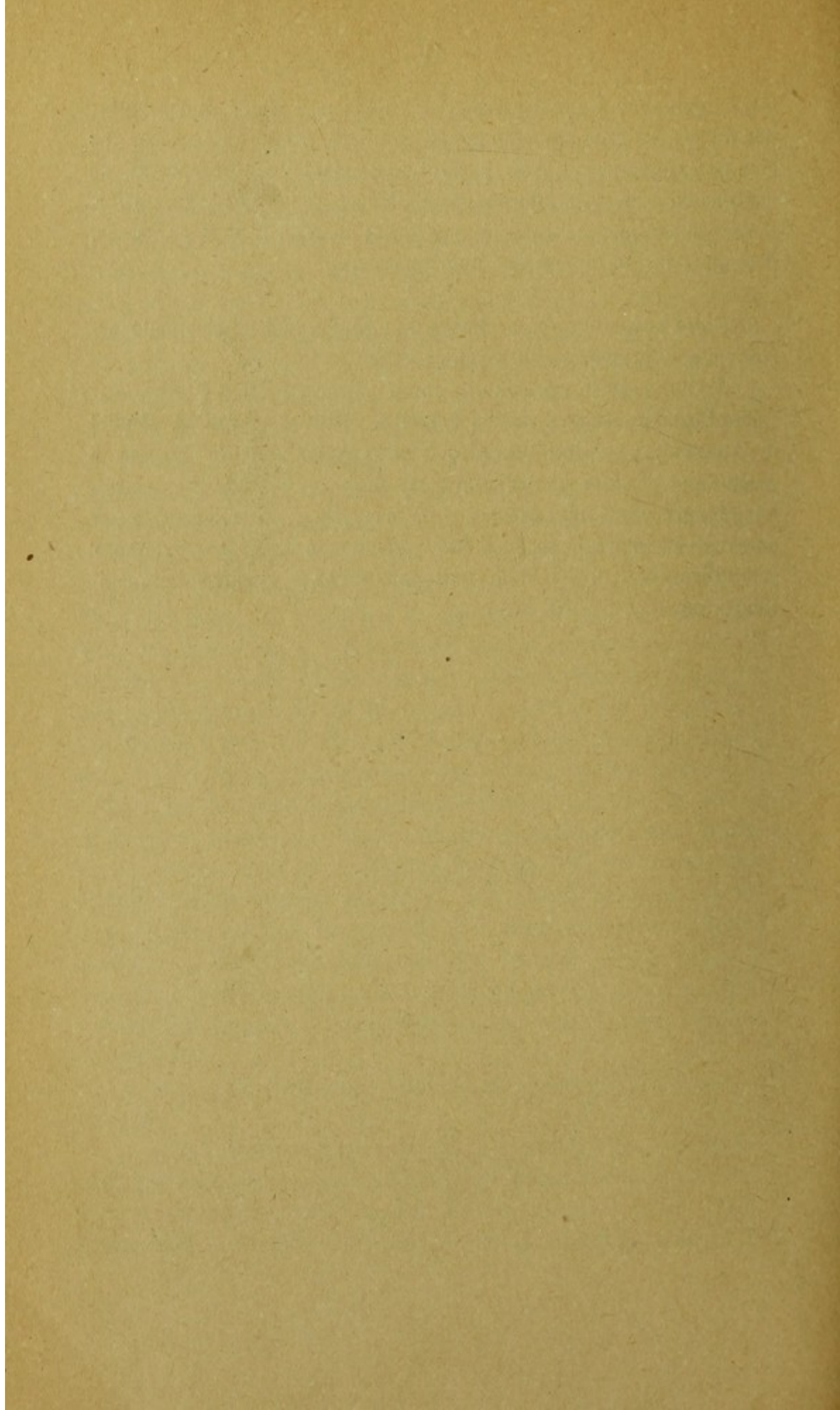
tal, combinando a via abdominal á vaginal. — Obtiveram resultados felizes. — Este methodo mixto, contudo, longo e laborioso, fez com que a extirpação total por via abdominal se apresentasse de novo como o ideal da intervenção. — Multiplas tentativas foram feitas nesse sentido, e assim é que foram creados muitos processos, dos quaes nos occuparemos opportunamente.

*
* *

Entre nós, a marcha brilhante da cirurgia tem preoccupado seriamente as principaes autoridades na materia.

Assim, os professores Feijó, Chapot Prévost, Erico Coelho, Augusto Brandão; os Drs. Carlos Teixeira, Henrique Baptista, Daniel de Almeida, Carvalho Azevedo, Vieira Souto, Honorio Vargas, e muitos outros, têm contribuido com um largo contingente, ensaiando os processos mais modernos da cirurgia gymnecologica, e por onde se consigna não ser o Brazil extranho ao grande movimento scientifico, que vai revolucionando por inteiro a gymnecologia contemporanea...





CAPITULO II

Methodo extra-peritonial — Processo Hegar

Para reduzir o volume da neoplasia e facilitar a sua sahida vimos ha bem pouco que Pean aconselha no seu tratado de Hystero-tomia, a pratica do que elle chama « morcellement » do tumor. Não foi, com certeza, o inqualificavel capricho de prolongar uma intervenção de prognostico tão sombrio, nem tão pouco uma pueril vaidade de inventar processos operatorios que levaram o grande cirurgião ao determinismo de fragmentar tumores, quando de volume consideravel.

Não, por certo. O *morcellement* de Péan nasceu de uma exigencia clinica bem fundamentada, a cada instante reclamando uma solução prompta e acertada. Si na verdade sobrava ao operador esperto a iniciativa de pular fôra das difficuldades, vencendo-as a custo de mais ampla incisão na parede abdominal, não é menos verdade que nesse tempo se avolumavam ontras razões e muitas, pesando contra ella.

Uma incisão que partisse da depressão epigastica para se extinguir ao nível da região pubiana, constituia então motivo poderoso para sombrear o bom exito da operação. O proprio Pean justifica o movel de sua preferencia á redução dos hysterômas, quando considera « perigoso e temerario » levar a incisão abdominal a mais de 4 centimetros acima do umbigo. Não occorria, entretanto, Pean, no desconnexo de um receio banal e imperdoavel : as probabilidades de infecção e eventração, com effeito, corriam parallelas

com o maior comprimento que se desse a incisão. Spencer Wells por seu turno, sustentando-se no apoio de uma prolixa estatística, confirma a perniciosa influencia das incisões longas.

Em 440 casos, nos quaes a incisão não foi além de 6 pollegadas inglezas, assignalou apenas 103 successos, isto é, 23, 4 % de morte. Ao envez, em 60 casos, em que a incisão foi muito mais vasta, teve a registrar 24 casos fataes. isto é, 40 % de insuccessos.

A eloquencia dos algarismos aqui é manifesta. Não é outra a razão porque muito se tem querido diminuir o volume dos tumores, e d'ahi os differentes meios empregados para esse fim: punções das cavidades kysticas, enucleação dos nodulos fibrosos (Kinball, Billroth), fragmentação do tumor (Pean) etc. A tudo isso, porém, Hegar prefere fender largamente a parede abdominal. E' com esta noticia que elle abre o seu processo, tido como modelo entre os que applicam á incisão abdominal a porção restante do utero amputado.

E porque? A punção, diz Hegar, só seria indicada na hypothese de conter o tumor fibro-kystico grandes cavidades.

Mesmo nesses casos, entretanto, acontece ás vezes ser negativo o resultado: é que pela canula do trocar escôa-se muito pouco liquido, devido já ao facto de não communicarem entre si as cavidades, já ao de ser obstruida a canula por algum coagulo fibrinoso. De mais, a punção, sendo praticada com um trocar volumoso, póde dar logar a hemorragias consideraveis, e mesmo, depois della, as proprias massas contidas no tumor podem cahir dentro da cavidade abdominal, constituindo o accidente um acontecimento que todo o cirurgião criterioso deve evitar. O processo da redução de Pean, por sua vez, bem como a enucleação, são demasiado longos; offerecem margem ás hemorragias, e expõem as operandas a maiores probabilidades de profundo abalo nervoso, nascido das energicas e repetidas tracções praticadas sobre o órgão doente.

A enucleação, além disso, facilita tambem o apparecimento das hemorragias que pódem, mesmo sendo pouco vascular a capsula, attingir grandes proporções (Billroth). Por outro lado, avultam as difficuldades com a maior consistencia do tumor, facto que, sendo todo individual, não se póde absolutamente prevêr. Estas conside

rações levaram Hegar a preferir a tudo os inconvenientes de uma grande incisão, que tem a mais, a vantagem de abreviar o tempo operatorio, bem como o de offerecer ao cirurgião maior campo de acção.

Aberta a cavidade abdominal, Hegar fixa o peritonio á pelle no angulo inferior da ferida, e sobre as partes lateraes com o auxilio de uma série de fios provisórios, limitando assim o dissociação das camadas da parede abdominal nas manobras de exercicio indispensavel para a extracção do tumor.

Preenchido esse tempo, secciona entre 2 ligaduras em cadêa os ligamentos largos, e passa sobre o collo, logo acima da inserção vaginal, uma ligadura elastica. Emprega Hegar um duplo tubo de caoutchouc negro de 5 a 6 millimetros de diametro. Estes tubos deixam-se adelgaçar pela tracção, reduzindo-se a mais de metade do seu volume. A applicação da ligadura demanda um certo exercicio. Para isso, com um catheter (sonda metallica para homem) introduzida na bexiga, previne-se a hypothese de comprehendel-a na laçada; com os dedos, evita-se os intestinos, epiploon etc. que casualmente venham se collocar no seu dominio.

Para applicar-se a ligadura, comprime-se uma das extremidades do tubo entre o pollegar e o index da mão esquerda, que repousa sobre o Monte de Venus, enquanto a mão direita distende a outra extremidade e a conduz ao mesmo tempo ao redor do collo.

As partes tensas são cruzadas e comprimidas juntamente entre os dedos da mão esquerda, ou com o auxilio de uma pinça especial de largos ramos, invenção de Hagar; na mesma occasião, com a mão opposta leva-se um fio de seda entre o pediculo e a alça, dando-se um nó bem apertado.

Sobre este se faz passar rapidamente um segundo, e, em seguida, allongando-se as 2 extremidades livres do tubo, passa-se sobre elle nova ligadura, com um fio de seda, de sorte a prevenir-se assim um posterior relaxamento.

Ao envez desta ligadura feita assim á mão, serve-se Hegar, em muitos casos, de uma pequena argolla endurecida, na qual os tubos elasticos não pódem penetrar sinão com a condição de bem esti-

cados, em gráo tal a ficar o seu volume reduzido a menos da metade. Cessando o esforço empregado para distendel-os, o grande volume da extremidade livre dos tubos impede-os de vencer o aperto determinado pelo anel constrictor de caoutchouc.

E, si, afóra tudo isso, não ficar tranquilla a consciencia do operador no tocante a segurança da ligadura, ficará ainda a seu arbitrio o cuidado de passar nova laçada de seda sobre as extremidades dos tubos, além da argolla elastica. Poderá acontecer tambem que não offereça confiança a ligadura em massa, maxime quando fôr bastante volumoso o pediculo.

Será nessas condições bem opportuno o emprego de duas ligaduras parciaes de calibre menor. Kaltenbach, que escreveu de parceria com Hegar um excellente volume sobre *Gynecologia*, imaginou a construcção de um instrumento especial, formado de uma agulha curva e de uma canula fendida sobre a metade do seu comprimento. Com um fio de seda, introduz-se na canula um duplo tubo elastico distendido, atarrachando-se em seguida a agulha áquella.

A agulha de Kaltenbach corrige a de Pean, por penetrar facilmente atravez dos tecidos, sem cortal-os.

Antes da descoberta de Kaltenbach, Hegar honrava a Pean, fazendo emprego continuo da sua agulha. No orificio, elle fazia passar com o auxilio de um espesso fio de seda, um tubo elastico dividido em dois. Mas sobrevinham sempre grandes difficuldades: já o fio se rompia, já cortava o tubo, de sorte que muitas vezes este não venia intacto a passagem atravez do pediculo.—Com o instrumento de Kaltenbach assim não succede. Os tubos passam incolumes. Applicada a ligadura, secciona-se o tumôr a cinco ou seis centimetros acima della.

Já n'esse momento, tem-se retirado os annexos, que, achando-se geralmente situados na parte superior ou sobre os lados do tumôr, são quasi sempre comprehendidos na secção que se pratica sobre o pediculo.

Assim aconselham Hegar, Letousey, Pozzi, Pean, Koeberlé e muitos outros.

Certos auctores, na verdade, despresam a sua extirpação, acreditando que a atrophia se apodera delles depois da hysterectomia—

Apezar dessa probabilidade, diz Pozzi (1), é sempre preferível extirpal-os.—Accidentes gravíssimos tem sido assignalados, como consequencia da conservação: hematocoele pelviana (Péan, Koeberlé); gravidez extra-uterina (Koeberlé) etc.—No tratado de hysterotomia de Pean e Urdy vem relatada a morte de uma operada de Pean, onze dias depois da operação,—por hematocoele.

A hemorragia teve por ponto de partida uma vesicula de Graaf, séde de ovulação.

Na observação de Horteloup, (2) a morte se deu por hemorragia interna devida á ruptura de veias varicosas do plexus ovarico.

Uma das operadas de Koeberlé apresentou-se grávida, tempo depois da hysterectomia: as consequencias foram fataes. Além d'isso pergunta Latousey, onde está a utilidade da conservação dos ovarios? A fecundação n'uma mulher nessas condições é perigo que á ameaça de morte. Após a extirpação isolada do utero, os ovarios, quando em boas condições, continuam á funcionar: fallam assim as demonstrações praticas de Grammitaki, (3) de S. Petersburgo, que de experiencias realisadas sobre animaes, e do exame de uma peça proveniente de uma mulher operada ha annos de hysterectomia conclue por esse asserto.—Os trabalhos de Glaevecke (4) não constituem outra prova.

Por outro lado, sobre os annexos das mulheres portadoras de fibromas, sendo commum a verificação de um desenvolvimento precoce de processos degenerativos, já isso seria circumstancia poderosa para justificar, á mingua de outras, a sua ablação.

Com effeito, arvora-se em argumento o facto, e argumento serio, por isso que a conservação dos annexos nessas condições implicaria a effectividade de um nucleo, ponto de padecimento continuo, capaz por si só muita vez de explicar e exigir uma operação grave. Não se exprimem de outra maneira Bulius (5) e Popow (6) de Strasbourg, quando se referem ás analyses a que procederam sobre um

(1) Pozzi—Tr. *Gynec.* pg. 205.

(2) Harteloup cit. por Letousey.

(3) Grammitaki: *Centr. f. Gymn.* 1889 u. 7.

(4) Glaevecke: *Arch. f. Gyn.*—Bd. XXXX. Heft.

(5) Bulius — *Zeitschr. f. geb. und Gymn.* XXIII, 3.

(6) Popow—*Centr. f. Gymn.* p. 882.

grande numero de ovarios retirados de mulheres affectadas de fibromas:—acharam-n'os quasi sempre alterados.

Applicada a ligadura elastica, e seccionado o tumor acima d'ella, para a sua extracção Hegar condemna o emprego de pinças; acredita que estas têm o inconveniente grave de provocar despedaçamentos do tumor, resultando d'ahi hemorragias que compromettem a operação.

O tumor é extrahido, exercendo-se sobre elle uma pressão de traz para diante, e levando-se ao mesmo tempo para traz os bordos da ferida abdominal. O modo de extracção empregado por Hegar muito differe dos demais.

Verificou o notavel cirurgião de Fribourg que os tumores apresentavam quasi sempre um achatamento de diante para traz, ou em outras palavras, o diametro transversal sobrepujava na maioria das vezes o antero-posterior; estabeleceu d'ahi que, tomando-se um tumor pela extremidade do seu diametro transversal, e imprimindo-lhe um movimento de rotação sobre o seu maior eixo, isto é, o vertical, seria facil fazel-o passar atravez da incisão abdominal, embora pequena. Notamos ser muito racional o methodo.

Redunda tudo n'um principio de adaptação. E' pouco mais ou menos o mesmo que se dá no mecanismo de parto, no qual o ovo accomoda-se aos diametros da bacia. Todavia, parece-nos que só com muita reserva deve ser empregado: de outro modo, o cirurgião expôr-se-hia á desagradavel conjectura de produzir tracções fortes sobre as inserções vaginaes do utero, e *quiçá*, mesmo rupturas. Advoga ainda a acceitação do methodo, á parte os senões assignalados, a redução produzida por elle do coëfficiente circulatorio do neoplasma, dando ainda de alto, portanto, sobre os outros meios, uma vez que a hypothese da hemorrhagia fica abalada.

Observou Hegar e com muito criterio que os fibromas são susceptiveis de um grão de contractibilidade, circumstancia esta que accarrecta como complemento forçado uma redução dos diametros e da massa sanguinea do tumor. Foi este ponto de partida todo theorico que levou o cirurgião de Fribourg, a tentar o emprego da electricidade, da ergotina etc., como meio de despertar a propriedade contractil das neoplasias fibrosas. Mas, antes de extrahir-se o tumor, e

mesmo de seccional-o, constituem-se por via de regra as adherencias como objecto de intervenção preliminar.

Quando ellas são recentes e existem entre o tumôr, a parede abdominal, e os intestinos, podem ser facilmente desfeitas com o auxilio das mãos desarmadas.—O mesmo não acontece com as adherencias antigas vascularisadas, como as epiploicas, etc.—Estas devem ser destacadas com o maximo cuidado, a uma certa distancia do tumor entre duas ligaduras.—Destacadas as adherencias, feito o movimento de rotação do tumor sobre si mesmo, é este então suspenso verticalmente acima da parte abdominal por um ajudante.—Tratando-se de tumores muito volumosos, pode-se usar perfeitamente do apparelho suspensor de Reverdin (1)—Graças ás tracções continuas exercidas pelo apparelho em especie, é possível operar-se muito mais rapidamente, chegando-se mesmo com facilidade sobre o collo uterino.—As tracções continuas permittem, com effeito, elevar-se a vagina, muito mais para cima do que se poderia suppôr *a priori*.

E', com verdade, muito vantajoso substituir as mãos de um ajudante, que se fatiga ás vezes pelo esforço desenvolvido para suspender tumôres pesados, pelo emprego de um apparelho desta ordem, muito facil de ser substituido, e que além de tudo goza da grande vantagem de não occupar lugar, além de estar sempre prompto, *sem fatigar-se*, para a funcção a que é destinado. As tracções, entretanto, não devem ser exageradas, porque dest'arte perder-se-hia o beneficio dos desvios lateraes que se podem imprimir a um tumôr que é somente suspenso.

Quando o tumôr é mantido por um ajudante, na falta do apparelho de Reverdin, deve elle ter todo o cuidado possível, para não deslocal-o, ou movêl-o, porquanto os ligamentos então despedaçar-se-hiam muito facilmente, e mesmo hemorragias poderiam sobrevir. Após todos esses cuidados e observadas em regra todas as particularidades, *toilette* do peritonio etc., procura-se fixar o pediculo á parte inferior da incisão abdominal. Para isso, sutura-se o peritonio dos bordos desta incisão ao peritonio do pediculo abaixo da liga, dura elastica, mediante uma sutura continua, na opinião do Pozzi ou separada no entender de Hegar.—E' bastante, diz o autor do pro-

(1) *Semaine Medicale* 1893 — Pag. 179 e de 1895. pg. 355.

cesso que nos occupa, o emprego de dous pontos de sutura a fio de seda, um dirigido da face anterior do pediculo á parte inferior da incisão peritonal, e o outro comprehendido entre a face posterior do pediculo e as folhas peritoniaes parietaes, para que se verifique o contacto da serosa do pediculo com a que fór a *boutonnière* atravessada por elle.

Resulta dessa disposição uma *gotteira* peripedicular (Hegar), que se constitue da não reunião, na visinhança immediata do pediculo, dos planos aponevrotico, adiposo e tegumentario. Para maior adaptação das serosas, é preferivel, a conselho de Pozzi, passar ao redor do pediculo uma sutura continua de catgut.

A permanencia da situação extra-peritonal do pediculo é obtida pelo officio de duas agulhas metallicas longas, cruzadas em X, que passam a descansar sobre o ventre. Si acontece ficar acima da ligadura elastica grande porção do pediculo, será esta retirada a golpes de thesoura, cuja manobra será feita com moderação, afim de poupar-se o fio de catgut, ou bem cahe sob a forma de escharas produzidas pela acção cauteria do instrumento thermico de Paquelin.—Toca-se geralmente o pediculo com uma solução de chlorureto de zinco a 3 ou 10 %, e sobre o qual se applica ainda uma camada de algodão hydrophilo embebido da mesma solução.

Findo o prazo de cinco a sete dias, faz-se um novo curativo com iodoformio, ou bem com a mistura aconselhada por Kaltenbach de tres partes de tannino para uma de acido salicylico, attendendo aos phenomenos de intoxicação que verificou Hegar com o emprego do iodoformio—Pozzi faz uzo de uma mistura muito fraca de iodoformio: uma parte deste para 4½ de tannino

Bonnet et Petit (1) indicam ainda o salol, para evitar a intoxicação—Repete-se o curativo todos os dias.

No fim de seis semanas mais ou menos, a operada está restabelecida. A cicatrização opera-se depois da quédia da ligadura. Uma superficie granulosa correspondente ao pediculo uterino começa a germinar e a cavidade algum tanto afunilada da parede abdominal diminue pela gemmulação desta superficie granulosa e sua retracção gradual.

(1) *Traité de Gyn.*, pg. 94.

CAPITULO III

Processos -- modificações

Ao adiantar-se o leitor neste capitulo, muitas vezes terá occasião de fazer a leitura de trechos, que lhe dará o direito de erguer uma censura profunda e criteriosa á pertinácia inqualificavel de certos autores, aliás notaveis, em querer elevar a ligadura metálica, ou cousa semelhante, como o emprego de clamps, á altura de elemento fundamental de technica operatoria na amputação parcial do utero. A admittir-se tal innovação, verdadeiro desastre já n'um periodo em que Kleeberg e Hegar com o emprego da ligadura elastica marcaram indeleveis os seus nomes nas paginas que historiam a hysterectomy abdominal, seria enveredar por tactica toda ella instavel por falta de coherencia na ordem natural dos factos. Ha bem poucos minutos atraz, o assignalamento dos inconvenientes cada qual mais grave, acarretados na installação da ligadura metálica, encheu-nos de razões, para abolir *in totum* e para sempre, esse meio de hemostase, perigoso e aterrador! Tantas ou mais se accumulam agora, com prestigio para abalar de morte toda e qualquer tentativa tendente á acceitação de methodos em que se saliente o dictame do emprego de clamp permanente como arma correctiva ás hemorragias.

Com effeito, o abraço determinado por elle ao redor do pediculo se faz desigual, sem uniformidade; resultando d'ahi que não raras vezes, as porções não comprimidas, immediatamente dão logar a hemorragias e bem consideraveis. Por outro lado, em outros momentos, após a applicação do clamp se inicia um verdadeiro processo de re-

tracção gradual dos tecidos do pediculo, que já não mais debaixo da acção constrictora do instrumento, resvala, escapando-se para o interior da cavidade abdominal, passivel de se innundar com o sangue que delle jorra.

E muito mais que tudo isso, ainda mesmo quando haja estabilidade hemostatica, acontece ficar quasi sempre, em imminencia, uma peritonite septica, como consequencia frequente e fatal de infecção directa da serosa pela decomposição do pediculo. Incontestes estas desvantagens, a maioria dos cirurgiões fugiu ao determinismo systhematico de alguns em não reconhecer na ligadura metallica e nos clamps uma ameaça formal á vida dos doentes; e por isso, á visinhança de processos retrogradantes, encontrará o leitor muitos outros em que são manifestamente judiciosas as noções nelles indicadas :

*
* *

I — Spencer Wells (1) emprega um processo pouco mais ou menos semelhante ao de Pean. Apenas differe d'aquelle pelo emprego ora de ligaduras, ora de um clamp especial, construido de accordo com a sua indicação. Nestes ultimos tempos, porém, sobretudo depois que a antisepticia deu um outro lustre á cirurgia, Spencer preferiu a conservação intra-peritonial do pediculo.

II — Koeberlé (2) liga o pediculo com um serra-nó especial de sua invenção ; e deixa-o no lugar até a quédia da parte escharificada. Acima da alça metallica, e no mesmo sulco que esta determina sobre o pediculo, elle applica uma ligadura com fio de seda.

III — M. Schwartz applica uma ligadura elastica sobre o pediculo, e faz ablação do tumor em plano muito acima, dando assim ao pediculo o maior comprimento possivel, com o intuito de facilitar a sua fixação na parede abdominal ; disseca sobre elle uma facha larga e circular de peritonio, e arregaça-a para cima.

Nova ligadura é applicada, retirando immediatamente depois a primeira. — A cintura peritonial fornecida pelo pediculo é suturada ao peritonio parietal junto da incisão abdominal. — Embora muito forte a tensão do pediculo, diz Schwartz, é sempre possivel com o

(1) Sp. Wells — 48° Cong. da Assoc. Med. de Cambridge — 1880.

(2) Koeberlé — *Gazette Medicale de Strasbourg*.

seu processo fixal-o á parede abdominal. — Sutura então e introduz um dreno no funil pedicular.

IV — (1) Krassowski (de S. Petersburgo) — liga o pediculo com o ligador de Cintrat e prende-o ao angulo inferior da ferida abdominal. — Antes disso, porém, faz communicar a cavidade de Douglas com a vagina, mercê o emprego de um tubo de drenagem.

V — (1) Baeckel (de Strasburgo) aconselha que se empreguem ao redor do pediculo ligaduras metallicas com um serra-nó, e ao lado dellas outras mais de caout-chuc. — Sobre o ligador empregado, deve-se fazer grandes tracções afim de apressar a queda das partes esphaceladas do pediculo.

VI — Thomas Keith (2) — A cauterisação do pediculo sem ligadura é uma modificação que Thomaz introduziu no methodo extra-peritonial; elle serve-se de um clamp especial para sustar as hemorragias durante a amputação e antes da cauterisação do pediculo. O clamp compõe-se de 2 partes: uma metade é collocada abaixo do pediculo do tumor, e a outra acima. Bem ajustadas a principio, são depois cada vez mais approximadas, até produzirem uma compressão.

Para impedir a retracção do pediculo, este é atravessado, antes da cauterisação por duas agulhas longas, collocadas acima do clamp. Feita a cauterisação, determina-se o afrouxamento do clamp que continúa a ficar na mesma posição durante quatorze dias, a fim de ser aproveitado na eventualidade de uma hemorragia.

VII—Moore(1) (de Rochester-America) descreve um processo bastante engenhoso na verdade, mas de applicação practica bem pouco proveitosa. E' d'elle ainda um grande defeito: o ser muito demorado. Moore faz uma incisão circular sobre a parte media do tumor, apenas interessando o peritonio, e dessecca o revestimento peritonial que fica a baixo da incisão, até ao nivel do pediculo. Retira o tumor, ligando ao mesmo tempo os vasos do pediculo, e fixa a manga peritonial

(1) These Raoult — Pariz 1880.

(1) Baeckler — *Gazette Medicale de Strasbourg*. — 1880, N. 6.

(2) Hast e Barbour — *Gynec.*

(1) Letousey — *These Pariz* — 1876, pg. 51:

obtida ao peritonio da incisão abdominal—Fica, portanto, o peritonio que cobria o tumor, formando por assim dizer uma especie de copo no qual os liquidos provenientes do pediculo se derramam sem penetrar no abdome.

VIII—E. Kuster (1) (de Berlim) utiliza-se de um processo pouco mais ou menos semelhante: incisão do peritonio sobre uma sonda canellada para não ferir os vasos volumosos que se acham abaixo e os quaes elle laquea com fios de catgut; ablação do tumor; drenagem do sacco com a vagina; e finalmente tamponamento com gaze iodoformada.

IX—Bantock (2) emprega o serra-nó de Koeberlé modificado e um fio especial de metal delta. Empregando o fio metallico, nem por isso deixa de utilizar-se da ligadura elastica, na falta d'aquelle.

A technica operatoria consiste em praticar uma incisão na capsula do tumor, e em destacar e revestimento peritoneal do fibroma, na distancia apenas de algumas pollegadas. Feito isso, applica-se em pleno tecido myomatoso o fio por elle usado, e pratica-se a ablação da porção que fica logo acima.

A' parede abdominal, finalmente, sutura-se o peritonio dissecado sobre o tumor.

X—Terrillon (1) supprime a sutura do peritonio parietal ao peritonio do pediculo. Este, ao passar atravez da ferida peritonial, justapõe exactamente as duas serosas, impedindo assim toda a communicação da cavidade abdominal com o exterior.

Muito bonito este processo sob um determinismo inteiramente theorico; mas nem por isso concordamos em absoluto com certos auctores, quando lhe reconhecem vantagens e preciosas; a perfeita adaptação do pediculo á incisão abdominal, de sorte a oblital-a como uma rolha, falha quasi sempre, por isso que depende do agrupamento de circumstancias, de realisação ás vezes rara.

(1) Terrillon — *Cliniques chirurgicales* — 1889.

(1) Kuster — *Centraltb. f. Gyn.* 1894.

(2) Bantock — *These de Gentilhomme* — Paris — 1894.

E mesmo quando o facto se verificasse, qualquer movimento impresso ao pediculo, seria bastante para deslocar-o e então a cavidade abdominal guardaria uma relação directa com o exterior. Outro elemento de technica que falla em prejuizo do processo-Terrillon vem a ser o emprego do seu ligador, instrumento destinado a applicar e a manter a ligadura elastica ao redor do pediculo — Le-gord (1) serve-se para o mesmo fim de um aparelho identico.

Gentilhomme procura vêr nestes ligadores todos os inconvenientes de um corpo extranho no seio de uma ferida:— Achamos-lhe toda a razão.

XI—Labbé, (1) cheio da seductora idéa de dar ás doentes anemiadas uma parte da massa sanguinea accumulada no tumor, applica sobre este uma tira de Esmarch, antes de fazer a amputação. —Traz a conducta Labbé as mais graves consequencias, por isso que se tem assignalado a frequencia de thrombosamento consecutivo no interior do fibroma. Demais, tratando-se de neoplasma de consistencia muito dura, deve ser quasi nulla a acção compressora da banda de Esmarch.

XII Duret (2) (de Lille) não espera a separação espontanea do pediculo, que ordinariamente se processa n'um periodo de tempo oscillando entre 20 a 40 dias; secciona-o logo na segunda semana, abaixo da ligadura elastica.

XIII—Fehling (1) por sua vez faz a excisão do pediculo no fim do décimo quarto dia.

Dada a retracção, raspa e aviva os bordos da ferida, para sutural-a depois. Um dreno é abandonado na parte inferior.

XIV — Pichevin (2) para apressar a cicatrização, propõe o processo que elle chama espirituosamente : «volatização do pediculo».

Consiste em cauterisar o pediculo de 2 em 2 dias, a partir do 2º após a operação—Esgotado o prazo de 10 dias, retira ainda com o

(1) Pozzi — *Tr. de Gynec.*

(1) Labbé — *Bullet. Gyn. Therap.* XXX anno n. 4 1880:

(2) Duret. *Journal medical de Lille.*

(1) Fehling. *Centralbi fur Gyn.* 1890, pag. 513.

(2)—Pichevin—*Medecine Moderne.*

thermocauterio o resto do pediculo; cauterisa os bordos da ferida, sutura-a, e deixa no seu angulo inferior um tubo de drenagem. O restabelecimento da operada faz-se no espaço de 20 e tantos dias, diz Pichevin.

XV (3) Pozzi emprega a ligadura elastica só depois da secção previa dos ligamentos largos. Serve-se para isso de um ligador especial, que nunca deixa sobre o pediculo. Aconselha ligar separadamente as trompas e os ligamentos redondos.

Pozzi costuma seccionar os ligamentos largos entre 2 ligaduras em cadéa.

Processos de cauterisação intra-capsular, após a incisão abdominal (1)

G. Fowler de Brooklyn descreve um processo de «cauterisação intra-capsular», no qual elle preconisa a abertura da parede e sutura da capsula peritonial do fibroma á incisão peritonial, cuja abertura não deve ter mais de duas pollegadas de comprimento sobre dous de largura.

Servindo-se de um thermocauterio, que applica sobre o tumor em todos os sentidos e profundamente, elle favorece a eliminação do fibroma sob a forma de escharas.

Só depois de completamente eliminado todo o tumor é que se dá a cicatrisação da ferida abdominal,—facto que se observa de ordinario no fim de seis dias. Fowler chegou a pôr em pratica esta operação, n'um caso em que eram muito numerosas as adherencias. Animado pelo successo alcançado, operou por mais tres vezes, segundo a mesma orientação.

Vuillet, de Genova, descreveu em 1885 um caso pouco mais ou menos identico. Além do thermocauterio, elle empregou outros instrumentos, taes como thesouras, arpão, etc., para extrahir o neoplasma.

(5)—Pozzi—*Trait de Gynec.*

(3). Empréstamos estes processos da these de Gentilhomme, pag. 42 a 43, por isso que não nos foi possível ter ás mãos os jornaes em que vêm descriptos. A Cezar o que é de Cezar....

A formação de escharas, a suppuração demorada a que dá lugar, condemnam o processo de Fowler e Viullet.

Nos considerandos acerca da cauterisação intra-capsular, diz Gentilhomme : « *Même si nous tombions sur un filrome adhérent de toutes parts, nous devrions écarter ces procédés. N'avons-nous pas les procédés de morcellement qui nous permettraient de terminer cette opération avec autant de sécurité que de rapidité* ».

Novo processo extra.peritoneal (1)

M. Laroyenne, no congresso de Gynecologia, Obstetricia e Pediatria, relisado em Bordeaux, em Agosto de 1895, apresentou o seu novo processo de tratamento extra-peritoneal do pediculo.

Laroyenne preoccupa-se sobretudo com os ferimentos da bexiga, ureteres, hemmorrhagia, infecção peritoneal no correr das operações, e por isso na sua technica procura com interesse obrar de modo a pôr-se a coberto dessas eventualidades perniciosas.

Laroyenne secciona, como é de habito, os ligamentos largos entre duas longas pinças ; pratica depois sobre o utero uma incisão circular superficial a quatro ou cinco dedos transversalmente collocado acima do fundo de sacco versico-uterino. Dissecta sobre o tumor e descolla de cima para baixo o peritonio e uma camada muscular de uma espessura variavel, com a profundidade em que se descobre um plano de descollamento propicio : é este o tempo laborioso da operação. Ao redor do pediculo parte uma ligadura elastica, e secciona-se o tumor acima della.

Todas estas manobras constituem a operação que Laroyenne chama: «sub-capsular», e que põe os órgãos vizinhos do utero ao abrigo de todo o ferimento. O bordo da bolsa formada é suturado em toda a sua extensão aos labios da incisão musculo-cutanea, e o pediculo assim é mantido em uma loja extraperitoneal, no interior da qual

(1)— *Sem. Med.* Aout—95 pag. 552.

ter-se-ha o cuidado de fixar lateralmente os ligamentos largos, a fim de não abandonar na cavidade peritoneal a sua superficie de secção. Quando a mobilidade do tumor e a inserção inferior dos anexos sobre o fibroma permitem conservar estes ligamentos, é preferivel respeitá-los, deixando-os adherir á bolsa de que naturalmente fazem parte. Depois da reunião da grande incisão abdominal, sutura-se, bem entendido, a bolsa á extremidade inferior desta incisão para separal-a definitivamente neste ponto da cavidade peritoneal. Si no curso da operação, acontece produzir-se soluções de continuidade na bolsa, manda Laroyenne que se faça uma sutura em cada uma dellas, afim de manter o isolamento do pediculo, que coberto de gaze iodoformado e mortificado á constricção do laço elastico, elimina-se forçosamente no fim de 15 dias. A ferida cicatriza-se dentro de um mez a mez e meio.

Laroyenne e Condamin, seu assistente, dizem ter operado 9 vezes apenas, com um só caso de insuccesso.

O processo a nosso ver tem o grande defeito de ser muito demorado. Por outro lado, não deve ser muito facil o descollamento do peritonio e camada muscular de cima para baixo.

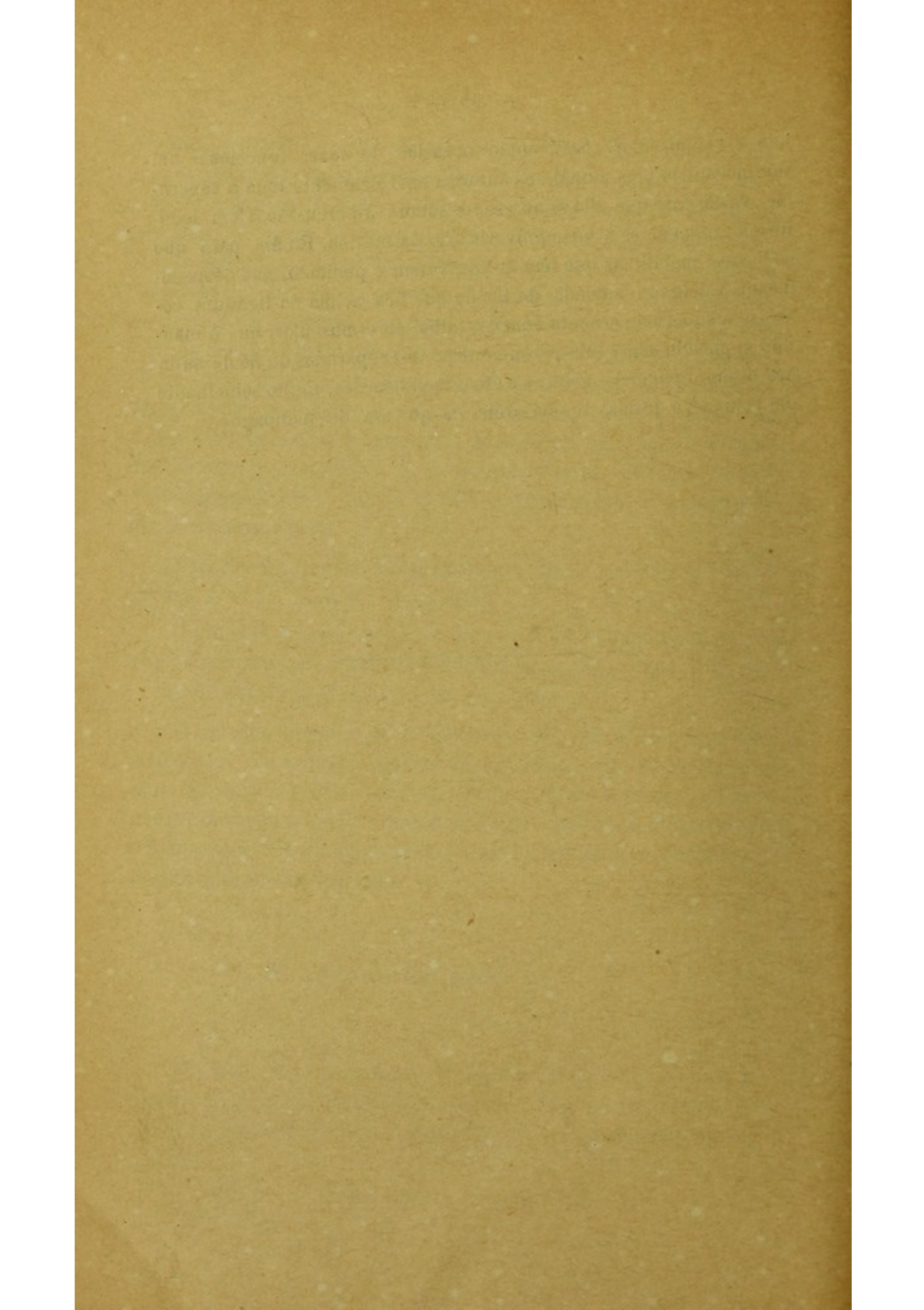
O trabalho continuo da neoplasia por sua vez, alterando os elementos no seu arranjo, composição, consistencia etc, variaveis para cada individuo, deve por mais ou menos embaraço á feitura das particularidades da operação, contraindicando-a, portanto, uma vez que o campo operatorio se limita quasi que exclusivamente ao parenchyma uterino no systema- Laroyenne.

Processo Doleris (1)

Servindo-se de thesouras ou de bistouri, Doleris produz uma excavação profunda no pediculo, enucleando todos os nucleos fibrosos ahi encontrados, e tendo o cuidado de poupar na periphéria um bur-

(1) Doleris; *Bull. de la Société Obst. et. Gyn.*, 1891—p. 65.

lete sero-muscular. Será então ocasião de fazer funcionar um thermocautrio com o qual se cauterisa energicamente toda a superficie vazia, até que ella se apresente sonora á percussão. Com iodoformio, procede-se a uma pulverisação da mesma. Emfim, para que as hastes metallicas que têm de atravessar o pediculo, não despedacem a delgada camada de tecido que fica acima da ligadura, cobre-se a superficie cruenta com o retalho sero-muscular, que é mantido applicado sobre ella por meio de pontos separados de fio de seda fica assim o pediculo, graças a essas modificações, muito semelhante em volume e forma, a uma rolha de garrafa de champagne.



CAPITULO IV

Critica ao methodo extra-peritonial

A critica, em qualquer assumpto, para ser a expressão real de uma analyse intelligente e séria, não só tem de vêr com elementos favoraveis ao objecto em revista, como tambem entrar na indagação minuciosa d'aquelles que lhe são desaffectedos. E' mister, portanto, que na apreciação do valor do methodo extra-peritonial, entendamos das suas vantagens e desvantagens, a fim de que do cotejo dellas, possamos enunciar com fundamento o nosso juizo individual, n'uma condemnação formal, ou n'um voto desinteressado á sua acceitação como methodo util.

Fica desde já lavrado que ao methodo não poderia ser mais desfavoravel o conceito a que chegamos, com o indagar de particularidades que lhe são attinentes. Pesa demais a coacha excludora na balança do julgamento! E sinão acompanhe-nos o leitor na analyse: São com effeito bem precarias as vantagens do methodo, e taes que si não fôra a importancia real de uma dellas, aventurariamos proclamar de nullos os beneficios a colher de uma amputação supra-vaginal, com pediculação externa. O methodo apenas importa algum tanto, com abrigar as operados das hemorrhagias possiveis na cavidade peritonial. Assim, no methodo intraperitonial, muitas vezes acontece estar o pediculo bem comprimido dentro de uma ligadura, de modo a simular a posse de uma força de constrictão sufficiente. Apesar disso, porém, o apparecimento ulterior de hemorrhagias se

traduz por phenomenos mortaes. E' isso facto de observação, constituindo o accidente mais a temer na confecção do pediculo dentro do bójo abdominal.

A força de contração da alça que empolga o pediculo, não deixa por isso de ter verdadeira resistencia; porém como se liga ainda quando o tumor está em continuidade com elle, dividindo, separando-se em seguida o tumor, os tecidos pediculares se retrahem e a ligadura a principio bem applicada se affrouxa como succedaneo natural do escoamento de liquidos, sangue ou serosidade, contidos na sua espessura: eis a razão. (1)

Outras vezes ainda, sob a influencia de uma causa qualquer, a fixação do utero amputado dentro de ligadura não offerece a segurança devida, embora exista na apparencia; e então, elle resvala, e consequentes hemorragias se manifestam. Nessas condições, facil é comprehender o perigo que corre a doente, sobretudo nos casos de grandes pediculos, com vasos de volume muitas vezes superior ao que apresentam arterias como a humeral, radial etc. de um individuo adulto. A morte nessas condições é certa, irrevogavel. . .

Mantido, pelo contrario, do lado de fóra, o mesmo já não acontece, porque em tal occurrencia o cirurgião, advertido a tempo, pode facilmente embargar as suas consequencias, já applicando uma nova ligadura, já pinças constrictoras, de effeito rapido e decisivo. Constantemente pode vigiar este pediculo, ponto de partida de accidente tão terrivel, tão frequente. Outra vantagem, conferida outr'ora ao methodo extraperitonal, hoje muito reduzida, consistia em evitar a suppuração do pediculo dentro da cavidade peritonal. Corresponhia a collocar-se a doente ao abrigo da reabsorpção de materias septicas e putridas, isto é, ao abrigo de septicemias e pyohemia.

A antisepticia rigorosa, porém, hoje applicada sem discrepancia ao methodo intraperitonal, abate muito o valor desta vantagem, que realmente seria para reconhecer e admirar em outros tempos, ainda não fruentes dessa bella victoria da cirurgia moderna.

A' parte as duas vantagens assignaladas, e das quaes uma já muito abalada, passa a nossa apreciação a ser desfavoravelmente im-

(1) Pean et Urdy — *Tr. Hyg.* p. 864.

pressionada com o desfilhar dos inconvenientes do methodo, dos quaes alguns são immediatos, na maiaria, porém, de manifestação tardia. Assim são immediatos os effeitos das tracções muitas vezes violentas que se tem de exercer sobre o pediculo, para trazel-o aos labios da ferida abdominal. Sendo elle longo, e si sobretudo o tumor se desenvolve acima do estreito superior da bacia, não ha prejuizo a assignalar; tudo vai ao encontro de um successo auspicioso. Desenvolva-se, porém, abaixo desse estreito, seja curto e sufficiente, para applical-o ao logar competente será mister o desenvolvimento de muita força e tracções, sempre perigosas para a doente, e mesmo algumas vezes mortaes. Dando de barato esta gravidade, não registrando a importancia que possuem as tracções como factores de profundo abalo nervoso, não menos serios são os phenomenos immediatos que ellas acarretam, como sejam: embaraço á respiração que se torna estertôrosa; e irregularidade do pulso que tende a assignalar-se mesmo por occasião da retirada do tumor.

A repercussão sobre a circulação e respiração, verificando-se mesmo nos casos em que são pouco fortes as tracções, faz tambem suppôr que as manifestações que ellas determinam devem augmentar de intensidade, todas as vezes que as difficuldades crescerem com os obstaculos materiaes. E a ser assim, comprehende-se que no caso figurado acima, isto é, de um pediculo curto e demais a mais desenvolvido abaixo do estreito superior, além dos phenomenos nervosos consecutivos, ha a considerar a crudescencia dos actuaes que em exaggero, podem perfeitamente explicar um desfecho funebre instantaneo.

E' preciso, além disso, fixar este pediculo, para impedil-o de entrar na cavidade peritonial; as difficuldades, porém, são tambem aqui tanto maiores quanto as tracções para conduzil-o ao exterior mais consideraveis. E mesmo, supposto se tenha conseguido fixal-o, não é tudo; sobre elle pesa ainda a imminencia de um deslocamento fatal, a que o condemna o estado de tensão exaggerada em que se acha. A' responsabilidade desse excesso de tensão se attribuem tambem os rarissimos casos de ruptura brusca de vasos profundos, com infiltração do pediculo, até que satisfeita a capacidade de absorpção dos tecidos, o sangue se escôa atravez delle.

Feita a operação, surgem novas difficuldades, e da ordem d'aquellas a que chamamos *tardias*.

Com effeito, continuando a se manter energica a tensão sobre o pediculo, este tende constantemente a entrar no peritonio.

E nessa conjectura, dando-se a circumstancia de ser ella mais poderosa que os meios de contensão empregados, o pediculo vai aos poucos, lentamente, sendo arrastado para dentro da cavidade abdominal. Um perigo gravissimo acha-se então imminente: a entrada brusca do pediculo em plena suppuração. A sua superficie escharificada e suppurante evidentemente o acompanhará nessa quéda, levando comsigo o pús que o cerca. A determinação de uma peritonite sobremodo mortal marcará a consequencia do accidente que de ordinario se produz sob a influencia de um esforço qualquer, assim como o desenvolvido em virtude de uma pneumatose intestinal. Si os meios de contensão, si os tecidos pelo contrario resistem com tenacidade á sollicitação do pediculo para o interior do abdomem, ainda não é segura a tranquillidade do cirurgião em relação á possibilidade de novos accidentes.

Assim, ficam ainda por vigiar os perigos trazidos por uma probabilidade de suppuração longa e forçada. Os tecidos collocados acima do laço constrictor se esphacelam e precisam de eliminação. Naturalmente, a suppuração tem lugar fóra do peritonio; porém, com uma tal visinhança, com uma barreira tão facil de ser transposta, como a constituida pelas adherencias peritoniaes recentes, não é de admirar que uma infecção se declare á insinuação do pús nas dobras peritoniaes. Demais, acontece algumas vezes que a mumificação do pediculo não se realisa sómente acima do laço constrictor; vai além, podendo determinar como consequencia as peritonites enkystadas, tão assignaladas pelos auctores.—Além disso, por minima que seja a suppuração do pediculo, provoca quasi sempre abcessos da parede abdominal, seguidos de fistulas mais ou menos longas, terminando no pediculo retrahido, e durando ás vezes por muito tempo. De ordinario, porém, são os tecidos situados acima do laço constrictor que se esphacelam, e cahem espontaneamente n'um periodo de tempo que na média oscilla entre 15 a 20 dias.

A' queda da porção pedicular esphacelada succede a formação de uma ferida muitas vezes grande, que cicatriza lenta e gradual-

mente, maxime n'aquelles casos em que a vitalidade organica das doentes está muito compromettida.

Ha mesmo pontos que, apezar dos botões carnosos formados, não cicatrizam; um trajecto fistuloso então persiste, rebelde a todos os cuidados de tratamento.

Emquanto a cicatrisação vai em evolução, na melhor hypothese de que os accidentes assignalados até aqui não se verifiquem, póde acontecer ainda que uma depressão se forme na parede abdominal, devido ás tracções que o pediculo experimenta a esse nivel. A's vezes mesmo, não sendo possivel a adaptação perfeita, á roda do pediculo, das superficies sangrentes, a depressão se accentúa, com a formação de uma cavidade afunilada, onde o pús e liquidos putridos, quando existem, encontram um baixio apropriado para se accumularem.

Este receptaculo de productos septicos constitue uma causa de irritação constante para o peritonio, e de gravidade consideravel. (Pozzi, Bantock). Não ha maior perigo, por isso que a causa permanece emquanto houver estagnação da collecção de pús, principalmente favorecida pela posição dorso-sacra, que a enferma guarda.

Com vistas a diminuir as probabilidades de infecção purulenta, registram-se no methodo tentativas de ordem a dispôr ao redor do côto uterino laminas de chumbo, condemnaveis não só pelo peso, como porque favorecem o aprisionamento da massa putrida, além de actuar como corpo extranho sobre a ferida abdominal.

Nas observações de Hegar e Pean, e muitos outros são assignalados casos de peritonites derterminadas pela filtração do pús entre o pediculo e as paredes abdominaes, contaminando a serosa peritonial; e outras attribuidas á queda por tracções do pediculo esphacelado, infectando por esse modo a mesma serosa. Mas, admittindo embora que a resalvo se desse a evolução de um pediculo nessas condições, supposto mesmo obtido a cura, deixaria muito a desejar ainda o methodo extra-peritonial. Pean, de facto, registra casos em que as doentes já restabelecidas são obrigadas a marchar curvadas, em virtude das tracções exercidas sobre a parede abdominal pelo pediculo a ella adherente. Grave accidente seria ainda o determinado por uma especie de estrangulamento interno: o pediculo póde formar uma brida identica ás adherencias epiploicas nas hernias inguinaes,

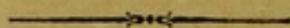
acarretando assim phenomenos gravissimos, entre os quaes predominam os gastralgicos.

Por seu turno, o methodo rival, o methodo intra-peritonial não exclue esta complicação, quando o pediculo retrahido, accidentalmente consegue contrahir adherencias com a parede anterior do abdomem, e mesmo com os demais órgãos da cavidade em que se esconde. E' verdade que a elle tambem se applica o inconveniente; convém, entretanto, assignalar o facto para provar que nem mesmo nisso o methodo extra-peritonial procede com vantagem. Compressão da bexiga, traduzindo-se por embaraço á micção; eventração consecutiva á fraqueza cicatricial da ferida abdominal, etc. são accidentes tambem mencionaveis, bem como outros, determinando phenomenos reflexos de ordem a provocar dôres taes que novas laparotomias têm sido aconselhadas, como unico recurso para alliviar as pacientes. Não é outra a razão porque Baum e Baumgarten forão obrigados a abrir de novo a cavidade abdominal das suas operadas, onde destruíram as adherencias que o pediculo havia contrahido com a parede, a bexiga e os vasos. Emfim, a frequencia obrigada dos curativos, o prazo longo de tempo imposto á cura, são outros tantos inconvenientes, com os quaes a cirurgia abdominal não deve hoje conformar-se. Por outro lado, como mostraremos adiante, os methodos intra-peritoniaes e de ablação total podem ser applicados em todos os casos.

Do exposto, devemos concluir, portanto:

a) — O methodo extra-peritonial sò seria passivel de indicação quando não houvesse confiança na hemostasia empregada;

b) — Mesmo nessas condições, porém, attendendo-se aos accidentes de outra ordem a que dá logar, tanto ou pouco menos graves que as hemorragias, é sempre preferivel nunca empregal-o.



CAPITULO V

Methodo intra-peritoneal Processo de Schroeder (1)

Aberta a cavidade abdominal, e ligadas as arterias uterinas e utero-ovarianas, retira-se o tumor mediante uma incisão, passando a 3 centimetros acima da ligadura elastica.

Antes disso, porém, já se tem feito uma secção circular do peritono acerca de um centimetro e meio pouco mais ou menos do lugar em que se pratica a amputação. Previne-se dest'arte e desconta-se a retracção natural que experimenta a serosa pedicular após a incisão. Sobre a superficie da secção do pediculo, procede-se em seguida á formação de uma cava, tão profunda quanto seja preciso para que as superficies cruentas resultantes possam se adaptar uma a outra. A secção circular e a escavação do côto só têm indicação n'aquelles casos em que os tumores são portadores de pediculos delgados. Tratando-se de pediculos muito espessos, a incisão deve ser dupla e obliqua de cima para baixo até o centro, e dirigida tanto mais profundamente quanto mais se affasta da periphèria, de sorte que as 2 incisões oppostas venham a formar um V na visinhança da cavidade uterina.

Tira-se, portanto, do pediculo uma especie de cunha. Então, sobre a sua superficie, antes da juxta-posição dos retalhos, passa-se a ligar, um por um, os vasos que ahi se acham, visando naturalmente

(1) Hofmèler, *Manuel de Geynec, opérat.*, traduit par Laxuere Paris 1839.

o cirurgião, com isso, evitar as hemorragias possíveis. Uma vez ligados os vasos a catgut, verifica-se si a secção comprehende a cavidade uterina.

Si esta foi aberta, não é admissivel prescindir-se de cuidados rigorosos, tendentes a proscreever a possibilidade de infecção por meio de germens que existam sobre a mucosa uterina. Assim é preciso evitar que esta sirva de meio de contaminação ás partes vizinhas. (1)

Para isso, cauterisa-se tanto quanto possível a cavidade cervical com o thermo-cauterio de Paquelin;—retira-se á thezoura as escharas produzidas, e sobre a superficie resultante chegam-se tampões impregnados de sublimado a 1|1000 ou de agua phenicada a 1|10. Deve-se, porem, nesta pratica limitar-se a cauterisação somente á mucosa, porque do contrario, sendo as partes superficiaes comprehendidas, deixa a ferida assim escharificada de reunir-se por primeira intenção. Procede-se em seguida as suturas. Si a ferida é pouco consideravel, faz se sobre ella, com uma agulha curva, uma serei de suturas profundas, em pontos separados, que se ligam fortemente, depois de já ter sido affrontado o peritonio por suturas separadas.

Se pelo contrario a ferida é muito vasta, não se póde empregar este processo de suturação porque seria então preciso apertar muito as profundas, o que exporia á secção dos tecidos.

Nessas condições, utiliza-se da sutura *continua* com catgut, em planos superpostos.

Todavia, para evitar os inconvenientes de absorpção muito rapida do catgut, applicam-se antes de distancia em distancia alguns pontos de apoio com fio de seda, abrangendo toda a espessura do tecido.

Os pontos a fio de seda são os primeiros a serem collocados, e a razão está em querer obstar-se que o catgut seja atravessado pela agulha que levaria depois a seda. Os nós dos pontos a fio de seda só são dados depois de feita a sutura a catgut.

Aquelles pontos são situados á distancia de 1 e 1|2 centimetros uns dos outros, e applicados do modo seguinte :

Introduz-se sobre o bordo livre uma agulha curva montada, que

(1) Diz Boisleux que no tramo da mucosa uterina encontra-se grande numero de microbios pathogenicos.—*Clinique-Française*—Decembre 1844 pg. 241.

caminhará sempre ábaixo da face cruenta de retalho, até á base; ganhará d'ahi o retalho posterior, que será atravessado do mesmo, modo até que a agulha consiga attingir o bordo livre, em ponto diametralmente opposto ao da entrada do primeiro retalho.

Hofmeier aconselha dispôr as suturas um pouco obliquamente, isto é, não perpendiculares ao eixo da ferida, a fim de evitar que ellas sejam parallelas aos va-os por comprimir. A sutura continua em planos suppostos (*suture en étages dos francezes*) começa no orificio da cavidade uterina, de modo a obiteral-a; d'ahi vai subindo até que as superficies da ferida sejam completamente reunidas.

Amarram-se os pontos de seda e catgut, e termina-se pela reunião a catgut ainda dos dous retalhos peritoneaes. Destaca-se o laço elastico.

Havendo hemorragia, será caso para applicar nova serie de pontos profundos, o *in extremis* uma ligadura elastica definitiva na base do pediculo.

Feita a *toilette* do peritonio, encerra-se o ventre.

Modificações do processo de Schroeder

I. Martin (1) reconhecendo que o processo de Schroeder creava sempre um pediculo, fonte de grande transsudação, de effeito repercutivo, pessimo, sobre os individuos debilitados, portadores de lesões cardiacas, renaes etc., procurou obviar o inconveniente — estagnação dos productos transsudados — introduzindo em toda a amputação supra-vaginal um dreno, communicando a vagina com o fundo do sacco de Douglas. Esta manobra, Martin facilitou bastante, com o emprego de um grande trocart curvo de Chassaignac, levado aos 2 fundos de sacco vaginal-posterior e peritonal do Douglas.

O dreno, cuja extremidade vaginal é cercada de gaze iodoformada, termina na outra em cruz.

Pela vaginal, dá sahida a consideravel quantidade de liquido tincto de sangue e muitas vezes fetido. No terceiro ou quarto dia de

(1) *Martin — Path und. Therâp. de Frauenker, — 1887 — pag. 236,*

permanencia do tubo de drenagem, as mulheres queixam-se de dôres, sensação insupportavel na região umbelical etc. que servem de indicação para retirar-se o tubo prophylactico. Martin que não costuma servir-se senão de catgut [no processo-Schroeder, não exita, no entretanto, nos casos de hemorragias rebeldes atravez dos fios, em atravessar o meio do pediculo de diante para traz com uma agulha longa, munida de um fio de seda quadruplo e ligar em duas metades. Esta ligadura não produz mortificação alguma, e é muito aconselhada por Léopold em casos identicos.

II. *Spencer Wells* (1) expoz em 1878 a sua nova pratica de reduzir o pediculo e a confirmou no 48º congresso da Associação Medica Britanica, em Cambridge. Fixa solidamente o pediculo em uma pinça especial, inventada por elle; e depois da secção do tumor, liga o pediculo em massa ou em porções separadas. Os bordos divididos do peritonio são reunidos exactamente sobre a ferida uterina por uma sutura continua. Reduz o pediculo e restabelece a occlusão completa da cavidade peritonial. A's vezes, *Spencer Wells* faz a ligadura separada dos vasos; em um caso, a sutura dos bordos divididos do peritonio exigiu 24 pontos. Diz *Spencer* preferir não reunir as superficies mucosas; a abertura deixada permite perfeitamete o escoamento sanguineo que se produza pelo canal uterino e vagina.

III. *Billroth* prende o pediculo em um compressor especial, com o qual forma uma gotteira, na qual colloca um ou mais fios, segundo a espessura do côto. Cauteriza a superficie da secção com o Paquelin e reduz o pediculo. *Weinlechner* e *Lawson-Tait* fazem pouco mais ou menos a mesma cousa.

IV. *Czerni* (2) prepara um estrangulamento sobre o pediculo com um serra-nó e um fio metallico; divide o pediculo em dois, e passa a applicar uma dupla ligadura de seda phenicada sobre a chanfradura formada.

V. *Baldy* (3) de Philadelphia modifica o processo de Schreoder, reduzindo o pediculo ao minimo e supprimindo a hemostasia preventiva. Assim, elle faz a amputação cuneiforme em ponto o mais baixo possivel, de sorte a conservar apenas a porção vaginal do collo.

(1) *Spencer Wells*—*Brit. Med. Journal*.—1880 T. II, pag. 873.

(2) *Czerny*—*Rev. de Chirurgie*; 1798, n. 2,—pag. 135.

(3) *Baldy*: *Amer. Journ. of obst.* 1898.

Para isso colloca a doente na posição de Trendelenbourg, abre o abdomen e secciona os ligamentos largos entre duas ligaduras. Suspende o corpo do utero, e applica novas ligaduras de sorte a abraçar as porções restantes da secção dos ligamentos até o assoalho pelviano. Destaca de novo estas partes, liga directamente em seguida as arterias uterinas e faz a ablação do tumor. Receiando uma infecção pela mucosa uterina, destroe-a com o thermocauterio ou a bistouri. Reune as superficies pelas suturas e costura emfim os bordos do peritonio.

VI. *Fischer* (1) colloca sobre o pediculo uma ligadura de caoutchuc que ele fixa, ligando a extremidade com seda phenicada. Demais, para maior segurança, costura de cada lado o laço elastico sobre o côto. Secciona transversalmente o tumor acima do laço, de modo que seja possivel recurvar a superficie da secção e affrontar as duas metades por meio de suturas. Reduz, em seguida, o pediculo suturado e cercado do seu laço elastico.

VII. *Geza Von Antal* (2) tem uma maneira especial de evitar as hemorragias da superficie do côto uterino. Assim, depois de ter seccionado o tumor, além de ligar isoladamente cada vaso, determina sobre a secção uma cava afunilada,—funil, porém, de faces oppostas com incurvação convexa. Diz Geza que tem esta disposição um fim especial: — a simples pressão das superficies do côto, uma de encontro a outra, produzida pela reunião da ferida peritonial, é bastante para impedir toda a hemorragia, *tendo-se, porém, previamente feito a ligadura isolada de cada vaso*. Faz tambem a sutura da cavidade uterina para impedir a penetração das materias septicas do pediculo no peritonio. Para o peritonio pedicular, acima do côto, Geza emprega a sutura com o ponto chamado de pelliqueiro, fazendo penetrar o fio apenas um centimetro e meio, quando muito, no tecido uterino.

Demais, ao auctor do processo, merece uma especial nota a ligadura atrophiante dos ovarios, para impedir o funcionamento do aparelho genital.

VIII. *O' Marcy* de Boston não tem processo especial de operação; modifica apenas o processo de Schroeder pela substituição do catgut aos tendões de Kangurú, preparados de accordo com a technica seguida por Lister para o catgut.

(1) Fischer: — *Dent. zent. chirurg.* 1881:

(2) Geza Von. Antal. — *Centalb. f Gyn.* 1882 n. 20.

Modificações de Kocher, Léopold e Dmitri de Ott. — Ligadura de seda definitiva.

Em 1º 90, Kocher publicou os magníficos resultados por elle obtidos com a pratica de um processo, no qual substituiu a ligadura elastica pelo emprego definitivo da ligadura a fio de seda,

Léopold impressionou-se com a leitura dos escriptos de Kocher, e tentou modificar o seu modo de operar, ligando o pediculo com um fio de seda.

Assim, depois de ter ligado os ligamentos largos, Léopold colloca um laço elastico provisório sobre o collo. Retira o tumôr, e reduz ao minimo o volume do côto, afunilando-o; cauterisa o canal cervical, sobretudo si estiver aberto, e transpassa depois o pediculo com uma agulha montada com um duplo fio, tendo muito cuidado em *só passar do lado do canal cervical*. Com cada metade do fio, elle faz a ligadura correspondente do pediculo; os fios são cortados rentes ao nó.

Suspendendo-se o pediculo, procede-se então a ligadura da arteria uterina, bem proximo do collo, com uma agulha curva. Em seguida, suturam-se os retalhos peritoniaes mais acima do côto, fazendo-se a diligencia por encostar os bordos como n'uma sutura de Lembert. Feito isto, retira-se a ligadura elastica provisoria e por alguns instantes, examina-se o estado do pediculo assim desembaraçado, que não dando hemorragia, é immediatamente reduzido. Sutura-se a ferida abdominal.

Kocher já havia mostrado a superioridade da ligadura transversal de seda sobre o processo de Schroeder, com o qual Kocher teve um insuccesso; uma hemorragia tardia determinou a morte de uma das suas operadas.

Por outro lado, a preferencia do seu processo basea-se ainda no facto de ser a nutrição do pediculo muito mais ameaçada com o emprego da ligadura elastica do que com a ligadura de seda. Com aquella, o esphacelo das partes em contacto com a cavidade cervical, repleta de agentes infecciosos, é muito mais provavel.

Segundo Kocher, a razão de ser desse facto, isto é, da vantagem do fio de seda, está no desafoamento que experimentam os tecidos profundos, tempos depois da operação, devido á circumstancia de ir gradualmente a seda cortando as porções superficiaes. E' mais ou menos a reproducção do que se passa em relação ás hernias do epilploon, em que se pode ligar energicamente, sem que a extremidade ligada se esphacele. Faça-se, porém, a ligadura com um laço bastante largo, de sorte a não cortar as camadas superficiaes, necessariamente o pediculo se mortifica. Outra vantagem a conferir á ligadura transversal de seda, é que nesta não ha necessidade de grande numero de suturas terminaes como no processo de Schroeder.

Schroeder diz mesmo que se registram casos em que foram utilizadas cerca de 50 suturas.

Alem de tudo isso, depõe, em favor da ligadura de Krocher, a manutenção do canal cervical inteiramente fechado, pelo menos nos primeiros dias,—canal como sabemos, no qual existem muitas causas de infecção. Léopold, empregando este processo em 12 casos, em todos elles só teve motivos para felicitar-se

Dmitri de Ott, (1) utilizando-se da ligadura de seda, preconisada por Kocher, passa em plano horisontal, a 1 centimetro ou centimetro e meio cerca da superficie do côto, e á pouca distancia da cavidade uterina, 4 fios que se cruzam em angulo recto, dous sobre as faces lateraes, um terceiro para adiante, o quarto para traz. Amarra fortemente os fios, e em seguida, servindo-se de um estylete longo, conduz atravez do canal uterino uma mécha de gaze iodoformada do abdomen para a vagina.

(2) **Processo de M. Chénieux — Ligadura a fio de seda**

M. Chenieux (de Limoges) assim resume o seu processo, que para a ablação do tumor dispensa o bistouri:

(1) *Dmitri — Bonnet et Petit: Gynecol.*

(2) *Semaine Medicale*, 1892, pag. 281.

Longa incisão abdominal, tão larga quanto exija a saída do tumor. — Nada de punção, nem de fragmentação. — Ligadura do pediculo a fio de seda. — Secção ao thermo-cauterio, ou bem cauterisação com o Paquelin, e depois secção a thesouras. — Approximar, sendo possível, os folhetos dos ligamentos largos, afim de se refazer o assoalho pelviano. — Reducção do pediculo, e sutura da parede abdominal com fio de prata, comprehendendo todas as camadas de uma só vez.

Novo methodo de tratamento do pediculo-Hemostasia pela ligadura directa dos vasos

Chaput, (1) cirurgião dos hospitaes de Paris, attendendo aos inconvenientes que acarreta a ligadura em massa do pediculo, procurou tratar o côto uterino, como si fosse um côto de amputação, isto é, pela ligadura directa dos vasos. A pratica dessas ligaduras encontra serios embaraços nas adherencias existentes entre os vasos e os tecidos uterinos; Chaput, porém, colloca-se cavalleiro ás difficuldades, isolando ao redor de cada vaso um cýlindro ou prisma de tecido uterino, em torno do qual passa a ligadura.

Chaput conseguiu abreviar muito esse tempo operatorio, imaginando pinças especiaes, cordiformes ou com garras e de tamanhos diversos, destinadas a agarrar e suspender as porções de tecidos isolados, de sorte a tornar assim mais facil a applicação ao redor delles dos fios de seda. Antes de realisar, porem, essa hemostasia definitiva, colloca sobre o collo uma ligadura elastica provisoria até fazer a ablação do tumor. Feito isto, emquanto um ajudante vai afrouxando o cautchuc, Chaput liga os vasos que dão sangue. Continua essa manobra, até obter por completo a hemostasia. Procede em seguida á desinfeecção da cavidade uterina e da superficie da secção, cauterisando a mucosa com o thermo-cauterio de Paquelin, e tocando a superficie do côto, com pequenos tampões embebidos de tintura de iodo, e outros de chlorureto de zinco a 10 0/0. Intruduz no canal cer-

(1) Chaput. — *Congres. Chirurg.* 1894.

vical uma mecha de gaze iodoformada até exceder á vagina, ficando porém, rente ao pediculo na cavidade peritonial.

Termina, passando atravez da parte posterior do pediculo um fio cujas extremidades são aproveitadas para a sutura abdominal. E' assim o pediculo fixado á parede do abdome, com o qual contrahe adherencias no fim de um certo tempo.

O angulo inferior da ferida abdominal communica com o pediculo por isso que serve de intermediario uma mécha de gaze iodoformada. Acredita Chaput que o seu processo tem vantagens serias sobre todos os outros: *è de hemostasia segura, não offerece probabilidades de infecção, nem determina compressão ou oclusão intestinal*, por isso que o pediculo fica preso á parede abdominal. O seu processo, entretanto, é demorado e pode mesmo em relação a hemostasia não offerecer as vantagens que lhe quer conferir. Um vaso que fique por ligar é uma condemnação de morte para a vida da operada. Por outro lado, essa ligadura nem sempre deve ser facil e possivel, e mesmo um gráo adiantado de friabilidade dos tecidos do côto contra-indicaria estas ligaduras tantas quantas são os vasos.

Modificação de Walthard (1)

Walthard, limitando seus estudos ao tratamento dos grandes myômas uterinos justificaveis de laparotomia, chegou ás seguintes conclusões:

1. As hemorragias post-operatorias serão evitadas, uma vez que se faça uma ligadura exacta das arterias e outra do tecido uterino;

2. O côto cervical não se necrosará desde que se empregue catgut ou seda para as ligaduras;

3. Não ha infecção consecutiva do côto cervical abandonado, pelos microbios da vagina. Um pediculo aseptico continua aseptico;

(1) Walthard: *Revue de therapeutique med. chir.* mai. 1896 ou *La Gynecologie* Juin 1896.

4. A oclusão intestinal, consecutiva a adherencias do pediculo com o intestino, não se produzirá, sempre que houver cuidado em evitar-se a influencia nociva das acções bacterianas chimicas ou physicas sobre a serosa no curso da operação, bem como, quando se applicar longe do peretonio as ligaduras não absorviveis; é condição ainda cobrir-se o côto com um retalho de serosa bem nutrido.

Operação de Walthard: Abertura do abdomen, como habitualmente.

Para extrahir-se o tumor, secciona-se em primeiro logar os ligamentos largos entre 2 ligaduras; estas ligaduras comprehendem as arterias e veias utero-ovarianas. O tumor torna-se então bastante movel, permittindo que á direita e á esquerda se reconheça facilmente a arteria uterina assim como o collo do utero; faz-se então a ligadura e a secção.

A hemostase obtida por estas ligaduras permite enuclear-se quasi que sem perda de sangue os nucleos myomatosos interligamentosos, o que mobilisa a massa e permite extrahir-a da pequena bacia. Neste momento, procede-se á confecção de um retalho de serosa sufficiente para cobrir o côto: suspende-se, em seguida, o tumor perpendicularmente e enuclea-se os nodulos myomatosos do collo, o que dá a este uma estensibilidade consideravel. Ao redor do collo distendido ao maximo, e portanto adelgado, applica-se uma forte ligadura de seda, que vem ficar abaixo da serosa que cobrirá o côto.

A ligadura deste é collocada na mesma altura que as 2 ligaduras das arterias uterinas. Em seguida, ablação sem perda de sangue do tumor a cerca de 4 centimetros acima da ligadura de seda, seguida de fixação por meio de suturas do retalho da serosa destacada e bem nutrido sobre o côto.

Termina-se, cobrindo-se com serosa, fixada por uma sutura de Lambert, todas as porções restantes dos ligamento largos, das arterias uterinas e do collo.

Evita-se deste modo o contacto do mesenterio ou das alças intestinaes com uma superficie cruenta, o que permite evitar a presença de corpos estranhos no peritonio e as adherencias das superficies de secção.

Em seguida, abandono do pediculo e fechamento da ferida abdominal por uma triplice ordem de suturas.

Uma tira collodiada serve de protecção á sutura cutanea continua.

Restabelecimento das operados em 10 dias. Longo, apenas nos parece aproveitavel o processo de Walthard, em relação ao cuidado escrupuloso de cobrir todas as superficies de secção com retalhos de serosa.

Realmente, é esse um meio de prevenir as adherencias.

Entretanto, essa vantagem soffre desfalques, attendendo-se ao tempo precioso que se deve empregar na sua observancia.

Quanto ás hemorragias que Walthard diz evitar, desde que sejam exactas as ligaduras, isto é, bem applicadas, acreditamos não errar dizendo não ser isso privilegio de descoberta sua.

E', pelo contrario, noção corrente; de ha muito em cirurgia sabe-se que as hemorragias cedem a ligaduras, quando são estas bem aproveitadas. Mas, querer levar as ligaduras a um gráo de constricção consideravel, para ser exacta a sua applicação no dizer de Walthard, corresponde a tentar cortar os tecidos com o proprio fio da ligadura.

Admittamos embora que resistam os tecidos; o gráo do afogueamento delles será tal que a nutrição forçosamente ha de empallidecer, com succedaneo esphacelamento.

O ideal seria conseguir suturar com um gráo de constricção sufficiente; em pratica, porém, é isso de realisação impossivel, já porque não constitue predico subjectivo saber até onde é preciso ir o aperto da laçada, já porque o esforço a empregar varia com a maior ou menor espessura e consistencia do pediculo.

As probabilidades da hemorragia continuam, pois, a subsistir. Isso mesmo poderíamos dizer do processo de Schroedr. A observancia da asepsia do pediculo, por outro lado, não é motivo de ordem a evitar uma infecção consecutiva pela vagina, como quer o mesmo Walthard.

Esta deve sempre cahir debaixo da vista do cirurgião consciencioso, e não é outra a razão porque nas operandas attende-se continuamente á desinfecção desse canal.

Processo de Zweifel (1)

Zweifel chama o seu processo «de ligaduras parciaes juxta-postas». Para as suturas profundas, serve-se Zweifel de seda desinfectada, e emprega uma agulha do genero da Reverdin, apenas romba na ponta. Aberto o abdómen, liga os ligamentos largos por uma serie de ligaduras parciaes, seccionando-as depois. Em seguida, passa sobre o collo um laço elastico provisório, de sorte a prender as extremidades das duas ligaduras de seda mais proximas do parenchyma uterino. Com o bistouri então, e a alguns centímetros distante do elastico, procede á confecção, para diante e para traz, do pequeno retalho peritonial, bastante delgado. Partindo da base desses retalhos, faz uma incisão transversal, retirando o tumor.

Cauteriza e desinfecta a mucosa uterina, passando em seguida á pratica das suturas parciaes juxta-postas. Para isso, utilizando-se da agulha modelo Reverdin, e de fios de seda, como já dissemos, faz no alto do côto uma serie de ligaduras em cadêa, n'um mesmo plano horisontal. Em seguida, adaptando os dous pequenos retalhos musculo-serosos um de encontro ao outro sobre a ferida uterina, prende-os por uma outra serie de suturas superficiaes de catgut, perpendiculares á primeira.

Zweifel serve-se do tubo em cruz de Martin para drenagem, todas as vezes que houver escôamento persistente de serosidades, sangue, etc.

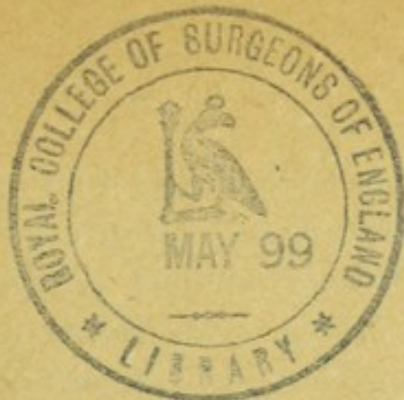
Zweifel teve com este processo uma serie de excellentes resultados (22 casos de cura). Diz elle que, apezar da energica constricção produzida pelas ligaduras, a vitalidade da porção pedicular situada acima se mantem intacta. Ha quem recrimine de longo o processo Zweifel. Gentilhomme condemna-o, acreditando que a multiplicidade de ligaduras nelle empregadas, augmenta as probabilidades da infecção. Augmentaria, com effeito, si os fios empre-

(1) Zweifel: *Die stielbeandlung bei der myomectomie*—1888.

gados fossem septicos. E ser longo, como o de Schroeder, não é também o processo, em que pese a Gentilhomme.

Com effeito, o numero de ligaduras empregado é realmente grande n'um pediculo espesso ; menor, porém, n'outras condições, o que muito reduz o tempo operatorio.

Por outro lado, as ligaduras no processo Zweifel são de mais facil applicação que no processo de Schroeder, ganhando por ahi grande vantagem ; d'onde se póde concluir que no methodo intra-peritonal do pediculo, occupa o processo Schroeder um dos primeiros logares.



CAPITULO VI

Ligadura elastica perdida—Processo de Olshausen

O emprego da ligadura elastica, como meio hemostatico temporario, aconselhado por Kleeberg, de Odessa e applicada com successo por Czerny e Kaltenbach, impressionou profundamente Olshausen, que em 1884 instaurou sua applicação definitiva, dando ao processo o valor de um methodo de escolha.

O abandono do cordão elastico sobre o pediculo foi ensaiado por muitos, e mereceu as boas graças de Martinelli na Italia, Terrillon e Richelot na França, que em larga escala aproveitaram e defenderam o processo de Olshausen. Tendo revolucionado a cirurgia abdominal, o processo foi assumpto de muitas discussões, dando isso logar a que os inconvenientes reconhecidos na sua pratica originassem processos derivados, onde cada auctor com uma idéa nova tentava sanar os defeitos que lhe são radicaes.

Eis o processo que resumimos nos tempos seguintes :

1. Applicação na base do tumor de um laço elastico provisório.
—Em França, utilisam-se de ordinario os cirurgiões de cordões massivos de caoutchuc vermelho, tendo a espessura de 5 millimetros pouco mais ou menos ; na Allemanha, empregam antes tubos, cujo luz possui o mesmo diametro. Terrillon segue nesse particular os allemães. Acredita que os cordões massivos têm menos resistencia, pelo facto de não serem vulcanisados até o centro.

A sua asepcia, entretanto, deve ser mais facil de conseguir-se.

Qualquer que seja, cordão ou tubo, uma vez applicado, passa-se a fixal-o *provisoriamente* com um clamp, como usa Richelot. Hegar tem uma pinça especial para isso. O ligador de Segond e o de Pozzi devem prestar bons serviços para a manutenção, maximé o ultimo, n'aquelles casos em que a applicação da ligadura é difficil e laboriosa n'um espaço, por ex. muito reduzido da cavidade pelviana. Feita a hemostasia provisoria, passa-se ao segundo tempo :

Secção da massa neoplasica — Este tempo quasi nada offerece de especial. Olshausen apenas retira a massa fibrosa em parte, a custa de alguns golpes de bistouri.

Richelot, porém, para se desembaraçar do tumor incontinente e abreviar o tempo operatorio, faz logo uma grande incisão acima das ligaduras e passa a confeccionar o pediculo. Retirado o neoplasma, trata-se de tornar definitiva a ligadura, com a união solida das extremidades de caoutchuc, a custa de um nó duplo de cirurgiaão dado sobre um fio de seda, realisando-se assim o terceiro tempo operatorio :

Fixação definitiva da ligadura, substituindo o clamp por um nó sobre seda. — Ahlfeld, porém, prefere fixar a ligadura por um outro meio : — serve-se de uma pequena argolla de chumbo, uma especie de tubo de Galli, no qual faz passar as duas extremidades do caoutchuc, e sobre as quaes esmaga o chumbo.

E' o mesmo processo que Thiersch emprega para fixar provisoriamente a ligadura. A isso segue-se o outro tempo operatorio :

Preparo do côto. — Consiste em destruir a mucosa uterina, prevenindo-se dest'arte uma infecção ulterior. Não perdemos vasa para lembrar sempre este cuidado, que deve presidir á confecção do pediculo. E' com effeito a abertura do canal uterino uma condição desfavoravel no tratamento intra-peritonal. Não fazemos concerto com Ezempin, quando lhe liga pouca importanciã.

Estamos nisso de parceria com Hofmeier, e a maioria dos cirurgiaões, proclamando a sua providencia como meio indispensavel para o exito das operações. Richelot não se contenta em cau-

terisar o canal a thermo-cauterio ; elle faz a ablação da mucosa e banha a superficie sangrenta com solução phenicada forte.

Recorre-se em seguida ao penultimo tempo operatorio:

Appliação do epiploon por diante do pediculo para isolal-o da massa intestinal. — Esta maneira de proceder tem em vista, na hypothese de desenvolver-se uma infecção, localisal-a pelas adherencias que não se demoram em formar-se, graças ao revestimento epiploico. Nem sempre esta precaução pôde ser posta em pratica ; ha casos em que a cortina epiploica muito curta, não permite cobrir o côto. Emfim, o ultimo tempo consiste em *suturar a ferida abdominal e fazer o curativo.*

Modificação do processo Olshausen

Richelot, tendo verificado n'uma de suas operadas o bordo superior do ligamento largo escapar-se de baixo da ligadura, e a secção dos vasos ovarianos ser origem de forte hemorrhagia, instituiu o seu novo processo. Passa á direita e á esquerda através do pediculo um fio de seda que, penetrando obliquamente sob a ligadura, vae sahir acima, de modo a ficar assim o bordo superior do ligamento largo, e manter immovel o caoutchuc.

Ahlfeld, já vimos, receiando ser fraca a segurança do laço elastico preso simplesmente por um fio de seda, fixa as extremidades do tubo com um anel de chumbo.

Schwartz (1) descreve o seu processo sob a denominação de «*ligadura elastica perdida sub-peritonial*», e que consiste em cobrir-se a ligadura com peritonio dissecado sobre o pediculo, depois de feita a hemostasia provisoria.

Para isso, depois de applicar o caoutchuc temporario, secciona o tumor a 4 centimetros acima, e descolla o peritonio para baixo até o laço constrictor elastico. Em seguida, applica a ligadura definitiva directamente sobre o tecido do côto, e cobre-a com o peritonio, que é costurado ao redor do pediculo.

(1) Schwartz: — *Zweifel—Die Stielb. bei der Myomect.* 1888.

Por ultimo, retira a ligadura provisoria.

Treub de Leyden (2) em memoria dirigida á Sociedade de Obstetricia de Paris, em 1890, descreve o seu processo que pouco differe do de Olshausen—Insiste muito sobre as precauções operatorias, lembrando o maior rigôr na antisepsia, e diz applicar ao redor do collo uma sonda de Nelaton, n. 11 ou 13 (fileira-Charrière).

E Boeckel de Strasburgo, temendo o resvalamento do tubo elastico, aconselha que se faça antes uma depressão sobre o pediculo, mantendo-se ao redor delle por alguns minutos um fio metallico, mediante a acção de um serra-nó, cujo parafuso deve gyrrar aos poucos, de modo a produzir assim uma constricção gradual. — No sulco formado, adaptam-se fios de catgut, e amarram-se as extremidades.

*
* *

O processo de Olshausen é de exercicio rapido e facil; a fixação temporaria, depois definitiva do laço de caoutchuc, não offerece evidentemente as difficuldades operatorias do processo de Schröder, longo e fatigante.

Demais, pela compressão elastica, a hemostasia é de ordem a satisfazer as exigencias reclamadas para a tranquillidade de espirito do cirurgião: deve ser absoluta. Não vai exagero nisso, porque se é razoavel admittir-se a probabilidade de um resvalamento de caoutchuc, explicando uma hemorrhagia formidavel, tambem forçoso é convir que a hypothese em especie se nullifica diante da modificação introduzida pelo professor Richelot. — A ligadura, presa ao parenchyma uterino, é forçada a manter-se *in sito*, exonerando, portanto, o mecanismo invocado para depôr contra o aproveitamento hemostatico da ligadura elastica definitiva.

A admittir-se com Gentilhomme que esse accidente póde sobrevir ao facto de ser o caoutchuc da extremidade do tubo seccionado pela seda em maximo de constricção, seria isso causa poderosa para adoptar-se a innovação de Ahfeld, isto é, substituir-se a seda pelo chumbo.

(2) Treub de Leyden:—*These de Gentilhomme*.

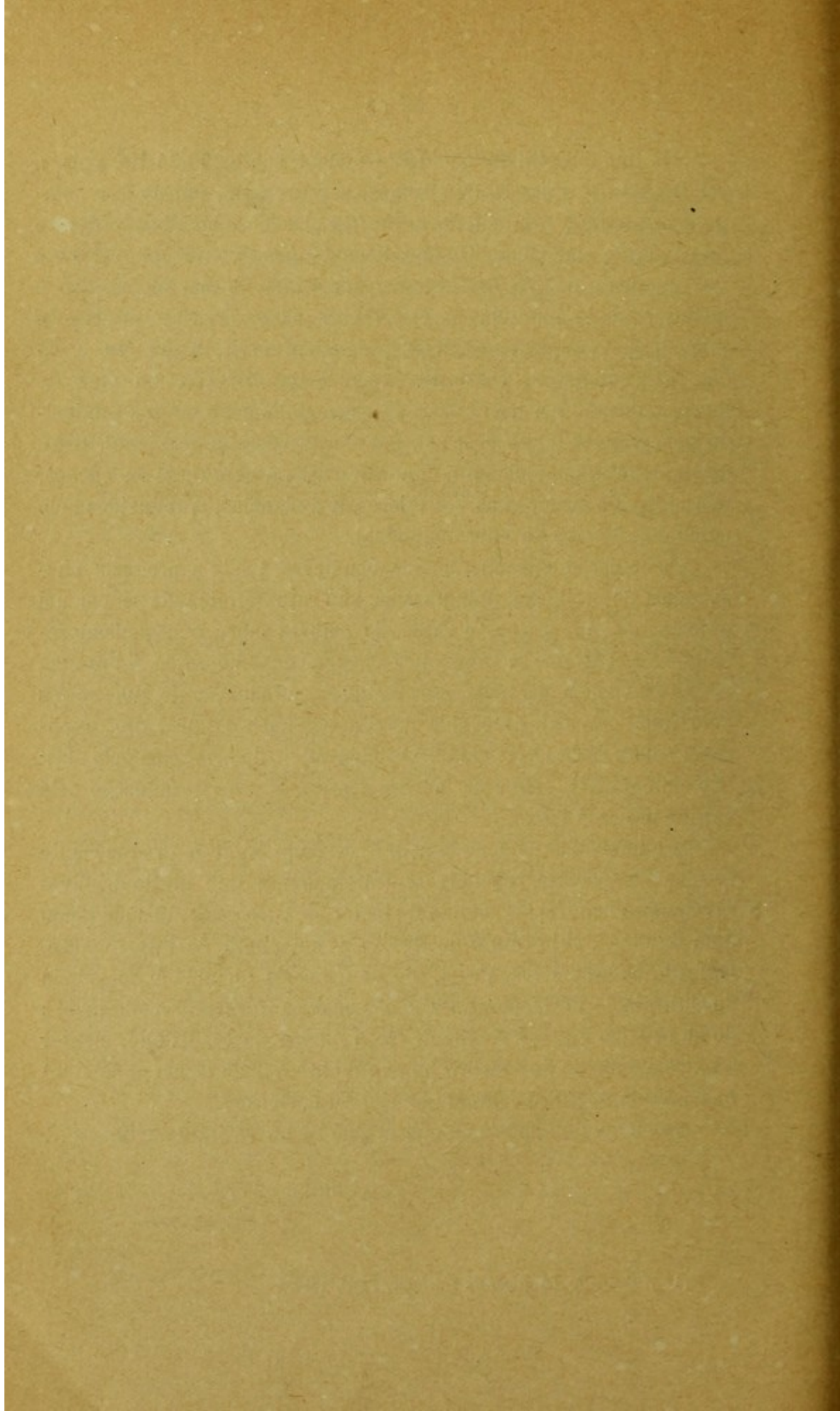
No que respeita ao accidente hemorragia, nada ha, pois, a reprimir ao processo de Olshausen. Entretanto, outras desvantagens e grandes, resultam do futuro do elastico, abandonado dentro da cavidade abdominal. Do mesmo modo que se torna possivel o seu enkystamento dentro do peritonio, como quer o seu auctor, não é menos verdade que todas as hypotheses pôdem ser aventuradas em relação ás consequencias graves que pôdem advir, desde que o encapsulamento não se verifique. Assim Kuln observou um caso de morte 3 dias após a operação, por estrangulamento interno produzido pelo caoutchuc. Wirbel (1), por seu turno, cita caso igual. E todos aquelles que applicam a ligadura elastica, com raras excepções, têm casos de insuccessos posteriores a assignalar, produzidos pelo caoutchuc liberto no bôjo abdominal.

Como corpo extranho, nessas coudições, tende a produzir phenomenos de irritação, phlegmasias, não raro terminando-se por um processo de suppuração, e então, do embate sobre o organismo resulta a reacção que se traduz por phenomenos dolorosos, febre etc., Ahlfeld menciona diversos casos em que a eliminação do tubo se fez pelo canal cervical, precedida de um corrimento purulento, explicavel pelo trabalho inflammatorio suppurativo, determinado pelo elastico em contacto com uma mucosa septica. E' essa terminação pela vagina um caso feliz.

A eliminação pelo abdomem tem dado logar á producção de fistulas secundarias, rebeldes ao tratamento, e que muito desfavoravelmente depõem no sentido de imitar-se Olshausen, abandonando uma ligadura, cujo futuro dá direito a um ponto de interrogação. Baseado nesses factos, Pozzi, n'uma memoria dirigida á Sociedade de Cirurgia de Paris, pergunta se não convém favorecer a eliminação do fio elastico « *qui est frequente sinon fatale* » Basta, diz elle, manter a extremidade do fio elastico no angulo inferior da ferida abdominal¹ ou no fundo do sacco vaginal anterior ou posterior.

No momento opportuno, o cirurgião assim retira-o facilmente...

(1) Wirbel—*De La Ligature élastique*, Paris, 1890.



CAPITULO VII

Processo de versão vaginal do pediculo

Os inconvenientes assignalaveis na conservação do pediculo dentro da cavidade peritonial incitaram os cirurgiões á pratica de processos novos, onde esses inconvenientes não se verificassem. A conservação extra-peritonial do pediculo, fixo á parede abdominal, methodo antigo e de desvantagens incontestaveis, não preenchia o desejavel, e por isso foi posto á margem como imprestavel para solver o problema.

Nessas condições, lembraram-se os cirurgiões de fixar o pediculo na vagina, e d'ahi a origem de um methodo novo, que absolutamente não fez epocha, por isso que as difficuldades ao seu exercicio pesavam mais que os beneficios colhidos no seu emprego. Com effeito, *à priori*, é dado imaginar-se os embaraços apresentaveis n'aquelles casos difficeis, em que um pediculo enorme, rigido, curto, oppõe formal resistencia á sua versão na vagina. Por outro lado, como bem diz Gentiihomme, á parte as difficuldades de applicação do côto á cavidade vaginal, as manobras reclamadas para esse lado não só difficultam a operação como multiplicam as probabilidades de infecção.

Pensando assim, foram poucos os cirurgiões a experimentar o methodo, dentre os quaes se destacam Schroeder, Fritsch que o abandonaram logo pelos pessimos resultados que obtiveram.

Processo de Meinert (1) — Fixação do pediculo no fundo do sacco posterior

A paternidade da idéa de fazer pela primeira vez a versão de um pediculo na cavidade vaginal cabe a Meinert. As linhas geraes do seu processo operatorio são as seguintes: após a ablação de neoplasma, fende-se o fundo do sacco posterior n'uma extensão sufficiente para permittir a passagem do pediculo, que é mantido na vagina por meio de pinças.

Processo de Byford, de Chicago, — Fixação do pediculo no fundo do sacco anterior

Byford de Chicago designou o seu processo sob o nome de « fixação vaginal do pediculo ». Feita a ablação do tumor, segue-se a separação da bexiga da vagina. Incisa-se depois a parede anterior, tanto quanto indispensavel para a passagem do pediculo, e une-se o bordo peritonal anterior vindo da bexiga ao peritônio posterior do pediculo recurvado para adiante por meio de um tenaculum. Uma vez levado o pediculo para a vagina, é ahi conservado preso a um clamp, até que a eschara se destaque, o que tem lugar geralmente no fim de 10 a 14 dias. Enche-se o tecido cellular destruido da parte superior da vagina com gaze iodoformada.

Processo de Frascani

Emquanto Meinert e Byford incisam os fundos de saccos vaginaes para ser possivel por ahi a passagem do pediculo recurvado,

(1) Meinert—*Wien. Med. Woch.* 1885—pag. 1273,—citação de Gentilhomme.

Frascani, á imitação do que preconisa King na operação de Porro, aconselha a inversão do pediculo. Mas a inversão só é possível n'um collo dilatavel ou dilatado; a dilatação constitue por isso mesmo no processo de Frascani um tempo preliminar.

Pensamos todavia ser practica por demais custosa esta de dilatar-se o collo e fazer-se a inversão maxime naquelles casos em que o collo apresenta-se rigido, já tambem invadido pela neoplasia fibrosa. Entretanto Frascani diz ter obtido resultado, e na *Riforma Medica* de 14 de Setembro de 1891 reconhece grandes vantagens no seu processo. As manobras de King, seguidas por Frascani nos fibrômas, são as seguintes: Aberto o abdome, passa-se uma ligadura elastica sob o pediculo, e separa-se o tumor. Em seguida, marcando o tempo caracteristico da operação de Frascani, practica-se uma serie de ligaduras a fio de seda ao redor do orificio do collo, com o fim de evitar as hemorragias que poderiam succeder por ocasião da inversão do pediculo, visto como para ser possível essa inversão deve-se retirar o laço elastico. As extremidades das ligaduras conduzidas atravez do pediculo, dão ao cirurgião ponto de apoio para fazer tracções com a mão esquerda, enquanto a direita collocada na vagina auxilia a inversão.

CAPITULO VIII

Processos retro-peritoniaes

Mais bem acertados andaram os cirurgiões, quando de preferencia á versão vaginal do pediculo, lembraram-se de conservá-lo no seio da cavidade abdominal, occulto sob uma dobra de peritoneo.—Obtem-se assim um pediculo retro ou subperitoneal, que para alguns cirurgiões constitue o melhor modo de conservação na hysterectomia supra-vaginal.—Lanelongue (1) e Ch. Faguet, entre outros partidarios convencidos deste methodo, dizem ser elle applicavel em todos os casos, mesmo n'aquelles em que ha encravamento do tumor na excavação pelviana. Acreditam mesmo preencher o processo o duplo fim que aspira um cirurgião n'uma tal intervenção: segurança de hemostasia e isolamento do pediculo na cavidade peritonal, que se acha assim protegida contra as infecções susceptiveis do provir da vagina, embora mesmo as maiores precauções antisepticas tenham sido observadas.

Não são poucos aquelles que com Faguet, e Lanelongue lhe rendem homenagem: Goffé, Richelot, Léonte, Smith, Hofmeir e outros participam do mesmo entusiasmo. Todos elles tem uma maneira especial de esconder o pedicuo dentro do peritonio e antes da realisação desse tempo, praticam ou uma humostasia *provisoria* por meio de um elastico, ou a *definitiva*, fazendo a ligadura directa

(1) Lanelongue:--*Sem. Med.* 95. pg. 355.

dos vasos, de sorte que podemos dividir os processos retroperitoniaes em dous grandes grupos;

—Processos em que se faz a hemostasia definitiva, antes de retirar a tumor;

—Processos em que a hemostasia definitiva só é feita depois do emprego da ligadura elastica provisoria.

A.— Processos em que se faz a hemostasia definitiva antes de retirar o tumor

I—Processos de Leonte (1) de Bucharest.— Particularidade: confecção de dous retalhos iguaes

1º tempo:—Hemostasia do plano superior dos ligamentos largos por meio de pinças e suturas em cadeia.

2º tempo.—Confecção de dous retalhas peritoniaes: um *anterior*, retirada da face anterior do neoplasma e extendendo-se de uma á outra inserção dos ligamentos; e outro *posterior* dissecado nas mesmas condições anatomicas.

3º tempo:—Passagem atravez do pediculo de uma agulha forte e romba, armada de um fio grosso de seda torcida; os dous fios são cruzados sobre as partes lateraes do pediculo.

4º tempo:—Secção do pediculo acima das ligaduras, e retirada do tumor.—A secção é feita obliquamente, de sorte que a ferida do côto resultante apresente uma excavação limitada por duas valvas, uma anterior e outra posterior.

5º tempo:—Raspagem ou excisão da mucosa do canal uterino e cauterisação com chloreto de zinco a 1/10.

(1) Leonte *Sem. Med.* 98. pg. 402.

6º tempo:—Sutura dos retalhos uterinos, executadas com fio de catgut.

7º tempo:—Revestimento do côto com os retalhos serosos que são suturados do mesmo modo que a ferida dos ligamentos largos.

8º tempo:—Sutura continua da ferida abdominal— Não ha emprego de drenagem.

O processo de Leont relativamente áquelles que vamos passar em revista, é um dos mais rapidos, e de grande acceitação. Tem entretanto, em seu desabono, um grande defeito, o mesmo que teremos de assignalar para outros processos: a linha de sutura do retalho peritonal corresponde ao canal cervical.

Todo o processo em que tal disposição se verifique não satisfaz o cuidado que deve haver em prevenir uma hypothese grave, por isso que nessas condições as sedas têm mais probabilidades de se infectar sinão immediatamente, pelo menos alguns dias depois da operação. D'ahi os accidentes suppurativos de longa duração, cessando sómente após a eliminação dos fios, quando não sobrevêm peritonites ás vezes mortaes.

II— Processo de Milton do Cairo (1)—Particularidade: dous retalhos, dos quaes o posterior sempre maior.

Feita a hemostasia do plano superior dos ligamentos largos, o desembaraçado o tumor sobre as faces lateraes e superiores, passa-se á parte especial do processo;

a) Confecção de dous retalhos peritoniaes, e descolamento da bexiga e recto. Uma incisão em crescente passa a cerca de 1/2 pollegada acima da bexiga. Dissecta-se e descolla-se o labio inferior da incisão a fim de separal-a.

(1) Milton *The Lancet* 1800 pg. 1155.

Pratica-se a mesma manobra na parte posterior. O retalho anterior, *muito curto*, é formado a custa da parte posterior da bexiga.

b) Hemostasia definitiva.—Ligadura separada das arterias utero-ovarianas, e uterina.

c) Ablação do tumor. — A amputação é feita ao nível do isthmo.

d) Sutura dos retalhos.—Depois de excisado um fragmento da mucosa cervical, costura-se sobre um plano profundo as partes avivadas do canal cervical, e em seguida, sobre um plano superficial, os dous retalhos peritoniaes.

e) Sutura da parede abdominal.

Graham (1) emprega o processo de *Milton*, e pratica a mais a drenagem do canal cervical.

Modificação de Bear (2)

Bear, ao envez dos dous retalhos, disseca logo uma facha circular de peritonio a cerca de uma pollegada acima do fundo de sacco vesico-uterino, e pratica a secção do tumor ao nivel da inserção vaginal do collo, reduzindo, pois, o côto a uma dimensão minima.

A incisão que *Milton* aconselha a 1½ pollegada acima da bexiga, determina a formação de um retalho *muito curto*. D'ahi a necessidade de constituir-se a face de bexiga em revestimento do pediculo na parte anterior. E desta intima connexão, facil é comprehender que fica collocado o reservatorio urinario em posição de modo a participar de toda a sorte de accidentes que podem succeder ao pediculo. A gravidade da situação é real, e d'ahi o grande inconveniente deste processo.

(1) *Graham: Amer Journal Of Obst.* 1892 pg. 338

(2) *Bear: Amer Journal Of Obst.* 1892 pg. 489.

B — Processos em que a hemostasia definitiva é feita após o emprego da ligadura elastica

I. — Processo de Chrobach (1) de Vienna. Particularidades: — Dois retalhos dos quaes o anterior sempre maior. — Não juxta-posição da sutura peritonial á sutura da utero ou sua superficie cruenta. — Pediculo pequeno.

Practicada a hemostasia sobre os ligamentos e desembaraçado o tumor pela secção dos mesmos, segue-se a confecção de dois retalhos peritonias, e o descollamento da bexiga e do recto.

Os retalhos devem ser grandes, a fim de ser possível o revestimento completo da excavação; o anterior sempre maior.

Uma vez dissecados e descollados até o nível das inserções vaginaes, applica-se á base do tumor uma ligadura elastica, produzindo-se assim uma hemostasia provisoria.

Para a ablação do tumor, amputa-se acima do laço elastico, e tão baixo quanto fôr possível, a fim de não deixar sinão uma porção insignificante do collo.

Ter-se-ha assim, segundo diz Chrobach, as vantagens de uma hysterectomia abdominal total, sem a practica de manobras vaginaes. A hemostasia definitiva do pediculo é feita indirectamente por uma ligadura bilateral das arterias uterinas, no ponto em que ellas se approximam da abobada vaginal. Retira-se a ligadura elastica. A cauterisação do canal cervical é obtida com um thermo-cauterio, depois do que se deixa no seu interior uma mecha de gaze iodoformada.

A sutura dos retalhos é feita á maneira de Lambert: sero-serosa e continua, e a linha que resulta não deve corresponder á cavidade uterina.

(1) Chrobach — Vienna — *Centralb. fur Gynec.* 1891.

E' pois este processo muito approximado do de Schroeder, distinguindo-se apenas pela sutura excentrica do peritonio em relação ao canal cervical e drenagem do mesmo.

Modificação de Albert de Vienna (1)

Albert, depois de ter visto Chrobach operar pelo processo que descrevemos, imaginou uma modificação na sua technica. Em vez de suturar os bordos dos dois retalhos peritoniaes, passa os retalhos um por cima do outro; o anterior, por exemplo, é applicado sobre o córte uterino e suturado nessa posição, e o posterior por sua vez sobre o primeiro, é suturado á parte anterior do pediculo.

*
* *

O processo-Chrobach entre os congeneres, é realmente aquelle que mais direito tem ao primeiro lugar no methodo retro-peritonial; — é o unico capaz de rivalisar com os processos de ablação total. Não destruindo embora todas as probabilidades de hemorragias e infecção, assim como de outros accidentes, pelo menos as reduz tanto, que as que subsistem, pouco ou nada podem preoccupar o cirurgião. E' a observancia de uma indicação especial ao processo que estas vantagens lhe confere: reduzir ao minimo o tamanho do pediculo a conservar. Está nessa redução á expressão mais simples, pois, a sua superioridade. São, com effeito, enormes os beneficios que d'ahi advém. Todos os accidentes attribuidos á presença do pediculo quasi desaparecem, por isso que é elle quasi totalmente supprimido. Mesmo as adherencias visceraes passam a ser exoneradas do quadro das hypotheses de direito a formular pela manutenção de um pediculo dentro da cavidade abdominal. A supressão de toda a superficie cruenta no abdomeo permite aos intestinos de resvalar sobre o *microscopico pediculo*, revestido de serosa, com a maior facilidade

(1) Albert — Wien, Med. Pres. 1891.

Com dimensões tão exiguas, não deve, com effeito, servir de serio obstaculo !

II.—Processo de Richelot (1).—Particularidade : um só retalho anterior

1º, 2º e 4º tempos iguaes aos do processo de Chrobach.

3º tempo : *Confecção de um só retalho peritonial anterior.*—Separação da bexiga e do recto. Secciona-se transversalmente o peritonio sobre a face anterior do tumor, a partir de um ligamento largo ao outro. Faz-se a secção a 3 ou 4 pollegadas acima do fundo do sacco vesico-uterino, introduzindo-se dentro da bexiga previamente uma sonda metallica longa, para limital-a. O labio inferior da incisão peritonial é dissecado sobre uma altura de 6 a 7 centimetros, variando com a espessura do pediculo.

5º tempo : *Ablação do tumor*, fazendo-se a amputação a alguns centimetros acima do laço elastico, enucleando-se em seguida, se fôr possivel, a porção restante do fibrôma no pediculo.

6º tempo : *Hemostasia definitiva e directa do pediculo.* — Usa-se do nó de Lawson-Tait sobre seda trançada, nos pediculos poucos espessos ; nos massiços, faz-se uma ligadura em cadêa de Thornon, collocando-se acima um fio, de modo a comprehender todo o côto. Retira-se em seguida a ligadura elastica.

7º tempo : *Cauterisação da cavidade cervical do pediculo* com o thermo-cauterio de Paquelin, suturando-se, acima d'elle, o retalho peritonial anterior ao bordo livre posterior do côto, por uma sutura em choleio, indo de um ligamento largo ao outro.

8º tempo : *Sutura abdominal.*

O retalho unico do processo de Richelot confere-lhe reaes vantagens sobre o de Milton, tambem de um só retalho.

Apenas existe uma reserva a assignalar: a sutura sobre o bordo posterior do pediculo não deve ser sempre facil de execução. A diffi-

(1) Richelot : *These Gentilhomme, e Ann. de Gynec. et obst. mai 93.*

culdade póde nascer, em alguns casos, da situação muita profunda do bordo posterior, de encontro ao recto.

Em semelhante profundidade, o operador difficilmente poderá manobrar com a sua agulha de sutura.

Entra, todavia, aqui em contribuição, a destreza de cada um, e portanto a hypothese referida póde deixar de existir nessas condições.

III.—Processo de Goffe (1). — Particularidade : dous retalhos iguaes

1.^o tempo : *Hemostasia praticada sobre os ligamentos largos*, mediante o emprego de dous clamps para cada ligamento, e applicados um proximo ao utero e o outro para fóra dos annexos. Os clamps não abraçam senão os $\frac{2}{3}$ superiores dos ligamentos largos.

2.^o tempo :— Secção destes ligamentos, terminando no ponto ao nivel da extremidade das pinças.

3.^o tempo :— Confecção do retalho e separação da bexiga e do recto.

Prepara-se o retalho anterior, fazendo um incisão peritonal curva, partindo do extremo inferior da secção ligamentosa e dissecando-se o labio inferior da incisão de cima para baixo.—A mesma cousa na parte posterior para a confecção do retalho respectivo.

4.^o tempo :—Hemostasia provisoria, que se pratica á custa de uma ligadura elastica applicada na base do tumor.

5.^o tempo :— Extirpação do neoplasma.

6.^o tempo :— Hemostasia definitiva, praticada sobre o pediculo, e sobre a porção restante dos ligamentos largos :

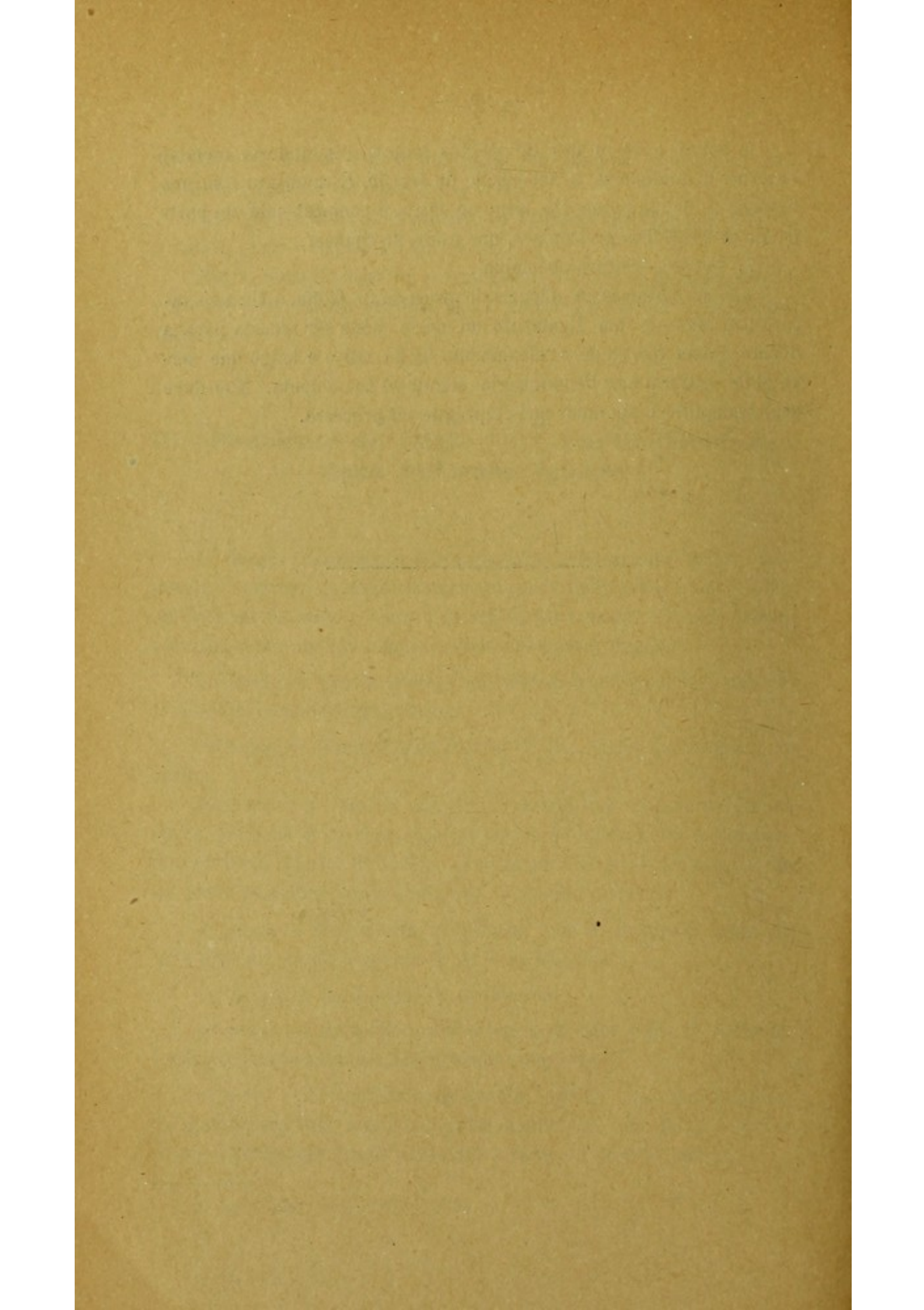
a) sobre o pediculo, atravessando-o, logo na base dos retalhos, de diante para traz, com uma agulha munida de um fio de seda espesso, o qual serve depois para ligar o pediculo de cada lado ;

(1) Goffe : *Amer. Jour. of obst.*, 1895.

b) Sobre o resto dos ligamentos largos, retirando-se o clamp externo, e serzindo-se a superficie de secção. Esta sutura continua estende-se de um ligamento largo ao outro, e comprehende na parte media os 2 retalhos peritoniaes, que assim se reúnem.

7.^o *tempo* :—Sutura abdominal.

Não acreditamos na efficacia do processo de Goffe.—Uma sò sutura continua de um ligamento ao outro póde ser funesta para a doente. Basta que se dê o relaxamento do fio unico e longo que serve para a sutura; uma hemorrhagia seguir-se-ha violenta. Não deve ficar tranquillo o operador que empregue tal processo.



CAPITULO IX

Critica ao methodo intra-peritonial— Vantagens e inconvenientes

A. Martin (1), no Congresso de Roma, disse uma grande verdade, quando referindo-se ao pediculo, acabou por concluir que a multiplicidade de processos operatorios empregados para tratá-lo provava exuberantemente a pouca efficacia de cada um delles. Mesmo assim, porém, do cotejo do valor de cada methodo em particular se evidencia um melhoramento progressivo, do qual a conservação intra-peritonial do pediculo é um magnifico exemplo.

Não ha duvida; esse methodo occupa realmente um plano superior, muito outro que o extra-peritonial.

A maioria dos accidentes secundarios pelo menos, e alguns immediatos que neste ultimo assignalámos, nelle já não se deparam por inutilisados á ausencia das condições preparatorias: transporte e fixação do pediculo á ferida operatoria na parede abdominal.

Assim, os perigos a que expõem as tracções neccessarias para esse transporte já não existem; o embaraço respiratorio, a irregularidade do pulso, observaveis no correr da primeira operação, não desaparecendo *in totum*, são todavia attenuados bastante, por isso que as manobras executadas na confecção do pediculo são muito menos energicas no methodo intra-peritonial. Por outro lado, não já modificados, mas sim abolidos de vez, são as consequencias tardias a que dá lugar a manutenção extra-peritonial do pediculo. Sendo assim,

(1) A. Martini.—*Cong. Roma 1894 Sem. Medicae*—7 Abril 94.

não ha mais a receiar tracções sobre a parede abdominal, nem afunilamento a esse nivel; são dispensados os cuidados de natureza a evitar a entrada brusca do pediculo em plena suppuração dentro do peritonio, assim como não ha mais razão para se pensar em fistulas ou em hernias ventraes. Todas essas complicações se desvanecem; a ferida se reúne por primeira intenção, e a cura se completa decorrido o espaço de 1 a 10 dias. Porém, si do *tratamento intra-peritonial* do pediculo emanam, com effeito, beneficios grandiosos, reconhecidos como poderosos elementos auxiliares de um bom exito operatorio, não é menos verdade infelizmente que da pratica delle decorrem perigos, francamente evitaveis no methodo extraperitonial, e dos quaes um é realmente assustador: a hemorrhagia na cavidade do peritonio. Realmente, uma vez reduzido o pediculo, fica o cirurgião sem aviso da eminencia de um accidente tão grave; está completamente desarmada, impotente, por isso que o phenomeno se passa occulto, em sitio para o qual a parede abdominal suturada se constitue anteparo, escondendo-o totalmente da vista do operador.

E sob o peso dessa eventualidade, altamente compromettedora, pondo a vida das operadas fóra do alcance dos recursos da sciencia, sem meios de levar-lhe um remedio efficaç e prompto, comprehende-se o desespero que a situação origina, e o quanto vai nisso de justificativo a alguns cirurgiões para preferirem ao methodo em especie o extra-peritonial. Evidentemente, vencidos pela brutalidade do facto, havemos de convir, á necessidade de explanar a verdade, que a falta seria enorme, irremediavel, de jaez a uma condemnação formal ao tratamento intra-peritonial do pediculo, se o phenomeno se verificasse na maioria das vezes em que é empregado. Felizmente é a hypothese contraria a que predomina, tanto que o accidente dia a dia tende a desaparecer das estatisticas, reduzindo-se a uma cifra muito pobre, sobremodo animadora. Dá-se com elle o mesmo que com o outro accidente-infecção, por conta do qual muito sombreado era o prognostico das antigas intervenções. Uma verdade, porém, indispensavel é que não se olvide: tanto as hemorrhagias como as septicemias são accidentes de occorrença possivel, embora hoje raros, na amputação supra-vaginal do utero. A observancia rigorosa dos cuidados de antisepsia e asepsia levanta-se como meio poderoso contra a hypothese de uma infecção. Este preceito, entretanto, exactissimo

sob um ponto de vista inteiramente theorico, falla muitas vezes, quando experimentado na pratica.

A verificação, com effeito, do accidente permanece, attendendo a que, embora muitos, são sempre escassos todos os recursos empregados para abolir a probabilidade de uma infecção. Por muito cuidado que haja, tal ou qual discrepancia involuntaria, instinctiva, escapando á sagacidade da vigilancia, intervem intempestivamente e com energia bastante para fazer irromper a infecção com todas as suas consequencias funestas.

Occurrencia lastimavel embora, não é comtudo tanto quanto a primeira. Na explosão della ainda fica o cirurgião soberano nas suas funcções, com actividade e poderes para dar-lhe combate, e ás vezes até com successo. Na hemorrhagia, porém, tal não acontece.

Faz explosão de chofre, e já fazendo uma victima. Nos processos operatorios innumeros que descrevemos no methodo intra-peritonial, a ligadura directa dos vasos, e o acobertamento peritonial da ferida uterina realisam incontestavelmente um grande progresso na cirurgia abdominal.

Assim, com a primeira muito se reduz o numero de casos de hemorrhagias; ao segundo cabe evitar as adherencias da superficie de secção com os órgãos da cavidade abdominal.

Entretanto, a ligadura directa dos vasos, meio energico e racional para exonerar as hemorrhagias das operações, não aproveita ás vezes; esse accidente, mesmo assim, já se têm assignalado.

Bem por vezes, um esforço qualquer desenvolvido pelas operadas, um accesso de tosse por exemplo, tem contribuido para o deslocamento do laço constrictor do vaso, com a subsequente hemorrhagia. Outras vezes, os orificios produzidos pelas agulhas de suturas no curso da operação, o despedaçamento de um vaso têm constituido fonte de grande corrimento sanguineo.

As hemorrhagias secundarias, alguns attribuem á queda das escharas do pediculo, á retracção dos tecidos comprimidos por uma ligadura, ou ao resvalamento desta, maxime quando é elastica.

Quanto á fórma da infecção, chamada expontanea por alguns auctores, e referida á decomposição de liquidos na cavidade peritonial,

parece-nos pouco provavel em que pese a Th. Kocher (1) que invoca a acção de bacterias, por elle ditas encontradas mesmo em um organismo são. O facto capital consiste em evitar todo o accesso de materias infecciosas, vindas do exterior para a cavidade abdominal. Falla de parceria comnosco a auctoridade de Mikulicz, (2) segundo o qual, os liquidos susceptiveis de decomposição encontram rapidamente meio de fugir a ella, por isso que o peritonio os absorve de prompto : dá-se uma especie de digestão peritonial.

Além desses accidentes, franca suppuração tambem pode irromper no interior da cavidade peritonial. Basta para isso que o material empregado para as ligaduras não seja absorvido ou enkystado; começa a passear e a actuar como corpo extranho, a irritar os tecidos, eliminando-se muitas vezes pela vagina ou pela parede abdominal, no meio de uma collecção de pús. As fistulas têm então oportunidade para se estabelecer.

Em summa, n'uma hysterectomy supra-vaginal, com pediculo conservado dentro do peritonio, são accidentes a temer : hemorragia, septicemia, adherencias inflammatorias, abcessos em torno do pediculo, fistulas persisistentes, longa suppuração etc. Não é pois um tractamento cirurgico ideal. — Os proprios processos de Chrobach e Rechelot, reduzindo a proporções diminutissimas o pediculo, e collocando-o fóra do peritonio, não offerecem, é verdade, tanta probabilidade de determinação desses accidentes, mas ainda assim estão sujeitos a elles.

E o maior argumento a apresentar para prova do nosso asserto, é dizer que o proprio auctor do melhor processo operatorio, no tractamento retro-peritonial do pediculo — o professor Chrobach — o abandonou por completo, preferindo abolir de vez o pediculo, causa principal dos inconvenientes assignalados na amputação parcial do utero.

Methodo mixto

E' de data muito recente o methodo mixto, combinação pouco mais ou menos feliz dos dois precedentes. Até 1882 ainda não existia; as raras manobras operatorias que esse titulo poderiam ter eram

(1) Th. Kocher, *Rev. Méd. de la Suisse Normande*, 1881.

(2) Mikulicz, *Languebeck-Arch*, Bd. XXXI—XI.

practicadas, em casas muito especiaes, de necessidade, e passaram sem menção particular, completamente ignoradas. A Freund (1) cabe a gloria de descrevel-o, dando-o á publicidade.

Em 1882, Freund, após a amputação do utero reclamada por um tumor volumoso, isolou o côto da cavidade peritonial, encerrando-o n'um revestimento de cautchuc, atravessando-o com um tubo de vidro, e formando um aparelho de drenagem.

Absolutamente não encontrou imitadores o modo de operar de Freund ; *novos foram imaginados*.

Assim Von Hacker (2) teve a concepção do processo que foi pela primeira vez executado por Wolfier (3) em 21 de Agosto de 1884.

Processo de Wolfier

Uma vez suturado o pediculo tal como no processo Schroeder, é elle collocado de modo que a sua extremidade livre esteja ao nivel da superficie profunda das paredes abdominaes.

Para fixal-o neste ponto, no mesmo plano da incisão do peritonio parietal, passa-se á direita e á esquerda uma agulha munida de um fio de seda, que atravessa successivamente as camadas superficiaes do pediculo, e depois as paredes abdominaes ; as alças do fio são ligadas sobre pequenos tampões de gaze iodoformados, tendo-se antes feito tracções sobre as extremidades livres do fio, de modo a trazer a superficie do côto uterino entre os labios da ferida peritonial — O peritonio desta é reunido ao da superficie do pediculo e a ferida abdominal suturada em toda a sua extensão. salvo ao nivel d'aquelle, onde se deixa um espaço livre, necessario para a passagem de uma mécha de gaze iodoformada, e de um dreno que, resvalando vai até o referido pediculo. Resulta d'ahi que a cavidade abdominal se acha completamente fechada acima do côto uterino, que sendo *justa-peritonial*, torna-se evidentemente *extra-peritonial*.

(1) — Freund : *Centralb f. Gynak* 1882.

(2) — Wolfier : *Wiener Med. Woch*

(3) — Von Hacker : — *Wiener Med Woch*

*
**

Preenche o processo, pois, a grande indicação de pôr o cirurgião ao abrigo das eventualidades de hemorragias, sempre que a hemostasia não fôr perfeita, assim como permite aos productos septicos de se eliminarem pela ferida abdominal, sem infectar o peritonio. Na verdade, a perspectiva do cirurgião nesse particular não póde ser mais agradável. Acontece, porém, que pelo facto de gozar o methodo de proveitos identicos aos que tem direito a exteriorisação do pediculo, a elle tambem por sua vez se acham ligados todos os defeitos do methodo ex-traperitonal: retracção abdominal, fistulas, even-tuacção, abcessos etc.

Não ha, pois, vantagem no methodo, que imaginado para eliminar os *senões* d'aquelles de que é combinação, acarreta outros tantos e bem serios.

Todavia Fritsch (1) adoptou de uma maneira geral este methodo, com o qual contou 19 successos, sem assignalar um só caso de morte.

Processo de Sanger (2)

Sanger, sob a denominação de « sequestração intra-peritonal » imaginou uma manobra operatoria que consiste em isolar o pediculo na cavidade abdominal, creando para elle uma loja á parte. Sanger distingue dois casos :

a) — *Pediculo tractado como no processo de Schroeder, e de hemostasia duvidosa ;*

b) *Pediculo muito curto, e tractado como no processo de Hegar.*

No primeiro caso, fixa-se o côto uterino abaixo da ferida abdominal, suturando-se o peritonio parietal ao longo da sua face posterior. Separa-se assim da cavidade abdominal a loja inferior em que se acha sequestrado o pediculo ; colloca-se ahi um dreno.

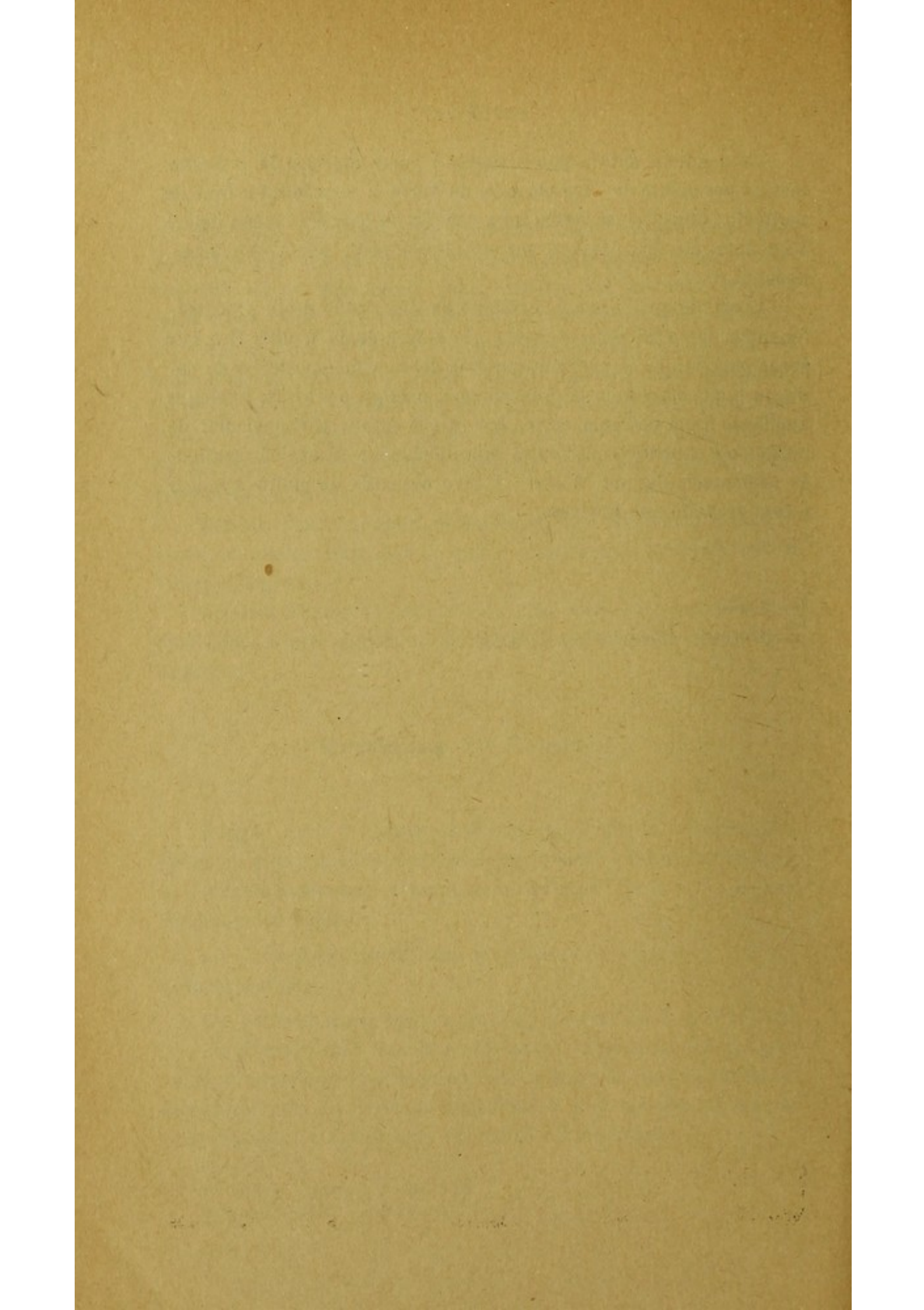
(1) Fritsch — *Centr. f. Gynak*, 1888.

(2) Sanger — *Centr. f. Gyna k*, 1886.

No segundo, sutura-se o peritonio á parte superior do pediculo, mesmo por diante do laço elastico, de sorte a sequestrar-o fora do peritonio. Constitue-se assim uma especie de barreira acima delle : a ligadura elastica passa a ser extra-peritonial, ainda que intra-abdominal.

Pozzi, do qual tiramos o resumo da descripção deste processo, faz notar que o primeiro processo não differe do de Wolfler-Hacker senão pela sutura do peritonio parietal, sobre a face posterior do pediculo, e, que o segundo não é em summa, mais que o processo de Hegar applicado a um pediculo curto, em que a sutura peri-pedicular do peritonio é substituida por outra supra-pedicular. Richelot, segundo as communicações de Wirbel (1), teve occasião de muito applicar e com proveito este processo.

(1) Wirbel *These de Paris, 1890.*



THESE

SEGUNDA PARTE

ABLAÇÃO TOTAL

THE

SECOND PART

ABSTRACT OF THE

CAPITULO I

Da Hysterectomy total

Nas theses de Gentilhomme e Le Moniet, a que muitas vezes já tivemos occasião de referir no correr do nosso trabalho, vêm descriptos com grande erudição os processos os mais completos de hysterectomy abdominal total. Emprestámos por isso a Gentilhomme e Le Moniet os principaes trechos deste nosso capitulo, calando apenas os de somenos importancia, e aproveitando assim terreno para processos mais recentes e aperfeiçoados de que não se occuparam Gentilhomme e Le Moniet, por isso que a epocha em que as suas theses inauguraes foram apresentadas, estava muito longe do apparecimento delles.

A hysterectomy total pôde ser feita :

Por via vaginal ;

Por via abdominal ;

Pelas duas combinadas :

Vagino-abdominal, ou abdomino-vaginal, conforme a operação começa pela incisão vaginal ou pela laparotomia.

Assentamos desde já que mesmo na hysterectomy abdominal total, ha sempre um tempo vaginal.

Não sendo da nossa alçada o estudo da hysterectomy total vaginal, começaremos por descrever o methodo vagino-abdominal que, abstracção feita do periodo anterior á antisepsia, foi o primeiro empregado.

§ I—Hysterectomia vagino-abdominal

A. — Processo de Bardenhouer

1º tempo: Vaginal—Incisão circumscrevendo o collo, e partindo a 2 centímetros atraz delle, de sorte a destruir o fundo do sacco de Douglas e a impedir o accumulo de serosidade. Lavar a vagina e ahi collocar uma esponja.

2º tempo: Abdominal—Incisão do umbigo á symphise. Sutura do peritonio parietal á parede. Os intestinos são recalçados para a parte superior do abdómen e ahi mantidos por compressas quentes e thymoladas. Traz-se o tumor para o exterior.

Cada um dos ligamentos largos é dividido em dois ou tres feixes solidamente ligados com fios de catgut, collocados o mais baixo possivel. O peritonio é em seguida separado do utero, e a dissecação da bexiga posta em pratica. Sendo assim, obtida a perfuração do fundo do sacco anterior, introduz-se o index direito na vagina, e com elle alarga-se docemente a abertura dos dois lados até os bordos do utero.

Mesma manobra na parte posterior.

Os ligamentos largos são seccionados ao longo do utero, para dentro das ligaduras; a principio ao nivel da primeira, depois da segunda, e finalmente da terceira zona. Neste momento, fica o utero apenas preso por um ponto á parte lateral da vagina.

Este ponto é ligado uma ou varias vezes e seccionado.

Não ha hemorrhagia.

O utero, livre, é extrahido totalmente pelo abdómen. Aceio do peritonio.

Sutura—A secção inferior e posterior do peritonio é suturado ao bordo posterior da incisão vaginal. Mesma sutura na parte anterior.

Um dreno em T é introduzido na vagina e vai até á parte mais elevada da excavação pelviana.

Segundo dreno no fundo da pequena bacia.

Um delgado fio de catgut é fixado por uma sutura de pelliqueiro em toda a extensão do estreito superior. Sutura da parede abdominal e drenagem da sutura.

B—Processo de Boldt (1)

Boldt emprega tanto a hysterectomia abdominal total, como a hysterectomia vagino-abdominal. Pratica de preferencia esta ultima operação, quando o assoalho pelviano é tenso e resistente. Esta tensão sobretudo se verifica quando os fibromas se desenvolvem entre as 2 folhas do ligamento largo, ou na pequena bacia, e determinando ahi phenomenos de compressão. A technica do processo de Boldt é assim resumida por Gentilhomme :

1.º tempo: Incisão da inserção vaginal.

2.º tempo: Hemostasia do plano inferior dos ligamentos largos, zona das arterias uterinas.

3.º tempo: Libertação do tumor sobre suas faces anterior e posterior, descollamento da bexiga e do recto.

A vagina é em seguida tamponada com gaze iodoformada, e uma mécha vai do fundo do sacco de Douglas perfurado ao abdome.

E', pois, a technica operatoria de Boldt pouco differente da de Bardenheuer.

C—Processo de Rouffart (2) (de Bruxellas)

Verifica-se no processo de Rouffart ainda muita analogia com as precedentes.

1.º tempo: Desembaraço do collo uterino.

(1)—Boldt—Do processo de hysterectomia abdominal total de Boldt nos occuparemos opportunamente.

(2)—Rouffart de Bruxelles; *Bulletin de la Soc. d'obst. et de Gyn. de Bruxelles*.—Séance du 9 mai 91.

2.^o tempo: Collocação de pinças hemostaticas sobre os ligamentos largos que são divididos neste momento em toda a extensão da parte comprehendida nos ramos da pinça, ao longo dos bordos do utero. Um tampão enche a vagina.

3.^o tempo: Laparotomia e ablação do tumor.

4.^o tempo: Sutura do abdomen. O Dr. Jacobs (1) (de Bruxellas) emprega o mesmo processo com as 3 modificações seguintes:

a)—Incisão dos fundos do sacco vaginaes com o thermo-cauterio.

c)—Uma vez praticada a laparotomia, e retirado o tumor para fóra do ventre, collocam-se longas pinças sobre os annexos e os ligamentos, até ao encontro das pinças vaginaes.—A ablação dos annexos exige muita attenção.

3.^o Terminando-se a operação, substituem-se as pinças abdominaes por pinças-longuettes vaginaes.

Em França, o Dr. Chaput usa pouco mais ou menos da mesma technica.

Depois de desembaraçar o collo uterino, retira-o pela vagina, atacando o resto do tumor pelo abdomen. As vantagens da combinação de manobras vaginaes ás abdominaes foram postas em relevo por Bardenheur: *hemostasia perfeita das paredes vaginaes, mobilidade maior do utero*, e, consequentemente, difficuldade menor na 2.^a parte da operação.

Os inconvenientes são pouco mais ou menos os mesmos que os da hysterectomia abdomino-vaginal, isto é:

a)— A necessidade de actuar ora pela vagina, ora pelo abdomen, com mudança de posição, expõe a faltas de antisepcia;

b)— Os tumores fibrosos desenvolvidos na parede posterior do utero, recalcando o collo para adiante e para acima, tornam o seu accesso difficilimo, senão impossivel;

c)— Os fibromas infiltradas nos ligamentos largos embaraçam a collocação conveniente das pinças sobre a base destes ligamentos.

(1)— Jacobs: *These Le Moniet* pag. 56.—O Dr. Jacobs modificou a technica de Rouffart, approximando-se cada vez mais da hysterectomia abdominal total. Disse-o no Cong. de Roma de 18894.

Deve-se, nestes casos, de preferencia attender-se em primeiro lugar ao tumor, depois ao utero, e simplificar as manobras operatorias, seguindo exclusivamente a via vaginal ou abdominal.

§ II—Hysterectomia abdomino-vaginal

Péan (1), depois de ter empregado por muito tempo as operações de hysterectomia abdominal total, deu ultimamente preferencia ao processo combinado abdomino-vaginal.

A sua technica, que o Dr. Ramon (2) minuciosamente descreveu, comprehende dous tempos: hysterectomia supra-vaginal a principio, e ablação em seguida do pediculo por via vaginal, como se tratasse de pequeno fibroma.

Para isso, abre o abdome, suspende o tumor, e colloca abaixo d'elle um laço de caoutchuc, tanto mais proximo do collo quanto possivel. Fixa as extremidades do cautchuc entre os ramos de uma pinça e resecca o tumor. Descolla a bexiga e recto, e faz passar em uma agulha curva acima ou abaixo da ligadura elastica, um fio metallico torcido graças ao emprego de um ligador especial, que o corta a um centimetro de distancia. Reduz o côto e fecha a parede abdominal. Pratica enfim a extirpação deste côto pela vagina, assim como se fosse um pequeno fibrôma. Tal é o processo preconizado por Péan, todas as vezes que se trata de um volumoso fibroma do utero. A. Martin, que praticou tantas vezes quanto possivel a enucleação dos myomas intersticiaes, adoptou em 1889 a hysterectomia total por via abdomino-vaginal. Liga os ligamentos largos em planos, á imitação de Freund, e depois de retirar o collo, os fios em numero de vinte a trinta são recalcados para a vagina. Fecha cuidadosamente o peritonio pelviano e sutura a ferida abdominal.

Martin substitue as pinças-Péan por ligaduras e não faz o «morcellement» do pediculo.

(1) Péan: — *Bullet. acad. de med.* Julia. 1892.

(2) — Ramon: — *These Paris*—98.

Le Bec seguiu uma evolução opposta á de Martin:— entregando-se nos principios á hysterectomia laparo-vaginal, pratica hoje exclusivamente, como veremos em breve, a hysterectomia abdominal total. Do methodo em assumpto, continua, pois, Péan a ser fervoso partidario.—Mas, colhendo observações esparsas, aqui e alli inseridas, vemos que esta operação foi por muitos ensaiada, unicamente a titulo de excepção. Entre esses contamos Bouilly, (1), Gouillioud (2), Schwartz (3), Routier (4), Bockel e Boldt.

Landau (5) de Berlim entregando-se ultimamente á hysterectomia abdomino-vaginal para os tumores supra-umbilicaes, porquanto para os de volume pouco consideravel prefere a hysterectomia vaginal de Pean, conclue por considerar de grande beneficio não fechar-se a cavidade peritonial. Basea-se em observação pessoal.

Ha dois grandes defeitos neste methodo: a duração da operação prolonga-se em virtude das manobras vaginaes, que acarretam grandes perigos; e probabilidades de infecção e hemorragias subsistem, como se vê nas observações de Routier (6) e Le Bec (7): as pinças cederam as poucos, e uma hemorragia sobreveio no momento em que se procedia a sua ablação.

Hysterectomia abdominal total

Rezam os dados historicos ter sido a hysterectomia abdominal total empregada pela primeira vez por dois cirurgiões de Manchester, em 1843. Obrando, porém, ao acaso, sem determinação previa, é de mais direito conceder a primasia a Pean, que definitivamente interveio fazendo ablação total por via abdominal, em Setembro de 1869 (8).

Indifferente, entretanto, aos successos alcansados, bem depressa

(1) Bouilly—*Cong. chirurgica* 1891.

(2) Gouillioud—*Cong. franc. chirurg.* 1898

(3) Schwartz. id.

(4) Routier id.

(5) Landau: — *Cong. Rome.*—1894.

(6) Routier: *Cong. franc. chirurg.*—1895.

(7) Le Bec: — Citado por Camelot no *Nouv. Arch. d'Obst. et Gynec Août.*—1892.

(8) Pean: — *Union Médicale* --- 1892.

Pean sentiu real antipathia pelo methodo, abandonou-o de vez, com preferencia á hysterectomy abdomino-vaginal.

Não obstante o lado theorico muito seductor desta operação, dentro em pouco attrahiu a attenção de novos cirurgiões, cada qual mais notavel, que comprehenderam incontinenti a excellencia do methodo. Freund, em 1878, já retirava totalmente pelo abdomeo um utero canceroso. Preconisou o seu processo e teve imitadores.

A operação de Freund, porém, deu resultados deploraveis, e apesar das tentativas de Rydygier, de Schroeder, Mac-Cornac e outros cirurgiões (1) foram taes os insuccessos obtidos que Hegar e Kaltenbach em 119 casos tiveram 85 de morte, isto é, 72 %! Tão alta proporção trouxe o descredito do methodo, d'ahi por diante condemnado ao abandono. Razoavel e justa a queda da hysterectomy abdominal total para um utero carcinomatoso, tanto seria de lamentavel e injusta para um utero apenas ligado a uma neoplasia fibrosa.

Tal não aconteceu felizmente! E da hysterectomy abdominal total muito aproveitaram os tumores fibrosos, embora tardiamente tivessem fruido de tal tractamento. Deploravel silencio!

Nos annos de 1888 a 1889, começaram a apparecer os primeiros escriptos, registrando a supremacia do notavel methodo. (2)

Foi nesta epocha que a hysterectomy abdominal total adquiriu direito de cidade na cirurgia moderna e multiplicaram-se então os seus partidarios: Martin na Allemanha; Reverdin, na Suissa; Chrobak, na Austria... Na America Polk, Boldt, Edebolhs, Eastmann, Lamphear, Rufus-Hall; na Suecia, Lennander; na França, Guermontprez (3), Doyen, etc. taes os cirurgiões de direito a considerar como os principaes representantes da hysterectomy abdominal total.

A technica varia com os cirurgiões, conforme o habito, a tendencia cirurgica de cada um. Todos elles, porém, tocam-se nos pontos capitaes; poucos são aquelles aos quaes é dado assignalar differença profunda.

E se algum se distingue mais que outro, não tardam a surgir

(1) Doyen : --- *Arch. provinc. de chirurg.* --- 1892.

(2) Dixon-Jones : --- *New-York med. Journal*, 1888 ; --- *Medical News*, 1888, etc.

(3) Guermontprez : *Acad. Med.* 1881. — Dr. Duval. — *These, Paris*, 1892.

novos processos, baseado nelle, e modificando-o apenas em alguma particularidade. Os processos formam grupos, approximam-se: Em geral, por cada modificação, recebe o seu auctor o premio de vel-a posta em practica, com acceitação geral. Nem poderia deixar de ser assim: cada uma dellas tem valor como um meio a mais de que dispõe o cirurgião para vencer as difficuldades suggeridas a cada passo. Todos os meios servem, mesmo porque as eventualidades são innumeradas; ha doentes e não molestias. Assim, com o processo de Chrobak parecem-se nos pontos capitaes o de Lennander, d'Upsal (1) e o de Edebohls (2); com o de Polk, um dos mais empregados na America, toca-se o de Martin.

Um processo que merece um logar á parte vem a ser o de Doyen, que muito differe dos outros pela ausencia de toda a hemostasia preventiva.

Emfim, Carle (3) de Turim, tem obtido magnificos resultados com o emprego de um processo de hysterectomy abdominal total que lhe é particular; — a enuciação sub-peritonial do tumor.

Superior a todos os processos, entretanto, nos parece o ultimo do professor Le Bec (4): todas as garantias, todas as vantagens ahi estão reunidas.

Em tempo, descreveremos minuciosamente o manual operativo, que apresenta demais muitos pontos de analogia com o processo de Chrobak, julgado um dos melhores.

Processo Croback (5)

— Incisão abdominal atravez da qual se retira o tumor.

Ligadura dos ligamentos infundibulo-pelvianos e ligamentos largos sobre os lados do utero.

Secção transversal do peritonio: para adiante, a 2 ou 3 dedos

(1) Lennander, d'Upsal -- *Centralb. f. Gynak.* 1892.

(2) Edebohls: -- *The technique of total extirpation of the fibromatous uterus.* -- *American Journal of obst.* 1893.

(3) Carle: *Cong. Rome.* 1894.

(4) Le Bec. -- *Congr. franc. chirurg.* 1895.

(5) *Centralb. f. Gyn.* 1891 -- Tradução de Le Moniet. -- *These* pg. 65.

transversalmente collocados acima do fundo do sacco vesico-uterino ; para traz, a mesma cousa e á mesma altura acima do fundo do sacco de Douglas.

Dissecção com o dedo dos dous retalhos peritoniaes destinados a fechar a excavação pelviana.

Separação da bexiga e do recto.

Applicação do laço elastico e ablação da parte sub-jacente do tumor.

Cauterisação profunda do côto e da mucosa uterina. Cobre-se-o em seguida com gaze iodoformada.

Introducção na vagina de um instrumento especial inventado por Chrobak com o fim de fazer com que a incisão comprehenda exactamente a inserção da mucosa e do collo. Abre-se immediatamente o fundo do sacco posterior e na superficie de secção passam-se 3 a 4 suturas transversaes.

Ligadura dos dois ligamentos largos sobre um dedo introduzido na vagina, e secção a thesouras, deixando apenas adherente aos ligamentos um pequeno fragmento de tecido uterino, destinado a evitar o resvalamento das ligaduras.

Abertura do fundo de sacco anterior o sutura transversal da incisão.

Ligadura dos vasos abertos por ocasião da secção.

Ablação do resto do tumor. Sutura da vagina ; grande sutura sero-serosa dos dois retalhos peritoniaes previamente dissecados e suturas destinadas a fechar todas as soluções de continuidade da pequena bacia.

Asepsia abdominal e encerramento do abdomen por uma sutura em tres planos.

Chrobak verificou que a série das suturas empregadas para fechar a pequena bacia na sua porção vaginal constitue uma complicação em virtude da perda de tempo que acarreta. E Chrobak ligou uma importancia tal a ablitação completa da vagina, a ponto de modificar o seu processo até então difficiente nesse particular. Assim é que não abre mais os fundos do sacco e não pratica a ablação da porção vaginal do collo. A cavidade cervical, o collo mesmo passaram a ser profundamente cauterisados e desinfectados.

Os retalhos peritoniaes dissecados passaram a revestir a pequena porção abandonada, e a sua irregularidade (o retalho anterior sempre maior que o posterior) faz com que a sutura, indispensavel para a sua união, não corresponda ao collo.

Este detalhe de pratica, como se vê, tem por fim isolar mais completamente a grande cavidade cervical.

A operação passa então a ser, em ultima analyse, o que já descrevemos sob a denominação de «operação de Chrobak—tratamento retro-peritonal do pediculo», por nós classificada de primeira ordem. No decorrer da operação, sobrevindo uma hymorrhagia nos vasos da porção do collo, ligam-se as arterias uterinas. Esta modificação abrevia a duração da operação e dá, no dizer de Chrobak, tão bons resultados, como no primeiro processo. Entretanto, a nosso vêr, embora dos processos operatorios caracterisados pela conservação retro-peritonal do pediculo o de Chrobak occupe o primeiro lugar, deve-se dar preferencia ao processo de ablação total, por quanto a desinfecção do collo póde ás vezes não ser completa, e por consequencia um perigo ficar imminente.

Processo de Martin (1)

As primeiras manobras são inteiramente semelhantes ás que Martin practica nos primeiros tempos de sua ablação abdomino-vaginal, e comprehendem a *hemostasia provisoria*, e a *ablação do segmento inferior do utero*.

As manobras do exereses do fragmento inferior abrangem por sua vez dous tempos:

1.º tempo: Abertura do fundo do sacco vaginal posterior.

A abertura é feita sobre o dedo de um ajudante directamente applicada sobre a face posterior do collo.

2.º tempo: Hemostasia definitiva do plano inferior dos ligamentos largos.— O dedo introduzido na vagina pela abertura posterior, serve para dirigir a agulha nas ligaduras.

Conforme o necessario, pratica-se uma ou varias ligaduras de cada lado. As partes ligadas devem ser tão diminutas quanto possível.

Manobras accessorias na operação de Martin

1.º tempo: Suturas.

As suturas vaginaes, pelvianas, peritoniaes, são confundidas; devem, porém, ser *longitudinaes*, em vez de *transversaes*. O peritonio fica aberto. Martin sutura logo o bordo posterior da vagina ao bordo posterior da incisão peritonal por quatro fios: depois, os bordos lateraes da vagina aos bordos lateraes do peritonio por outros tantos fios; enfim, o bordo anterior da vagina ao bordo anterior do peritonio pelo mesmo numero de fios.

Martin emprega as mesmas suturas na hysterectomia vaginal. Todos os fios de catgut reunidos em massa são levados do ventre para a vagina, e extrahidos na vulva.

2.º tempo: Drenagem. Só é praticada quando ha indicação.

Processo de Polk (1)

Polk insiste sobretudo pela desinfecção rigorosa da parede abdominal e vagina.

Incisão habitual, no trajecto da linha branca, prolongada até a symphise pubiana.

Abandono do utero na cavidade abdominal, e ligadura dos vasos ovarianos para fóra do ovario. Applicação de outra ligadura ou de uma pinça sobre o mesmo vaso, proximo, porém, do utero, afim de evitar o refluxo sanguineo. Uma segunda ligadura abrange a parte superior dos ligamentos largo e redondo, de modo a não ficar motivo para receiar o refluxo do sangue, que é insignificante.

(1) Polk: *These Le Moniet e Amer. Journal of obs tit.* 1892.

Por esse tempo, cortam-se os vasos ovarianos entre as ligaduras, e o útero é separado do ligamento redondo e ligamento largo até á base.

Retira-se o tumor do ventre.

Si este é grande e pesado, applica-se uma ligadura elastica tão baixo quanto possivel, retirando-se em seguida tudo o que ficar acima.

Seja pelo contrario de dimensões medias, Polk procede então de subito á ligadura dos vasos uterinos. O tumor é recalcado para o lado da symphise, e o cirurgião insinua um dedo ao longo do collo até á base do ligamento largo, e applica uma pinça sobre a arteria uterina entre o dedo insinuado e o pollegar, collocado para adiante ou para traz do ligamento, segundo o caso. Isola e liga o vaso.

Repete a mesma manobra do lado opposto, e assim o utero separa-se da vagina.

Antes, porém, acerca de um dedo collocado transversalmente acima da dobra utero-vesical, Polk traça uma incisão que contorna o tumor, descendo ao fundo do sacco posterior, e descolla o peritonio até que a vagina seja aberta. Aprofunda o bistouri directamente ao rez do collo, e liga as partes sangrentas com fios de catgut; faz quatro suturas.

A primeira passa atravez da parede vaginal anterior e do bordo do peritonio que, antes da secção, reflectia-se da bexiga ao tumor;

A segunda reúne a parede vaginal posterior ao peritonio do fundo do sacco de Douglas;

A terceira e a quarta são collocadas de cada lado, e juxtapõem o peritonio ao córte lateral da vagina.

Estas suturas reúnem a parte superior da vagina seccionada aos bordos correspondentes da ferida peritonial.

Feitas as suturas, as extremidades livres são reunidas por um nó e levadas para a vagina, onde o nó, preso a uma pinça, é conduzido para baixo, do que resulta perfeito achêgo das superficies peritoniaes.

Lavagem da vagina com agua, e tamponamento com gaxe

iodoformada, que de ordinario fica applicada de encontro as superficies peritoniaes.

Havendo desconfiança de um corrimento qualquer, introduz-se um dreno de vidro, communicando o fundo do sacco de Douglas com o abdomen. Finalmente, sutura da parede abdominal.

Processo de Doyen (1)

Diz Doyen: de ha muito procuravamos um processo capaz de tornar a hysterectomia abdominal tão inoffensiva, como a ovariotomia, quando, chegando a conhecer a topographia exacta dos vasos que mais sangue davam nas operações, resolvemos fazer a ablação total do utero sem manobras vaginaes, que alongam e aggravam ao mesmo tempo a operação. Eis o processo, que resumimos tanto quanto possivel:

Incisão da parede abdominal. O tumor, retirado do ventre, passa a repousar sobre o pubis coberto de compressas esterilizadas. Incisa-se em seguida profundamente o peritonio, desde o fundo do sacco de Douglas, assim bastante tenso, ao vertice do tumor. Abre-se a vagina para traz do collo e secciona-se vivamente o peritonio sobre toda a superficie do tumor, de sorte que a secção, em forma de raqueta, parte da secção longitudinal posterior da serosa, segue mais ou menos o equador do tumor, e passa lateralmente acima dos annexos, e anteriormente muito longe da bexiga. Antes de toda e qualquer hemostasia, destaca-se o ligamento largo do utero. Uma ligadura, applicada acima dos annexos, é bastante para evitar o menor filete de sangue.

Descolla-se rapidamente a serosa das faces anterior e posterior do tumor, e o segundo ligamento largo é por sua vez destacado e ligado. Rente ao tecido uterino, destaca-se a totalidade do tumor, ahi comprehendido o collo, visivel pela incisão do fundo do sacco posterior.

(1) Doyen de Reims: *Archs. provs. de chirurg.* Decembre 1892.

Os fios, que garantem a hemostasia dos pediculos lateraes, são transportados para a vagina, bem como o vasto envolvero peritonial, que protegia o tumor.

Pela vagina ainda consegue-se fazer a hemostasia definitiva destes pediculos, graças ao emprego de pinças apropriadas, ahí collocadas. Em seguida: asepsia do peritonio; tamponamento antiseptico da vagina; obliteração do peritonio pelviano mediante uma sutura continua a catgut (serzidura); finalmente, sutura da parede abdominal.

Processo de Guermontprez (1)

O manual operatorio comprehende os tempos seguintes:

1.^o tempo — Secção dos dois ligamentos largos, terminando a pequena distancia das arterias uterinas;

2.^o tempo — Secção transversal do peritonio vesico-uterino;

3.^o tempo — Separação dos dois órgãos por meio dos dedos. Prolonga-se este tempo operatorio até sentir-se o labio anterior do focinho de tenka.

4.^o tempo — Abertura do limite superior da vagina, com auxilio de uma simples abertura longitudinal, practicada sobre a linha mediana e parede anterior;

5.^o tempo — Transfixão da vagina, segundo o plano antero-posterior, mediante o emprego de uma sonda que vai ter ao fundo do sacco de Douglas.

6.^o tempo — Hemostasia, antes da exereze, com duas pinças — clamps.

Processo de Richelot (2)

Diz Richelot acerca da hysterectomia abdominal: «O melhor meio de supprimir os inconvenientes de um pediculo, é supprimil-o».

(1) Dr. Guermontprez. *Cong. Acad. de Med.* Sept. 1891.—*These Duval*. 1892.—*These Le Moniet*, pag. 73.

(2) Richelot. *Sem. Med.* Novembre 1895.

E pretende chegar a esse resultado com o seu novo processo, que se resume em poucas palavras: *abandono das ligaduras e das suturas, e emprego de pinças de demora*, tal como na hysterectomia vaginal.

Manual operatorio :

1.^o tempo — Incisão abdominal, e passagem do tumor atravez da abertura produzida ;

2.^o tempo — Exame do tumor ; si os fibrômas são numerosos, atypicos, dispostos de ordem a embaraçar o operador, aconselha Richelot transformar o caso atypico em normal, porquanto não pode comprehender como seja possível applicar, nessas condições, pinças sobre ligamentos *deformados, desdobrados*, occultos debaixo da massa fibrosa. Assim, si os fibrômas são pediculados, devem ser retirados a golpes de thesouras ; os intersticiaes, enucleados mais ou menos rapidamente ; os grandes fibrômas inclusos no segmento iuferior, atacados ousadamente por uma incisão mediana do utero, enucleados ou fragmentados, etc. O utero, assim evacuado, torna-se flacido e movel acima da pequena bacia ; os ligamentos largos reapparecem, apresentam-se ao operador ; o seu bordo superior abaixa-se á vontade, é móvel etc. Consiste, pois o 2.^o tempo, n'uma enucleação preliminar dos fibrômas.

3.^o tempo — Secção do retalho peritonal anterior ; descollamento da bexiga ;

4.^o tempo — Perfuração do fundo do sacco anterior. Para guiar as thesouras, Richelot introduz o index esquerdo na vagina, a qual, comprehende-se, deve estar rigorosamente aseptica. Perfurado o fundo do sacco anterior, passa a cortar com as thesouras a inserção da vagina rente ao collo, tendo o cuidado, entretanto, no correr desta manobra, de collocar uma grande pinça sobre cada ligamento largo. Richelot, convém assignalar, não practica duas aberturas vaginaes, para abraçar com uma pinça o pé do ligamento largo e ligar em seguida o resto, como procedem os demais cirurgiões.

Não ; porém, para applicar na parte posterior o ramo da pinça destinada a prender o ligamento largo em toda a sua altura, pratica Richelot, com a ponta de uma thesoura rhomba, um estreito orificio na base desse ligamento, ao rez do collo, immediatamente acima da

inserção vaginal. Apoderando-se do ligamento com a mão esquerda, fica-lhe muito facil encontrar o ponto, e guiar as thesouras. Este orificio acha-se situado justamente no sitio em que Richelot colloca a primeira pinça na hysterectomia vaginal, para ligar a arteria uterina; fica acima da urétere, que passa obliquamente abaixo do ligamento largo, para ganhar a bexiga abandonada, de encontro ao pubis. Nada mais facil do que apresentar a este orificio o ramo posterior da pinça introduzida pela vagina, e fazel-a resvalar de baixo para cima.

Applicadas as pinças nos dous ligamentos, passa-se ao :

5.^o tempo: Ablação rapida do tumor, e secção em ultimo lugar da inserção posterior da vagina.

6.^o tempo: Collocação na vagina de um afastador anterior, e insinuação entre este instrumento e as pinças de um tampão de gaze iodoformado, que vai ter á ferida vaginal, obliterando-a completamente. Abaixo do primeiro tampão, applica-se um segundo, e atraz deste um terceiro.

7.^o tempo: Sutura da parede abdominal.

CAPITULO II

Descripção do processo adoptado pelo Dr. Le Bec

Um dos pontos mais importantes da hysterectomia, e um dos mais delicados desta operação vem a ser: a hemostasia.

O professor Le Bec, depois de ter-se servido durante muito tempo de pinças (1), e clamps, foi obrigado por diferentes razões, a substituil-as pelas ligaduras.

Dispensando-nos de discutir longamente a superioridade de um ou outro meio, não perdemos todavia a opportunidade para salientar a circumstancia de muitas vezes serem inuteis as pinças ou os clamps. Com effeito, si com o seu emprego, reduz-se o tempo operatorio, por outro lado constitue-se para as enfermas uma causa de incommodo, e dôr, que é conveniente evitar. Demais, retirando-se as pinças no fim de 30 a 40 horas, impõe-se ás operadas movimentos que não deixam de ter o seu perigo. Uma hemorrhagia póde então se manifestar, como em uma observação de Le Bec (2) vem assinalada. A presença das pinças na vagina, além de constituir estorvo real á practica de uma boa antisepticia, oppõe-se ainda ao fechamento completo da cavidade peritonial.

(1) Le Bec—*Cong. franc. chirnrgie*. 1893.

(2) Le Bee, citado por Camelot—*Nonv. Arch. d'obst. et. de gyn.* 1892 Pag. 3831

Por outro lado, ha quem affirme não ser a hemostasia obtida pelas pinças, tão perfeita como a produzida por uma ligadura, cuidadosa e methodicamente feita, e a nossa opinião não menos depõe no sentido de ser verdadeira essa maneira de pensar. Não obstante, onde quer que esteja a razão, o que se tem verificado è que ha tendencia geral em condemnar o emprego das pinças.

Assim, Le Bec, na communicação que fez ao Congresso Francez de Cirurgia de 1893, descreveu o processo por elle empregado até então, e no qual era preceito o uso de pinças, para a hemostasia. O mesmo Le Bec, entretanto, no Congresso de 1895, diz cousa differente, dando inteira vantagem á substituição d'aquellas pelas ligaduras. Le Bec emprega hoje o processo que passo a descrever minuciosamente, com recommendação especial ao leitor, por nos parecer um dos melhores.

Antes disso, porém, occupemos-nos com um rapido detalhe de anatomia, indissensavel para a boa discripção do processo-Le Bec. Com effeito, esta é baseada na situação anatomica dos ligamentos largos e n'uma disposição especial dos vasos que por ahi passam, disposição que permite ligal-os com facilidade antes de amputar o tumor. Opera-se por assim dizer a secco, o que é vantagem cortamente preciosa, maximé quando se trata de uma mulher esgotada por longas hemorrhagias.

E' sabido que os vasos volumosos que nutrem o utero fibromatoso, vão ter ao tumor pelo ligamento largo, onde se acham nitidamente divididos em dous grupos:

Um grupo, mais exterso, situado na parte superior do ligamento largo, comprehende os vasos utero-ovarianos; um outro, mais interno, mais espesso, acha-se unido ao utero, e situado na base do ligamento largo. Entre estes dous grupos, existe sempre um espaço cellular transparente, de largura igual a dous ou tres centimetros, e com uma altura oscillando entre tres a cinco centimetros,—espaço que se percebe facilmente por transparencia, desde que se distende o ligamento largo.

E' esta feliz disposição que Le Bec aproveita para a collocação dos fios da ligadura:

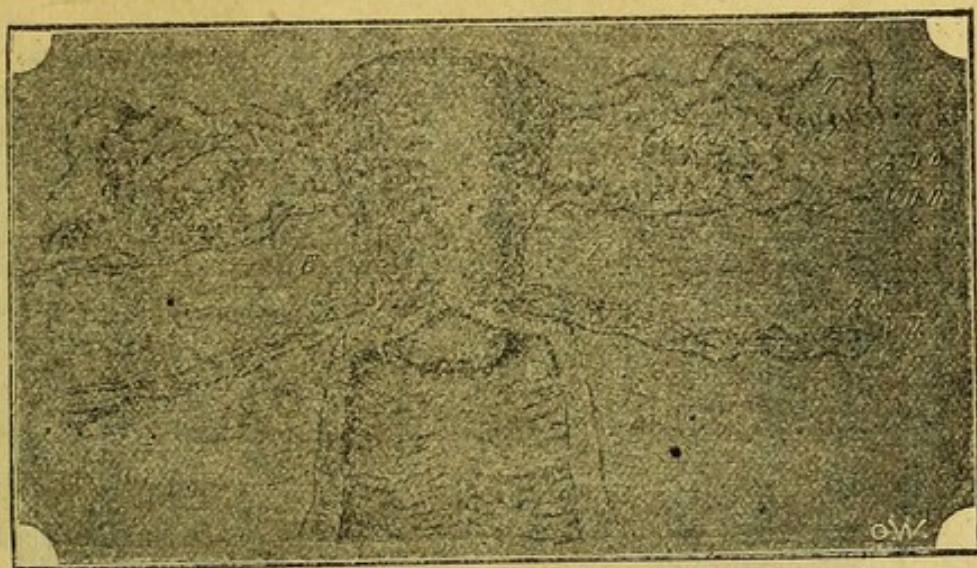


Fig. 1

Vasos do utero e dos annexos

- A U.— Arteria uterina.
- V U.— Veias uterinas.
- A. U. Ov.— Art. utero-ovariana.
- V. U. Ov.— Veias utero-ovarianas.
- OV.— Ovario.
- T.— Trompas.
- E.— Espaço celluloso, triangular, no qual se passam as primeiras ligaduras.

Passemos á operação:

1.º tempo: Laparotomia.

2.º tempo: Ligadura dos vasos utero-ovarianos e dos ligamentos redondos:

A.— Suspende os annexos, Distendel-os energicamente para cima e para fora. Olhar por transparencia o espaço celular, formando a parte tenue do ligamento largo, acima descripta. Passar por ahi com uma agulha de Terrier ou uma pinça de Lister dous grandes fios de seda. Um d'elles faz constricção sobre os vasos utero-ovarianos, a uma certa distancia para fóra do ovario. O segundo, collocado entre o ovario e o corno uterino, impedirá que do utero venha qualquer hemorrhagia.

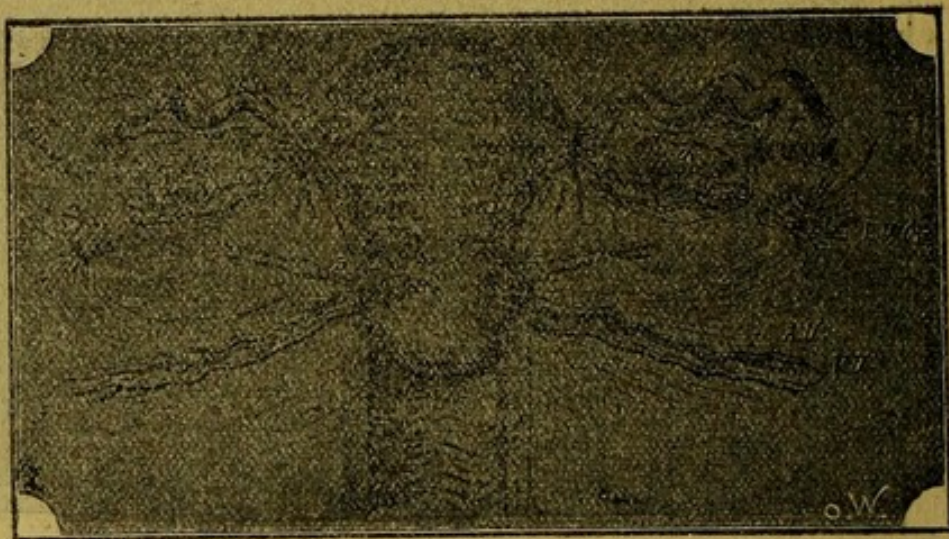


Fig. 2

Ligaduras já collocadas

- 1.— Ligadura dos vasos utero-ovarianos, proxima da bacia.
- 2.— Ligadura dos annexos para impedir o refluxo sanguineo do tumor, depois da secção dos annexos.
- 3.— Ligadura das bases do ligamento largo formando uma alça na vagina.

Dividir o ligamento entre estas duas ligaduras.

B.— Ligadura á direita e á esquerda dos ligamentos redondos.

3.^o tempo: Dissecção da bexiga. Incisar o peritonio sobre a face anterior do fibroma. Dissecar a bexiga de cima para baixo até ao nivel de collo uterino, isto é, do fundo do sacco vaginal anterior.

Os uretères são sempre collocados de cada lado da bexiga, e longe do collo uterino; não adherem absolutamente, e á proporção que se vai dissecando a bexiga, vão sendo afastados.

Neste momento, si o tumor é enorme e embaraça pelo seu volume, faz-se ablação d'elle, depois de se fazer um pediculo com um laço elastico. Para isso, enrolar um dreno duas vezes ao redor da massa a 6 ou 8 centimetros acima dos fundos de sacco vaginaes; fixal-o solidamente, e amputar horizontalmente a massa acima do laço constrictor. Si, pelo contrario, o tumor não embaraça as manobras pela sua presença, a regra é deixal-o inteiro.

4.º tempo: Perfuração dos fundos de sacco vaginaes e passagem dos fios.

A.— *Fundo do sacco posterior.*— Trazer o tumor para cima do pubis. Introduzir pela vagina uma pinça, longa e curva (pinça curva, por exemplo, de Richelot) no fundo do sacco posterior. Affastar a parede vaginal, abrir a pinça de 1 a 2 centímetros. Insisar a parede entre os ramos da pinça aberta. Augmentar a abertura, rasgando a parede posterior pelo largo affastamento dos ramos da pinça (5 a 6 cent.)

B.— *Fundo de sacco anterior.*— Trazer o tumor sobre o ventre. Com a pinça já introduzida na vagina, suspender o fundo de sacco anterior, e abril-o do mesmo modo como no fundo do sacco posterior. Por ocasião do despedaçamento dos fundos de sacco, vasos venosos e mesmo pequenas arterias podem occasionar uma pequena hemorragia. Nessas condições, uma simples ligadura, ou o emprego de uma pinça-longuette, facilmente conseguem sustar a insignificante perda de sangue,—facilmente, porque o vaso dilacerado se acha á vista.



Fig. 3

O tumor foi cortado horizontalmente acima do laço elastico e dos ligamentos largos. Fica o côto a retirar.

V. U. Ov.—Vasos utero-ovarianos ligados em 1.

V. U.—Vasos uterinos ligados em 3.

Va.—Vagina.

C—*Passagem dos fios.* — Introduzir a pinça vaginal de baixo para cima na cavidade abdominal, atravez da abertura do fundo

de sacco posterior. Pegar na extremidade de um fio de seda (1), trazel-o de cima para baixo na vagina, enquanto a outra extremidade é mantida no abdomen. Levar novamente a mesma pinça de baixo para cima, tendo sempre o fio na abertura do fundo do sacco posterior, de modo a suspender na cavidade abdominal a extremidade do fio, cuja alça comprehende assim os vasos uterinos.

Mesma manobra para o lado direito ou esquerdo. A disposição é então a seguinte: os fios formam á direita e á esquerda do collo uterino duas alças na vagina, situadas na base dos ligamentos largos, onde se acham as arterias uterinas.

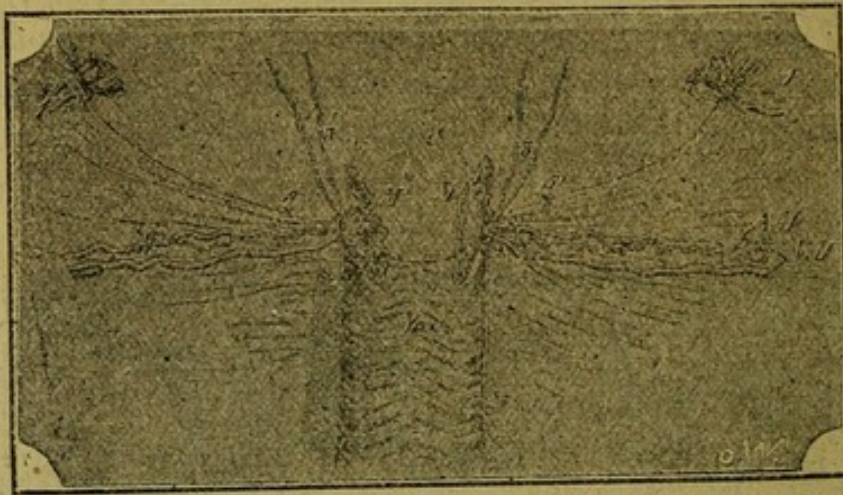


Fig. 4

O côto do collo acha-se dividido em dois, pela resecção da parte central. Ficam dois pequenos côtos lateraes. *MM.*

1. Ligadura dos vasos utero-ovarianos.
3. Ligaduras na base dos ligamentos largos e vasos uterinos. *A. U.* e *V. U.*

SS'—Pontos em que se tem de fazer uma sutura do peritonio.

Os fios das alças passam assim a ter as extremidades no peritonio. Para garantir a hemostasia, apertar fortemente os fios proximo do collo uterino.

5º tempo—Ablação do pediculo.—Si o laço de caoutchuc estiver collocado ao redor do pediculo, retiral-o. Dividir em dois o côto

(1) Não ha inconveniente algum em substituir a seda pelo catgut.

lformado pelo collo, por meio de uma incisão, dirigida no sentido do eixo da cavidade uterina, ou melhor si é possível, incisar do lado da cavidade, sem abrí-la.

Reduzir o volume das duas metades, deixando, porém, sempre uma certa porção de partes molles, tanto que seja impossível o resvalamento das ligaduras.

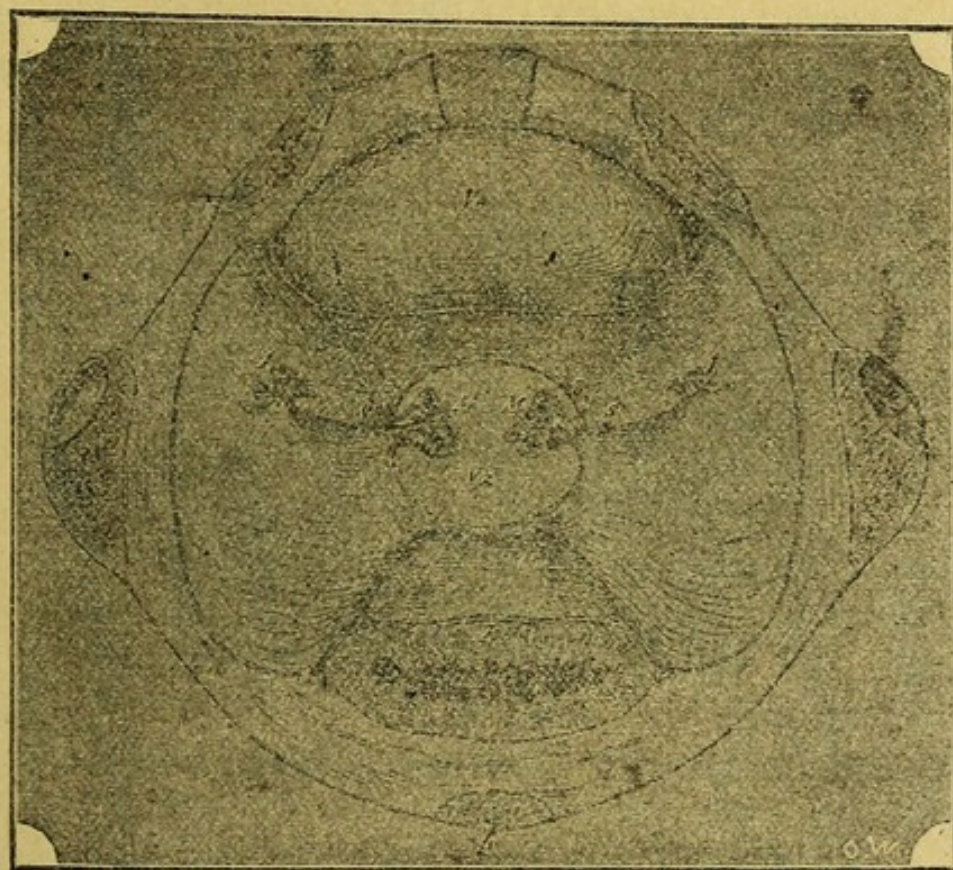


Fig. 5

Córtē transversal da bacia. O tumor foi extrahido.

Va—Vagina.

MM.—Côtos lateraes provenientes do collo.

1-1—Ligaduras dos vasos utero-ovarianos.

3-3—Ligaduras na base dos ligamentos largos.

R—Recto.

V—Bexiga.

S—Sacrum.

Si não se fez applicação de laço de cautchuc, e o tumor continúa intacto, amputar horizontalmente acima das alças lateraes bem apertadas, e depois incisar verticalmente o côto, tal como acabamos de vêr. Si o volume das partes molles, destinadas a impedir o resvalamento das ligaduras é sufficiente, não ha perigo de

hemorrhagia. E mesmo que si desse o resvalamento por insufficiencia das partes molles, não assumiria o accidente grande gravidade, por isso que a tempo teria remoção immediata.

Pelo ventre aberto, seria possível ver directamente a arteria uterina a dar sangue, e uma ligadura ahi de prompto applicada seria o bastante para interromper a hemorrhagia.

Em seguida, com uma pinça introduzida no abdómen pela vagina, segurar as extremidades fluctuantes das duas ligaduras lateraes do pediculo. e trazel-as para a vagina. (1)



Fig. 6

Os dous côtos lateraes foram impellidos para a vagina.

1.— Ligadura dos vasos utero-ovarianos.

3-3.— Ligaduras das bases dos ligamentos largos, pendentes na vagina.

S.— Sutura do peritonio.

6º tempo: Fechar o peritonio ao nivel da vagina, com alguns pontos de sutura a catgut, feitos pelo abdómen com uma agulha curva. A's vezes, Le Bec dispensa este ultimo tempo.

7º tempo: Sutura da parede abdominal. Curativo abdominal ordinario. Curativo vaginal com gaze iodoformada.

Cuidados port-operatorios. — Nada de particular a observar. Apenas, a partir do terceiro dia, aconselha Le Bec a practica de injeções vaginaes, destinadas a eliminar qualquer traço de exsudação, capaz de constituir-se em ponto de partida de uma infecção grave.

(1) As ligaduras de seda retiram-se no decimo dia após a operação.

CAPITULO III

Observações da clinica do professor Le Bec, em que foi empregado o processo de- scripto :

I. C., 41 annos, consultou o professor Le Bec em 1893, acerca de um tumor, cuja presença reconheceu ha 9 annos.

Durante dois annos e meio, empregou tratamento electrico, sem resultado.

Depois, supressão de todo o tratamento pelo espaço de 5 annos.

Em Março de 1893, sobreveio-lhe uma forte hemorrhagia, e continuou a perder sangue, de um modo quasi continuo até o mez de Agosto.

Estado actual.—Estado geral bom.

Palpar. — Tumor duro, mais desenvolvido á direita que á esquerda, enchendo toda a fossa illiaca direita e subindo até tres dedos acima do umbigo. E' movel, e absolutamente indolente.

Tocar.—Collo muito para traz, deformado. A massa enche todo o fundo do sacco anterior.

O hysterometro não penetra senão até 5 centimetros.

O collo move-se com o tumor

5 de Novembro—*Chloroformio*—*Laparotomia*.

Cahe-se sobre um tumor correspondente ao exame precedente, e bem movel.

Ligadura a fio de seda dos vasos utero-ovarianos á direita e á esquerda, sem difficuldade.

Ligadura circular com caoutchuc e ablação da parte do tumor subjacente.

Perfuração do fundo de sacco posterior e anterior, em seguida á dissecação da bexiga; as ligaduras são immediatamente collocadas sobre as arterias uterinas direita e esquerda.

Proximo destas ligaduras e para fornecer-lhes um ponto de apoio, fende-se o tecido do collo, respeitando-se a cavidade cervical. Faz-se ablação do côto uterino.

Fecha-se cuidadosamente o peritonio pelviano, com uma sutura continua de catgut.

Duração: 50 minutos.

6 de Novembro.—Apezar do bom 'estado geral da doente, apezar da ausencia de toda a hemorrhagia e rapidez da operação, manifestou-se o chok operatorio.

Abatimento da doente: o pulso é pequeno e lento.

Temperatura: 37°, 2.

Vomitos, cheirando a chloroformio—Champagne, cognac, injeccão de cafeina.

7 de Novembro—O pulso marca 70, muito bom.

A doente sahiu do estado de estupôr; os vomitos, porém, continuam frequentes.

Lavagem do estomago.

8 de Novembro — A doente sente-se bem. Deseja comer, e pede para levantar-se.

Curativo vaginal—Duas injeccões vaginaes por dia.

Um pouco de meteorismo abdominal.

Curativo glycerinado.

12 de Novembro—Retiram-se os fios da sutura abdominal. As sedas vaginaes são abandonadas á queda espontanea. Um mez depois cahe o primeiro fio. A' vista disso, resolveu Le Bec d'ahi por diante retirar os fios nas outras operadas, dez dias depois da operação.

A doente acha-se em boas condições: vigorosa e corada.

O estado geral e local excellentes.

20 de Novembro — A doente levanta-se; 14 dias, portanto, após a operação.

30 de Novembro—A doente está completamente curada.

II—D., 26 annos, apresenta um tumor fibroso, diagnosticado ha 4 annos pela primeira vez, e cujas dimensões são as seguintes :

Estende-se do pubis ao concavo epigastico, medindo 39 centímetros.

A circumferencia do corpo ao nivel do umbigo é de 92 centímetros. A doente apresenta um facies ovariano dos mais nitidos. E' magra, fraca, motivo pelo qual foi submettida durante 15 dias, ao tratamento preparatorio. Injecção de serum (50 grams. p. dia), e arseniato de strychnina.

18 de Dezembro—Chloroformio. Laparotomia.

O enorme tumor apresenta-se como que enlaçado n'uma réde de enormes vasos, que cobrem a superficie. Cachos semelhantes á geléa de maçã ahi se acham appensos, e formados pelos lymphaticos hypertrophiados.

Ligadura methodica dos vasos utero-ovarianos pelo processo descripto. Porém, por precaução, pratica-se a ligadura dos vasos mais volumosos que serpenteiam sobre o tumor, o que gasta um tempo bastante apreciavel.

Secção destes vasos.

Um laço elastico é collocado, e a parte subjacente do tumor soffre ablação.

Perfuração do fundo do sacco posterior. Dissecção da bexiga, após o catheterismo. Perfuração do fundo do sacco anterior. Neste momento, abre-se uma pequena arteria, e uma hemorrhagia irrompe. applica-se sobre ella uma pinça, e faz-se a torsão.

Ligaduras com fio de seda dos vasos uterinos e secção ao nivel do collo, sem abrir a cavidade. O côto cervical é retirado pelo ventre, e os fios são levados para a vagina. Encerra-se o peritônio pelviano, graças a alguns pontos de catgut. Tamponamento da vagina com gaze. Sutura da parede abdominal em tres planos.

Duração da operação: 1 hora e 15 minutos.

19 Dezembro.— A' noite tranquillã. Tres vomitos, devidos ao chloroformio. A'r estúpido da doente.

Temperatura 37°1 (manhã) 37°9 (noite).

Pulso 130.

Ventre não doloroso.

Champagne e grogs.

20 Dezembro. — Temperatura $37^{\circ}1$ e $37^{\circ}5$. Pulso 131, pequeno e irregular.

Ventre flexivel, e não doloroso. Leve corrimento sanguineo pela vagina.

21 Dezembro. — Pulso a 120. Cafeina. Grog. Champagne. Leite.

Ventre flexivel e indolente. O corrimento vaginal assignalado na vespera é pouco mais abundante e com máo cheiro. Retira-se a gaze. O exame ao speculum faz vêr coagulos em liquefacção. Injecção de sublimado e novo curativo com gaze. Estes coagulos são devidos a uma hemorragia, cuja fonte foi a arteriola aberta por occasião do despedaçamento do fundo do sacco anterior, e cuja torsão não deu resultado perfeito.

22 Dezembro. — O estado geral melhora; doente alegre.

Temperatura $37^{\circ}2$. Pulso 100.

Um pouco de meteorismo. Clystér glycerinado.

Retira-se a gaze vaginal, e a doente é submettida a duas injeções por dia.

28 Dezembro. — Estado geral perfeito. Appetite e somno excellentes.

A côr terrosa que apresentava a doente antes da operação tende a desaparecer. Eliminação dos fios abdominaes. Os fios vaginaes serão retirados mais 5 dias depois.

10 Janeiro de 94. — A doente descança facilmente durante uma hora em uma poltrona.

6 Janeiro. — A doente munida de uma cintura abdominal conserva-se de pé todo o dia; vai e vem na sala.

12 Janeiro. — A doente readquiriu suas forças com uma rapidez admiravel. Engorda a olhos vistos, e entrega-se aos serviços domesticos. O exame ao speculum permite vêr no fundo da vagina cujas dimensões são normaes, dous pequenos pediculos do tamanho de uma avelã. Ao toque, sente-se uma abobada muito resistente formada pelo fundo do sacco vaginal.

Nenhuma dôr. Totalmente curada.

CAPITULO IV

Vantagens da hysterectomia total

O methodo de ablação total é evidentemente o unico capaz de satisfazer as exigencias de uma critica rigorosa.

Impõe-se, por isso que os seus attributos são os de uma operação completa, de cura radical. E constitue prova disso o empenho das principaes auctoridades em gynecologia em abandonar a ablação parcial pela total. Mas, dando causa vencida a esta, em justa homenagem ao seu valor, devemos convir que a ultima palavra não foi ainda pronunciada, dizendo do processo-modelo entre os multiplos que já existem para esse desiderio. Fallamos de um modo abstracto, simplesmente partidarios de apontar o que occupa a vanguarda no cotêjo dos variados methodos de ablação total. A nossa opinião, no tocante a preferencia *systematica* desta ou daquella technica operatoria, sobejamente foi expendida no capitulo opportuno. Evidentemente, quando um fibroma assume a situação clinica capaz de sollicitar uma intervenção, a natureza desta variará com a determinação daquelle. Isso é positivo, e falla em favor do eclectismo. Mas, admittamos a *hypothese* de que se verifique a possibilidade da pratica de uma hysterectomia abdominal total. Os methodos abdomino-vaginal, vagino-abdominal ou abdominal simplesmente são de exercicio franco, á vontade do operador. Qual o melhor a beneficiar a operanda, e o resultado operatorio?

O ideal, a nosso vêr, não podem preencher aquelles processos, nos quaes o cirurgião é forçado a actuar alternativamente pela via abdominal e vaginal, creando assim oportunidade para contami-

nação do peritônio, a despeito de todo e qualquer cuidado empregado no sentido de desinfecção da vagina. Simplificar, ganhar tempo nas operações, abater as eventualidades da infecção, reduzir o trauma cirurgico, taes são entre outras as condições reclamadas n'uma boa intervenção. Em analyse conscienciosa do parallelo entre os tres methodos: abdominal, abdomino-vaginal e vagino-abdominal, recahem os predicados de superioridade ao primeiro. E' inconteste. Estabelecido esse facto, vejamos de um modo geral as vantagens da ablação total. Para isso nos limitamos a passar em revista :

a) *A hemostasia.* — E' tão perfeita quanto possivel ; opera-se em secco por assim dizer. A segurança das ligaduras é analoga á das ligaduras feitas para um kysto de ovario. Entretanto, nas operações praticadas por Pean, Le Bec, Lamphear e A. Martin, vêm registrados quatro casos de morte por hemorrhagia. Estes quatro casos, porém, sobre um numero muito consideravel de operações, não podem absolutamente sombrear a supremacia da cura radical. Demais, nos casos de Pean e Le Bec, a hemostasia foi praticada com pinças retiradas no fim de trinta horas, momento em que a hemorrhagia teve logar. Parece-nos que um tal accidente não poderia se produzir no processo que preconizamos e, repetimos, a hemostasia por este processo é tão perfeita, tão completa, tão segura quanto póde ser em um pediculo constituido por um kisto de ovario, e ninguém hoje, estamos certos, oppor-se-ha a uma ovariectomia, receiando unicamente uma hemostasia incompleta.

b) *A septicemia.* — Na verdade, não vemos em que se funda a guerra levantada pelos detractadores da ablação total, chamando á baila esta complicação. Diz Le Moniet muito bem : é tanto de receiar esta complicação na hysterectomia abdominal total, como em qualquer outra hysterectomia. Haja escrupulosa antisepcia, verifiquem-se todos os cuidados necessarios, abate-se sobremodo a sua oportunidade. A desinfecção perfeita da vagina, da parede abdominal, a asepsia absoluta durante a operação, forçosamente servirão de embaraço ao seu desenvolvimento.

Porém, tão depressa se assignale uma discrepancia, tanto mais prompto será o accidente a irromper. Isso de um modo absoluto,

dando á amputação parcial igualdade de condições no paralelo com a ablação total. Descendo, porém, e exigindo confronto real, a vantagem é manifesta para o methodo radical.

Com effeito, na ablação total, não ha margem á infecção pelo pediculo, porção de utero realmente perigosa, conforme se deprehende das experiencias de Winter e Boisleux, segundo os quaes um pediculo é septico não sómente no seu centro, mucosa uterina, mas ainda sobre toda a sua superfície de secção. Eis ahi uma superioridade de primeira ordem, particular ao methodo de extirpação total, de ordem a dar-nos o direito de avançar que, afóra qualquer falta operatoria, sempre possivel, não se deve contar com a septicemia na hysterectomy total.

c) *O schok*. — Em-quasi todas as intervenções seguidas da ablação de um membro volumoso ou da extirpação de um tumor consideravel, em todas as operações durante as quaes as visceras são expostas ao contacto do ar, e nas quaes a anesthesia geral se prolonga por muito tempo, produz-se quasi sempre um abalo nervoso, um choque traumatico, que muito aniquilla o prognostico operatorio. Em regra geral, diz Le Moniet, comprehende-se sob a denominação de : schok, anemia extrema, callapsus, os casos em que as enfermas succumbem algumas horas, ou mesmo dias depois da operação, sem hemorrhagia, porém com phenomenos nervosos muito accentuados : pulso pequeno e frequente, respiração alta, irregular, do typo de Cheyne Stokes, resfriamento das extremidades com suores frios e profusos, etc. Sob o ponto de vista do schok, a comparação entre os dois methodos operatorios seria difficillimo fazer, visto como as intervenções não são praticadas para casos identicos, em todos os pontos comparaveis entre si. Adianta-se, porém, argumentando em favor da hysterectomy total, a redução experimentada por este accidente nas operações dessa natureza. O facto é de observação.

Um elemento importante do schok—a perda de sangue—deixa de existir, maxime no processo sobre o qual mais nos estendemos. A hemorrhagia inevitavel ahi se reduz a algumas grammas de sangue, devida á abertura de pequenos vasos, cuja ligadura prévia é impossivel praticar.

E' o que tem logar por occasião da incisão da parede abdominal, no momento da dissecação da bexiga e da abertura dos fundos de sacco. Esta pequena hemorrhagia, porém, embora pouco mais profusa se torne, não pôde absolutamente repercutir sobre o estado geral da doente, de modo a provocar phenomenos tão graves.

Por outro lado, a exposição ao ar das visceras abdominaes é facil evitar, seja envolvendo a massa intestinal por meio de compressas quentes, seja, muito melhor no entender de muitos, pelo encerramento do abdomen, cuja larga incisão é mantida provisoriamente fechada, na maior extensão possível, mediante o emprego das pinças apropriadas.

Quanto á duração da operação, quanto ao tempo da chloroformisação, é a mesma necessaria para um grande numero de intervenções cirurgicas. Por muito rapido que seja o processo operatorio, não se pôde de antemão fixar o tempo empregado na sua technica: — ora mais, ora menos, segundo os casos. — Não existe, pois, nesse particular um criterio rasoavel, por onde se deduza das vantagens e desvantagens dos dous methodos.

Si a duração da operação, pois, pôde, além de outras circumstancias, concorrer para a producção do shok operatorio, o mesmo facto se verifica, tanto para ablação parcial como para a total, convindo notar, porém, que, abstracção feita de casos clinicos particulares, os processos de ablação total são muito mais rapidos. — O processo Doyen por exemplo, posto em pratica, não deve durar mais que 25 minutos.

Factos a attender ainda na producção do shok cirurgico vem a ser o estado da doente. — Um organismo abatido, anemiado, pouco resistente supportará de facto muito menos o trauma operatorio que um outro em desigualdade de condições. — Constitue por isso regra pre-operatoria, em toda a intervenção como a da especie em questão, preparar previamente as enfermas. Os tonicos, as injeções subcutaneas de serum artificial occupam o primeiro logar entre os meios medicos aos quaes se deve recorrer em casos taes. De morte, por shok operatorio, tivemos occasião de assignalar o caso seguinte, bastante interessante, no serviço de que fomos internos:

Observação pessoal:

Entrou para a enfermaria do Dr. Feijó na Santa Casa da Miseri-

cordia, no dia 1 de Junho de 1896 *L. A. F.*, parda, com 29 annos, brasileira, natural do Rio de Janeiro para operar-se de um fibrôma uterino. A doente era nossa conhecida, por isso que já estivera em tratamento, no consultorio de Gynecologia, tambem sob a direcção do Dr. Feijó. Antecedentes hereditarios de pouca importancia. Emquanto a ella: paludismo, e sujeita a congestão do pulmão esquerdo. Nunca teve filhos, nem abortos. Menstruada pela primeira vez aos 11 annos, com abundancia, sem dôr, e durante tres dias, os seus catamenios d'ahi por diante se reproduziam em epocha certa e na mesma fórma até aos 22 annos — epocha em que, iniciando os primeiros capitulos do romance sexual, passou a observar tal ou qual modificação na quantidade e tempo de duração das suas regras. Tornaram-se mais abundantes e mesmo mais duradouras. Com esse facto, incidiu o apparecimento de uma dôr, bastante incommodativa, para a fossa illiaca esquerda — dôr que por sua natureza continua a sobresaltou bastante. Instinctivamente procurou examinar a região dolorosa, encontrando por essa occasião á apalpação um endurecimento, de contornos bem apreciaveis, dizia ella. Este foi lentamente se avolumando, ao mesmo tempo que a dôr perdia o character de acuidade primitiva, para tornar-se mais branda, mais supportavel. Por este facto bem como por ser lenta a progressão do tumor, não se deu pressa em consultar um cirurgião. Só depois de concluído o prazo de tres annos de tempo, já quando o volume do tumor era consideravel, e outros phenomenos de compressão se haviam manifestado é que se viu coagida a procurar o Snr. Dr. Feijó, no Hospital da Misericordia, onde fez o mesmo professor o diagnostico de fibroma do corpo do utero. Submettida ao tratamento electrico (Faradisação-apparelho Trouvé) não forão grandes as melhoras experimentadas.

E como por essa occasião começavam os Srs. Drs. Feijó e Carvalho Azevedo a ensaiar nesta Capital a Therapeutica galvanocaustica, segundo o methodo Apostoli, nos neoplasmas fibrosos do utero, foi a paciente tambem incorporada ao numero daquellas para as quaes se esperava beneficios nas correntes galvanicas. Infelizmente, o resultado obtido não correspondeu a espectiva geral.

Apenas assignalamos modificação nas nevralgias lombares; as hemorragias, porém, tomaram um character mais sério: abundantes e frequentes.— Nessas condições, julgou conveniente o Sr. Dr. Feijó substituir as correntes continuas galva-causticas pelas faradicas (apparelho: Bois-Raymont—fio grosso—sessão de 10 minutos). Não obstante, as hemorragias continuaram, frequentes e abundantes; as dôres sempre crescentes, e como natural consequencia, abatimento e desconforto da enferma. Nas proximidades da explosão hemorrhagica, o tumor engorgitando-se, augmentava prodigiosamente de volume, para diminuir logo depois das menorragias, trazendo com estas oscillações maior cortejo de symptomas de compressão. A' vista disso, impotente outro qualquer recurso, foi resolvida uma intervenção cirurgica, mesmo porque já era sollicitada com instancias pela paciente.

D'ahi a sua entrada para a enfermaria, no dia 1 de Junho de 1896. Desse dia ao da operação, 17 do mesmo mez, em attenção ao estado de depauperamento em que se achava, foi submettida quotidianamente a injeções sub-cutaneas de 20 grammas de serum artificial de Chéron.

Mensuração do ventre:

De uma espinha illiaca anterior e superior á outra 35 1/2 centímetros.

Do pubis ao apice do tumor á esquerda 22 cent.

Do pubis ao apice do tumor á direita 30 cent.

Do pubis ao appendice xyphoide 40 1/2 cent.

Circumferencia passando pelo umbigo 84 cent.

Circumferencia passando pelas cristas 78 1/2. cent.

Exame do aparelho circulatorio e respiratorio: nada de anormal

Exame — signaes physicos:

A' inspecção, distinguia-se um tumor saliente, asymetrico, logo abaixo da região umbellical, e nos flancos, mais pronunciado á esquerda.

A pelle, lisa e sem edema, continuava-se n'um mesmo plano com a cicatriz umbellical, cuja depressão commum havia desapparecido por effeito da compressão de dentro para fôra, determinada pelo tumor. Edema das coxas e phlebectasias nas pernas.

A' apalpação sentia-se uma massa dura, bosselada,—parecendo-nos dividida em 3 porções: uma maior, a inferior, immovel, como que encravada na pequena bacia; uma outra á esquerda e para cima, muito menor, e movel; e finalmente, a terceira porção elevava-se até ás costellas, de consistencia variavel, movel.

A' percussão, matidez absoluta em todo o lado direito do ventre, bem coma até dous dedos transversalmente collocados acima da cicatriz umbellical. Matidez absoluta ainda á esquerda. Sonoridade em diversos pontos.

Ao toque vaginal, combinado á apalpação abdominal, o collo bem attingivel, molle, levado para adiante, formava flagrante contrasto com a consistencia quasi petrea do tumor, desenvolvida á custa do corpo uterino. O fundo do sacco posterior menos desimpedido que os lateraes e anterior. O tumor difficilmente obedecia ás impulsões communicadas pelas extremidades digitaes.

Operação.— Incisão abdominal bastante ampla sobre o trajecto da linha branca. A' vista a porção superior do neoplasma, introduziu o Sr. Dr. Feijó a mão direita no interior da cavidade abdominal, procedendo a uma sondagem. Verificou ser grande o tumor em relação á extensão da ferida abdominal. Foi preciso prolongal-a para a parte superior, o que se fez, contornando a cicatriz umbellical para a direita. Nova sondagem: além de adherencias com o epiploon e bexiga,

o tumor adheria com o figado que consideravelmente congesto e volumoso, como que cavalgava sobre elle. (1)

Trazido o tumor para fóra, os ligamentos largos encontrados um para a parte superior e posterior do neoplasma, o outro para a anterior e inferior, pareciam indicar ter elle executado como que um movimento de rotação sobre o seu maior eixo, isto é, o longitudinal, de modo a deslocar assim as relações. Conhecidas as difficuldades a vencer, procedeu o Dr. Feijó a ligadura dos ligamentos largos e vasos ali existentes.

Secção em seguida.

Ficou o tumor apenas preso na sua implantação e adherencias.

A adherencia, entre o tumor e o figado, situada na face inferior do seu lóbo direito, n'uma extensão de tres dedos transversos mais ou menos, foi vencida á cauterisação pelo thermo-cauterio de Paquelin, n'uma temperatura não muita alta. Feita a separação, declarou-se abundante hemorragia, não só do lado da glandula hepatica, como do tumor.

Para sustal-a, uso de pequenos clamps constrictores.

Separação em seguida das demais adherencias: epiploon e bexiga.

Applicação do serra-nó de Cintrat, e logo depois de um clamp de Billroth sobre o collo.

Amputação e ablação do tumor.

Cauterisação da superficie de secção do pediculo com uma solução forte de sublimado corrosivo, e applicação de duas series de ligaduras, de modo a evitar qualquer hemorragia.

Abandono do pediculo, sutura da parede abdominal em um só tempo.

Curativo.—Durou a operação cerca de 1 hora e 3/4.

Peso do tumor.—4 kilogrammas.

Exame macroscopico e mensuração.—Ellipsoide, achatado de diante para traz e adelgado na extremidade inferior—Bosselado.

Cavidade.—Comprimento 16 centímetros; largura 3 centímetros no segmento inferior.

Diametros.—Vertical, 20 centímetros; transversal na parte superior 16, na parte inferior 12.

Circumferencia.—42 centímetros.

Marcha do tratamento—Morte.

Dia 17, apoz a operação.—Extremidades frias. Pulso na radial frequente e filiforme. Suores abundantes e frios pela fronte. Offegancia respiratoria. Cognac, champagne gelados, injeções de ether, fricções nos ante-braços com flanela embebida em alcool.

Temperatura axillar: 35 1/2. Catheterismo evacuador.

Dia 17, á noite.—Temperatura 35°, 7. Pulso filiforme, 158 vezes

(1) A adherencia do tumor ao figado justifica a disposição encontrada á apalpação, assim como a maior zona de matidez absoluta á direita.

por minuto. Extremidades ainda frias. Dores intensas irradiadas por todo o ventre. Pallidez impressionadora da face da enferma. Dyspnéa. Injecções sub-cutaneas de serum artificial de Cheron, de ether, de cafeina. Administração da poção seguinte, de 1/2 em 1/2 hora :

Cosimento de quina.....	150	grammas
Tinctura de canella.....	10	»
Extracto molle de quina.....	4	»
Tinctura de digitalis.....	30	»
Citrato de cafeina.....	1	»
Xarope de folhas de lorangeira..	30	»

Dia 18 pela manhã.—Dyspnéa crescente, reclamando inhalações de oxygenio a cada instante. Vomita a poção administrada e bem assim o champagne. Pulso filiforme, extremidades sempre resfriadas. Dôres continuas na séde operatoria. Injecções sub-cutaneas de serum de Cheron, cafeina, ether, cognac gelado, etc. A temperatura eleva-se a 36°,3, o pulso ainda bate 132 vezes por minuto. Catheterismo evacuador : 300 grammas.

Dia 18 a tarde. — Ainda dyspnéa intensa. Pulso mais frequente, 140. Temperatura 36°. Vomitos frequentes. Resfriamento ainda das extremidades. Pallidez mais pronunciada da paciente, intelligencia clara. Injecção de ether, injecção de serum, cognac e leite gelados. Administração de magnesia de Murray aos calices, sempre que a doente pede agua, por isso que vomita o leite. Catheterismo 250 grammas.

Dia 18 á noite—Estado mais grave: agitação da doente, exclamações dolorosas — Intelligencia clara — Pede os sacramentos, e dahi por diante falta-lhe a palavra—Temp. 36.° — Quantidade de urina extrahida—50 grammas — Pulso bate 140 — Injecções de serum artificial, de ether, cafeina — Botijas quentes nas extremidades. Inhalações de oxygenio.

Dia 19 pela manhã — 6 horas — peiores condições — Dyspnéa augmenta—Agitação— Extremidades frias— Pulso filiforme, quasi inapreciavel—Injecção de cafeina, injecção de ether. Inhalações de oxygenio.

A's 4 1/2 horas — Uma injecção de serum (60 grammas), outra de cafeina — A doente não tem pulso na radial, acha-se agonisante.

A's 9 horas—Fallece.

d)—*Paresia intestinal*.—Complicação menos grave vêm a ser a *paresia intestinal*, a que Martin attribue a morte de duas das suas

operadas—Sua genese, é pouco conhecida, têm provocado toda a sorte de interpretações.

Não se tratando, de facto, da paresia que acompanha as infecções septicas, como explicar o accidente ?

O abuso dos antisepticos, a exposição ao ar dos intestinos, a anemia extrema da doente, a maior duração da operação poderão actuar, produzindo-o ?

Ahi fica o ponto de interrogação na sua exigencia de signal invocativo, e nós nos restringimos a reconhecer a existencia da complicação, aconselhando por outro lado a sua remoção immediata. Esta, na verdade, deve ser prompta, porquanto a paresia de Martin, constituindo-se obstaculo ao curso das materias fecaes, importa em um ponto de partida para uma intoxicação de origem intestinal.

Tilleaux (1) assignala a paresia intestinal, como de occurrencia frequente nas grandes operações chirurgicas, attribuindo-a até certo ponto a permanencia obrigada das operadas em decubitus dorsal.

Não é, pois, a paresia intestinal privilegio da hysterectomia abdominal total, e por esse lado, acreditamos não ser possivel referir-lhe uma desvantagem, commum ás demais operações.

e)—*Oclusão intestinal e embolia.* Em duas observações, uma de J. Ross de Taronto (Canadá), e outra do Dr. Chénieux de Limoges, a causa da morte foi a oclusão intestinal. Porém, como particularidade das mais importantes, a morte quer n'um, quer n'outro caso teve legar muito tempo depois da operação; varias semanas depois na observação de Ross, e mesmo mezes na de Chénieux.

Bridas epiploicas e adherencias produzem a oclusão.

Encontrámos na these de La Moniet um estudo interessante de Walthard (2) sobre as causas que provocam as adherencias peritoniaes, por onde se conclue que a *asepcia humida* deve substituir a *asepcia secca*. Assignalando o meio de reduzir a eventualidade do accidente, não queremos absolutamente affirmar que seja a oclusão intestinal particular á ablação total. Inteiramente não. Qualquer que seja a causa das adherencias peritoniaes, todas as intervenções abdominaes expõem á mesma complicação.

(1) Tillaux : *Clinique chirurgicale*, vol. II pag. 207.

(2) Walthard : *Corresp. Blatt. fur Schw. Aertz*, 1893.

Lembrando o facto, pomos a resalvo a hysterectomia abdominal total de um accidente que lhe tem sido imputado privativo. Mesmo nisso a ablação total não fica aquem. Em identicas condições, se encontra a complicação por embolia, mencionada por A. Martin.—O phenomeno embolia, com as consequencias respectivas, é commum a todas as intervenções.

f) *Ferimento da bexiga e ureteres*.—Uma outra objecção por muitos levantada á hysterectomia abdominal total vem a ser a possibilidade de ferimentos da bexiga e ureteres. Na realidade, a dissecação da bexiga e o afastamento dos ureteres são manobras indispensaveis n'uma operação desta natureza; mas, em compensação, não ha methodo algum que mais segurança offereça nesse particular que o da hysterectomia abdominal total. Ahi apalpa-se, sente-se, toca-se, vê-se a bexiga e as suas adherencias.—Não pode haver maior liberdade do concurso dos sentidos em practica tão delicada. Nos casos em que as relações normaes da bexiga acham-se destruidas, basta introduzir no reservatorio urinario uma sonda metallica que serve de indicador, de ponto de reparo e guia ao dedo, ao bistouri, á thesoura do cirurgião...

Na verdade, forçoso é confessar que o exercicio de tal manobra reclama muita habilidade e paciencia, mas não podemos negar tambem que as difficuldades desse genero se encontram a cada instante em toda a cirurgia abdominal.

Não será sem duvida um tal obstaculo motivo bastante, de ordem a influir no espirito de um operador, detendo-o n'uma intervenção.

Quanto aos uretéres, acham-se ao abrigo de todos os insultos, pelo facto mesmo da dissecação da bexiga: o baixo-fundo do reservatorio urinario e os ureteres são recalcados para a frente e para fóra do campo operatorio. De resto, o ferimento d'estes órgãos raras vezes tem sido assignalado nas hysterectomias abdominaes totaes.

Gouilloud registra-o uma vez.—O ferimento dos intestinos, no curso de uma operação, constitue outra objecção, á qual se poderia responder, lembrando que a melhor garantia do successo está na facilidade com que se acham á vista esses órgãos.

Em summa, a hysterectomia abdominal total é operação brilhante entre as grandes intervenções da cirurgia abdominal; sua gravidade operatoria não é extrema; a convalescença é rápida, a cura é completa, e sem reincidência possível. E por facilmente responder ás objecções mais serias formuladas contra elle, temos o direito de acreditar que em breve receberá o premio da sancção unanime dos grandes mestres.

The first of these is the fact that the
the second is the fact that the
the third is the fact that the
the fourth is the fact that the
the fifth is the fact that the
the sixth is the fact that the
the seventh is the fact that the
the eighth is the fact that the
the ninth is the fact that the
the tenth is the fact that the

CAPITULO V

Indicações e contra-indicações

« Il faut plus de science pour prévenir
que pour faire une opération. »

SMELIE.

« Plus fait douceur que violence. »

HUBERT.

O simples diagnostico de tumor fibroso absolutamente não constitue indicação para a sua ablação.

Assume o asserto preliminar as proporções de um protesto vibrante áquelles, cujo sentir é outro. E effectivamente, não podemos comprehender em que se funda o dictame de condemnação a um utero, cujo delicto consiste apenas no accrescimo de um tumor fibroso !

Não comprehendemos, a menos que tal attitudo em cirurgia não seja o determinismo de um facto morbido, de uma *nevrose operatoria*, por exemplo.

Na generalidade dos livros classicos, é admittido que os corpos fibrosos são tumores benignos, e que como taes não devem ser atacados a bistouri, violentamente, senão quando compromettem a existencia do organismo em que se assentam, já pela intensidade dos symptomas a que dão logar, já em virtude de alguma complicação séria que a elles é dado provocar pela sua presença ou evolução. « Os fibromas, dizem Siredey e Danlos, são antes uma ameaça, uma imminencia de perigo, que perigo real ; e si a mulher consegue attingir a menopausa, regra geral, vê-se desembaraçada dos symptomas os mais sérios ». Não é outro o sentir de Sinety, e ajunta

que na maioria das vezes é preferível recorrer aos meios palliativos ou á medicação symptomatica. No Congresso francez de cirurgia de 1893, exprime-se Koeberlé: « Os tumores fibrosos são tumores benignos. Pela sua constituição anatomica, não seguem uma marcha fatal, tendente a comprometter de uma maneira certa a existencia em um momento dado.

Entretanto, podem tornar-se perigosos, em virtude de certas particularidades proprias ao seu desenvolvimento, á sua séde, ao seu crescimento rapido... »

Actualmente, esta noção marca a regra de conducta aos cirurgiões conscienciosos: o exaggero ameaçador de symptomas, o apparecimento de uma complicação séria, eis o que é preciso para intervir. Sem isto, deve satisfazer mesmo um tratamento palliativo ou symptomatico, como é de parecer Sinety, e não raro verifica-se ser prescindível a acção cirurgica. A retrocessão do tumor muitas vezes é assignalada, já porque intervem a idade da mulher, já porque a therapeutica supposta palliativa passa a ser curativa, como bem póde succeder a electricidade, consoante ás nossas considerações revistadas. E este tratamento é tanto mais justificavel, quanto os tumores são da especie daquelles por natureza susceptiveis de experimentar modificações sensiveis, e mesmo curas á pratica não sangrenta. A intervenção cirurgica no entender de Koeberlé, é tanto menos indispensavel, quanto o embaraço ás funções é menos grave, quanto a idade das mulheres é mais proxima da menopausa. E' opinião de Marty (1) que só em casos graves deve o pratico tentar uma hysterectomy. E é bem acertada, porque si um myoma é toleravel, si quem é d'elle portador consegue viver regularmente, comprehende-se a preferencia que deve existir para um methodo, que quando outras vantagens não tivesse, teria a de evitar uma operação de gravidade incontestavel, notoria...

A cada cirurgiaão, converia repetir todos os dias a sentença de Marty: « Nous n'avons pas le droit de faire courir à une malade un péril aussi grave comme on le fait tous les jours... »

Na verdade, não possuimos esse direito, tanto mais quanto dispomos de outros meios, de cuja applicação resultam probabilidades

(1) Marty: *These de Paris*—92—pg. 24.

de allivio e mesmo de cura para as enfermas. Sendo assim, não ha que duvidar, impõe-se ao medico a obrigação de começar pelo menos grave. E' formula que deve preencher todo aquelle que divisar no ministerio da medicina, mais que um simples meio de ganho, um verdadeiro sacerdocio...

Jogar com a vida de outros é pratica por demais melindrosa ! Si dominasse, na linha de conducta de cada auctoridade na materia, o reflexo, embora pallido, de qualquer cousa de altruismo, acreditavamos impossivel outra orientação no assumpto.

E realmente, porque fazer correr ás pacientes o risco de uma operação grave, quando se sabe que muitos dos symptomas são susceptiveis de desaparecimento ? Não ha, entretanto, soffra-se-nos dizel-o, accordo entre os entendidos, como muito bem lembra Le Moniet (1), na sua brillante these.

A leitura do volume de 1893 do Congresso francez de cirurgia é a prova mais eloquente desse asserto. Opiniões completamente oppostas, inteiramente outras, ahi se acham explanadas.

Emquanto Pean (2), valendo-se de uma estatistica enorme, considera os tumores fibrosos bastante perigosos, motivando complicações graves, de ordem a exigir sempre uma operação, Verneuil, por seu turno, muito diverso, affirma sobremodo a benignidade delles, negando-lhes até a frequencia dos accidentes, por outros assignalados !

Identico ao de Pean é o parecer de Doyen (3), que para justificar a intervenção cirurgica em todos os fibromas, empresta ao quadro clinico das hystero-fibromatosas uma côr bastante sombria, a ponto de considerar muito frequente a transformação sarcomatosa, com o evoluir da idade...

Knowsley Thornton (4) acredita na existencia de tumores fibrosos para os quaes não é preciso therapeutica alguma e estabelece como principio que, ao ser por acaso, n'um exame clinico, verificada

(1) Le Moniet : *These. Paris*, 94.

(2) Pean : « Les fibromes du corps de l'uterus, lors même qu'ils ne sont pas très volumineux, sont des tumeurs dangereux, qui donnent, souvent lieu à des complications graves et qu'il faut operer dès qu'elles sont reconnues » Cong. franc. de chir. 93.

(3) Doyen : « Je suis absolument de l'avis de M. Pean ; il faut operer toutes les tumeurs fibreuses. »

(4) Knowsley Thornton — citado por Le Moniet.

a existencia de um tumor ignorado, não denunciar absolutamente a sua presença, bem como não applicar-lhe nenhum tratamento. — Toda individual é a opinião de Mathews Duncan, (1) conforme a qual não se morre de um fibro-myoma.

Extremado é também Guinard, (2) que adhere sem restricção ao vêr de Pean e Doyen: — « todo o fibroma diagnosticado é um tumor a retirar » Ricard, após uma série de observações, conclue: « visto a frequencia das degenerações sarcomatosas e myxomatosas, os fibro-myomas do utero devem ser considerados como tumores graves, e por conseguinte, operados o mais cedo possivel ».

As opiniões, como se vê, são as mais diversas, as mais differentes. — Mas, o bom senso, acima de tudo, ahi está a dizer, que em qualquer condição, só deve funcionar o bistouri e a thesoura, quando a situação o exige.

Afóra isso, operar por principio, seria fazer jus a toda a sorte de censuras. Não ha duvida, a era antiseptica, clareando bastante o prognostico das intervenções, ainda assim está longe de preencher todas as lacunas existentes, e continuam a subsistir operações que ainda são hoje realmente graves. Sempre que fôr possivel ao cirurgião substituil-as, preenchendo de outro modo a exigencia clinica, não deve ser outra a sua attitude. A proposito, intoleraveis desatinos, verdadeiros disparates têm vindo á luz, palpitando a verdade, só pelo facto de escudal-os a paternidade de um nome illustre.

E' n'esse caracter que nos pronunciamos em relação a Koeberlé, a quem muito applaudimos ha bem pouco. Distoando de bom senso quo caracteriza as suas opiniões, Koeberlé (3) declara na sessão de 4 de Abril de 1879, do Congresso fancez de cirurgia, que dada uma intervenção, as operadas se curam *fatalmente*, desde que se observem com rigor os preceitos da antisepticia, como se a infecção fosse a unica complicação capaz de explicar a morte!

Não está bem n'isso a irregularidade de Koeberlé.

Ha d'elle um trecho bastante extravagante, que não deixaremos

(1) Duncan, idem.

(2) Guinard — citação de Bazor. Th. Paris.

(3) Koeberlé — « Actuellement, où l'intervention chirurgicale est mise à la portée de tout le monde, car les opérés; périssent fatalement, en absorbant les précautions anti septiques etc. »

de apostrophar de pouco serio, deixando ao leitor os commentarios. Eil-o: a proposito das intervenções, «Les malades du reste sont heureux du resultat, lorsqu'elles sont guéries ; lorsqu'elles sont *mortes*, illes ne se plaignent pas » !!!

Sim, morrendo, as operadas não se queixam !

Boa duvida ! Mas, si é essa philosophia o recurso empregado para angariar partidarios às operações, incontestavelmente deve ser muito limitado o numero dos seus fascinados !

Indigna, revolta tal affirmativa, em que não ha o menor veslumbre de sentimento humanitario !

E ninguem á nossa imitação, poderá deixar de proclamar bem alto a falta de criterio e seriedade que em tudo isso vai.

Não é nossa attitude função alheia ao conhecimento da dificuldade do assumpto. Absolutamente não. Outro não estaria mais do que nós convencido de que a questão de oportunidade operatoria é o capitulo mais difficil e litigioso da cirurgia. E' capitulo de morte, e por isso mesmo cabe-nos o direito de exigir d'elles maior circumspecção e inteireza no pronunciamento sobre materia tão séria.

Evidentemente, por ser de categoria alta, extraordinaria, vem o problema agitado de muito longe, e a cada instante são accentuadissimas as modificações que experimenta. Assim, ha bem poucos annos, entendiam os cirurgiões intervir por tudo, afoitamente ... Verdadeiro dilirio operatorio.

Rasparam, modificaram a fôrma do collo, a estatica do utero ; fizeram a ablação d'este quando canceroso etc., tudo successivamente em poucos annos. Felizmente sobreveio a reacção, aproveitando sómente aquillo de valor real, inconteste. . . .

Assim, si subsiste ainda o principio da ablação dos kistos do ovario, por outro lado discute-se e condemna-se a extirpação de um utero, quando canceroso. No que se refere a estatistica do utero, a multidão de processos operatorios para ella creados, tendem a desaparecer por completo do dominio da cirurgia. Por sua vez, o capitulo do tratamento cirurgico das metrites, desta pathologia uterina que em ultima analyse é a chave de quasi toda a gynecologia, tem soffrido notavel redução dia a dia, progressivamente. . .

Em summa, a extirpação de todos os fibromas, patrocinadas

por alguns, tem de cair por insustentavel, e para isso é argumento o estabelecimento de indicações positivas. Estas são oriundas de uma expressão vital, que imponha, sollicitude uma hysterectomia. Realmente, haja no organismo um desvio rebelde de função, reconhecida imprescindível á sua existencia e ligado á presença de um tumor fibroso, para não ser mais nitida, nem mais positiva, a indicação operatoria. E então, dado embora um insuccesso, não deve o operador experimentar o menor abalo. A sua tranquillidade não pode ser mais absoluta, por isso que outro procedimento seria desleal, não em harmonia com o exigido em materia de probidade profissional.

Por isso, Bouley considera como justificando uma intervenção os casos de:

a) Fibromas de evolução rapida, tendendo a adquirir um desenvolvimento enorme e indefinido.

b)— Fibromas, chegados a um gráo de desenvolvimento tal, de sorte a constituir um embaraço, uma enfermidade, e uma deformidade, incompativeis com as exigencias da vida ordinaria;

c)— Fibromas hydrorrhoeicos e os fibromas hemorrhagicos, quer se trata de simples menorragias, quer mesmo de hemorrhagias intermenstruaes;

d)— Fibromas exercendo uma compressão dolorosa da bexiga e do recto;

e)— Fibromas dolorosos pelas lesões dos annexos ou mais raramente pela mobilidade anormal do tumor;

f)— Fibromas degenerados, tendo soffrido a transformação kystica, myxomatosa ou oedematosa, e por mais forte razão, quando affectados de esphacelo;

g)— Fibromas causando uma ascite;

h)— Fibromas, levados pela sua evolução á cavidade uterina, ou mesmo á vagina, e que apresentam indicações derivadas ao mesmo tempo de hemorrhagia, hydrorrhagia, compressão dos órgãos visinhos, e algumas vezes do esphacelo do tumor;

i)— E finalmente, os fibromas do corpo uterino, coincidindo com uma degeneração epithelial do collo.

Dubourg, no Congresso francez de cirurgia de 1893, entre outras considerações, estabelece para indicações de hysterectomia os casos em que:

1º As hemorragias são abundantes, não tendo cedido a outros meios ;

2º Aquelles em que o crescimento do tumôr é muito rapido ;

3º E finalmente, os casos em que os phenomenos de compressão se assignalam com intensidade, maxime para o lado do apparelho urinario.—As indicações, baseadas por Dubourg e Bouilly na symptomatologia dos tumores fibrosos, com o caracter de persistencia e exaggero, realmente devem ser tomadas em consideração, mas já quando outros meios tem sido empregados no sentido de removel-as.—Simples menorragias, ou hemorragias inter-menstruaes com tendencia a persistir combatem-se muitas vezes, á pratica de recurso mais moderados que a immediata remoção da causa por completo.

O mesmo poderíamos dizer em relação a outros symptomas. Não raro, temos visto crises dolorosas cederem a uma simples applicação de uma corrente electrica; outro tanto a hemorragias abundantes, desaparecendo ás vezes a uma simples sessão de faradisação ! Continuem, porém, os mesmos phenomenos a persistir rebeldes a toda a tentativa, pondo em risco crescente a vida da doente, a situação ahi impõe ao cirurgião uma medida mais energica, radical, embora grave em sua natureza.—E' que o perigo resultante da conservação de um tumornessas condições seria maior que o desenvolvido no exercicio da sua ablação.

Demais, a par dessa circumstancia avulta outra muito maior, pugnando soberanamente pela intervenção. Vem a ser o beneficio que de sua pratica pode advir para o paciente, por isso que a tentativa cirurgica não é emprehendida com outro proposito. Nessa occorrecia, portanto, não deve exhitar o cirurgião, e intervir immediatamente, visto que assim obrará como um benemerito, visando sobretudo o successo therapeutico e obedecendo a uma indicação positiva, incontestavel...

Por sua vez, indicativos de operação, são os casos em que lesões suppurativas vêm complicar a existencia dos tumores.

Dirige então o operador a sua acção directamente sobre elles removendo-os, porque a isso é compellido pela lesão complicativa, por sua natureza grave.

Assim, constituiu motivo para a intervenção n'uma enferma do nosso Gabinete de Gynecologia uma pyo-salpingite esquerda, que evoluiu no correr das sessões electricas a que se submettia a doente, com real proveito...

Mas, até aqui nos estendemos apenas sobre as indicações... Vejamos agora das contra-indicações. Outr'ora, estas eram numerosissimas. Koeberlé (1) formulou-as assim no congresso de Copenhagem :

- 1º Adherencias vasculares interessando á parede abdominal;
- 2º Encravamento do tumôr immobilizado pôr connexões vastas;
- 3º Inclusão ligamentar complicada de adherencias;
- 4º Utero hypertrophiado em totalidade;
- 5º Tumôr bilateral, e enchendo a excavação;
- 6º Volume muito consideravel do corpo fibroso.

A simples leitura desta emuneração falla bem alto em favor do progresso alcançado pela cirurgia abdominal, a partir desse tempo.

Evidentemente, na actualidade, não existe por assim dizer senão uma contra-indicação, absoluta entretanto:—O compromettimento do estado geral da doente, seja a quebra organica um effeito do proprio tumor, seja embora ligada directamente a uma molestia inter-currente, como brightismo, diabetis ou tuberculose. O volume do tumor, por maior que seja a sua dimensão, não consiitue absolutamente uma contra-indicação operatoria, do mesmo modo o encravamento do fibroma ou a sua vascularisação. O intrumental de hoje, aperfeiçoadissimo, auxilia poderosamente o cirurgião, preparando-o para triumphar de todas as difficuldades. Ahi estão as ligaduras, as pinças para prevenir ou dominar toda a hemorrhagia ; ahi

(1) Koeberlé ; *These Vautrin*, 1886, ou *Le Moniet*, 94.

estão os recursos de antisepticia, recuando, niquelando a hypothese de uma infecção; ahi estão osapparelhos diversos, para suspender os tumores pesados, para seccional-os etc. etc.

Por outro lado, o esforço de todo o cirurgião, caprichando sobremodo para dar á cirurgia abdominal um outro aspecto, menos sombrio, tem contribuido largamente para melhorar a technica operatoria, e d'ahi a multidão de processos apresentados de continuo, discutindo, e reclamando cada qual a primazia.

No cotejo dos methodos, servindo de criterio apenas o valor operatorio de cada um, necessariamente o primeiro logar deverá caber áquelle mais avantajado. Não vai, porém, d'ahi, não obstante a proclamada prioridade como methodo operatorio, que o cirurgião acceite a sua pratica em absoluto como uma religião, de preferencia a este ou aquelle procasso.

Não. As lesões são diversas, e por isso mesmo,, não apreciar-lhes a distincção, e querer usar de um methodo unico, redundaria n'um absurdo flagrante, evidenciando-se na impossibilidade de applical-o em todos os casos.

Assim, um fibroma unico do fundo do utero poderá ser extrahido do mesmo modo que uma collecção de pequenos ou medios fibromas enchendo a pequena bacia e dos quaes alguns incluidos ligamentos largos? Evidentemente, não. As difficuldades na segunda hypothese muito mais consideraveis que na primeira reclamam por certo uma operação muito mais laboriosa, muito mais differente. Aqui, como em todos os casos de clinica, convem, pois attender a indicações particulares a cada caso, e conformando-se com ellas, tem assim o cirurgião bases para deduzir do methodo operatorio a empregar.

A realidade do estribilho popular, entre os gynecologos, de que « barriga de mulher é caixa de surpresa », deixa vêr immediatamente que antes de praticar a incisão preliminar da parede abdominal, e assenhorear-se da natureza do caso, não pode o cirurgião estabelecer as linhas geraes da sua conducta operatoria, nem declarar ser este ou aquelle methodo que vai praticar.

Todos os meios, portanto, são auxiliares, todos elles se constituem recursos de aggressão, de que dispõe o operador para remover um inimigo da ordem de um neoplasma fibroso. E de accordo com

a resistência, com os meios de defesa de que este dispõe, representados pela sua especie, adherencias, séde, etc., os processos empregados são diversos, ora um, ora outro, outras vezes combinados.

O que deve, porém, sobretudo preoccupar o cirurgião, é destruir, aniquilar rapidamente o adversario, lesando, traumatizando o menos possivel o *campo da lucta*, porque si a victoria consistisse em grande prejuizo deste, melhor fôra não luctar !

Mais uma vez : todos os meios, todos os processos cirurgicos não são por desprezar. Estamos assim muito longe de possuir um methodo unico de tratamento cirurgico dos fibromas ; as indicações variam segundo o volume dos tumores, sua conformação, suas relações com o tecido uterino, seu modo de desenvolvimento do lado da cavidade abdominal ou da pequena bacia, etc. E portanto, variar, combinar os methods, segundo os casos em presença do qual se achar o cirurgião, tal deve ser a sua attitude.

Innumeros, porém, a sua profusão dá margem a que, diversamente apreciados pelos cirurgiões, uns sejam mais exercitados do que outros, sem prejuizo para as enfermas.

Questão méramente individual, com razão de ser nas tendencias e habitos cirurgicos de cada um, não deve ser assumpto de ordem a merecer uma orientação particular da nossa parte.

Com muito mais direito a isso, com oportunidade e importancia, vem a ser a determinação de um confronto entre a hysterectomia abdominal e vaginal, indagando dos pontos em que se tocam. Realmente, vem aqui a proposito firmar um ponto de interrogação, procurando saber quaes os casos em que a ablação pelo abdomen tem razão de ser. E' corrente que toda a vez em que a hysterectomia vaginal fôr longa e muito difficil, a abdominal se impõe. Mais do que isso, porém, regras precisas existem estabelecidas por competentes, por onde se verifica que o criterio para julgamento vem a ser o volume do tumor.

Assim, um fibroma sub-umbellical, qualquer que seja, é do dominio da hysterectomia vaginal, um outro supra-umbellical é da cirurgia abdominal. Arbitrario, evidentemente muito arbitrario esse limite !

E' essa, entretanto, a opinião dos hysterectomistas francezes,

assim resumida por Segond (1): « L'ablation des fibromes par hystérectomie vaginale est une opération merveilleuse, qui permet de s'attaquer avec succès à toute masse fibreuse utérine ou péri-utérine, dont les limites supérieures ne dépassent pas le niveau de l'ombilic. »

Portanto, os tumores fibrosos mais volumosos são reservados para a hysterectomia abdominal; escapam a «operação maravilhosa» de que falla Segond, e cujo creador é Pean. Admittido este principio, o papel da hysterectomia abdominal começaria necessariamente ali, onde acaba o da hysterectomia vaginal. A impotencia de uma seria por assim dizer a indicação da outra. Aceitar, porém, esse principio, atravez do absolutismo da sua formula, seria contribuir para a acceitação de uma indicação nem sempre razoavel, e ás vezes mesmo inexequivel.

Pean, por sua vez, não approximou-se mais da verdade, quando deu como limite maximo para indicação da hysterectomia vaginal, o volume dos tumores não excedendo o de uma cabeça de feto a termo. Diz Delaunay (2), com muita felicidade, a proposito: supposto seja implantado sobre um tumor desse volume um fibrôma pediculado, não haveria motivos para se temer durante a hysterectomia vaginal a secção do pediculo e o isolamento desse fibroma na cavidade abdominal?

Effectivamente, nada mais possivel, e portanto, o volume sómente dos tumores não pode constituir regra absoluta, e outros factores devem entrar em linha de conta na decisão do operador. Le Moniet, na sua these, a respeito se exprime: « L'ablation totale, par la voie sus-pubienne ou par la voie combinée abdominale et vaginale, sera réservée, en principe, a tous les fibrômes sus-ombilicaux nécessitant une intervention chirurgicale, que le fibrôme soit unique ou multiple, libre ou adhérent, normal ou em voie de dégénérescence ». Nós iremos mais longe e propomos a formula seguinte:

A ablação total pela via abdominal, só ou combinada com a via vaginal, comprehende:

b) Todos os fibrômas supra-umbellicaes;

(1) Dr. Segond: *Cong. periodique internacional de Gyn. et d'obstr.* Bruxelles, 1894, pag. 39.

(2) Delaunay: *Cong. franc. chirurg.* 1894.

a) Todos os febrômas, embora sub-umbellicaes, porem de volume consideravel e de forma muito irregular;

c) Os fibrômas sub-umbellicaes, de volume mais ou menos consideravel, pouco moveis, e apresentando adherencias provaveis;

d) Os fibrômas, mesmo sub-umbellicaes, quando a situação delles é tal, de sorte a suspender por assim dizer o utero (1).

A presença de fibrômas nos ligamentos largos não pode constituir nem uma indicação nem uma contra-indicação, para um ou outro dos dois grandes processos de extirpação total.

Entretanto como a hemorrhagia é sempre o grande escolho das intervenções para fibrômas dos ligamentos largos, damos preferencia ao processo da hysterectomy abdominal total, como permitindo uma hemostase mais facil e mais segura.

Como se vê, nas nossas determinações ao lado do volume do neoplasma figuram outros factores: adherencias, irregularidade de forma etc. apreciados para criterio de juizo sobre a indicação da hysterectomy abdominal ou vaginal a preferir.

Como esses, muitos outros serão susceptiveis de verificação, mudando completamente a physionomia desta ou d'aquella hypothese.

Não é pois completa nem absoluta a nossa formula, como não é nenhuma formula clinica. Tem, porém, o merito de nova orientação no assumpto.

Conclusões :

O estudo que fizemos até aqui sobre os tumores fibrosos do utero dá-nos direito de firmar as conclusões seguintes:

1.º Uma vez estabelecido, segundo as regras formuladas, a ablação de um utero fibromatoso, deve-se fazer a *extirpação total*, e abandonar os processos com pediculo, que nenhuma segurança offerecem, a não ser o processo retro-peritonal de Chrobach, para o qual abrimos uma **excepção**.

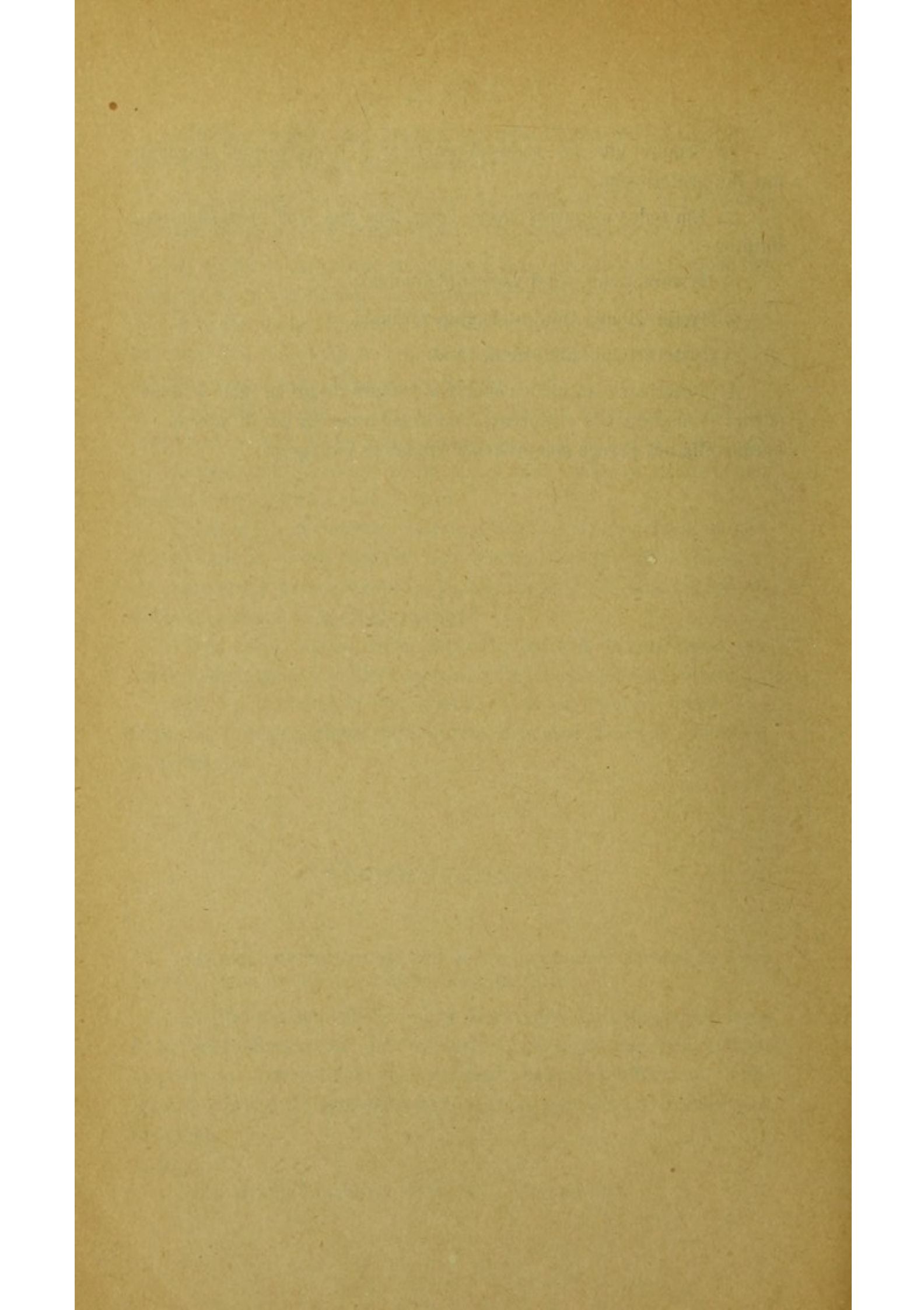
(1) Dr. Richelot. *Annales gyn. et obst.* Juin 1895 — pag. 537.

2.º Sempre que fôr possível practicar a hysterectomia vaginal dar-lhe preferencia.

3.º Em todos os outros casos, fazer uma das tres operações seguintes :

- a) Hysterectomia total vagino-abdominal;
- b) Hysterectomia total abdomino-vaginal ;
- c) Hysterectomia abdominal total.

4.º Practicar esta ultima operação sempre de preferencia ás duas outras -- empregando o processo com ligaduras, em vez de pinças — porque ella nos parece comprehender todas as vantagens.



PROPOSIÇÕES

PROCESSES

PROPOSIÇÕES

Cadeira de Physica Medica

I

O sonometro é um apparelho que serve para estudar as vibrações transversaes da corda.

II

Chama-se tambem monocordio, porquanto em geral é formado por uma só corda.

III

Existe n'este apparelho uma caixa de madeira que tem por fim reforçar o som.

Cadeira de chimica inorganica medica

Do nitrato de prata

I

O nitrato de prata, cuja formula é Ag AzO_3 prepara-se, atacando a prata pelo acido azotico.

II

E' empregado externamente, quando solido, sob a fórma de lapis ou cylindros. mais vulgarmente conhecidos pelo nome de pedra infernal.

III

Tenho observado que a solução deste sal em agua distillada, na proporção de 30 ‰, é o melhor e o mais rapido meio de curar as vaginites blennorrhagicas.

Cadeira de botanica e zoologia medicas

Função chlorophylliana

I

A côr verde particular dos vegetaes é devida á presença da chlorophylla em um certo numero de suas cellulas.

II

A chlorophylla é um producto do protoplasma cellular.

III

Os vegetaes chlorophyllados concorrem poderosamente para o saneamento do ar atmosferico.

Cadeira de anatomia descriptiva

Do utero

I

O utero é um órgão impar e mediano, unico e symetrico, situado na excavação da bacia.

II

Elle constitue o traço de união entre a vagina e as trompas e está collocado por traz da bexiga e por diante do recto. O collo mantém relações bem approximadas com os ureteres em suas partes lateraes e anterior.

III

Na extirpação do utero nunca se deve perder de vista estas relações e assim evitar-se-ha quanto possivel o ferimento, ou qualquer outro accidente destes órgãos visinhos e importantes.

Cadeira de Histologia

Utero

I

O utero é constituido por tres tunicas: uma externa ou serosa, outra media ou muscular, e a terceira interna ou mucosa.

II

A tunica externa é uma dependencia do peritonio; a média compõe-se, no utero em vacuidade, de um tecido pardacento, denso, constituido de fibras musculares lisas e de elementos de tecido conjunctivo.

III

A tunica mucosa reveste todos os pontos da superficie interna do utero.

Cadeira de chimica organica e biologica

Da quinina

I

A quinina é um alcoide extrahido das cascas das quinas (Rubiaceas, do genero Cinchona).

II

O ether, o chloroformio, os hydrocarburetos e oleos fixos dissolvem facilmente a quinina.

III

A quinina, aquecida com um excesso de acido sulfurico, transforma-se em seu isomero — a quinicina.

Cadeira de physiologia theorica e experimental

Circulação

I

A circulação consiste no trajecto feito pelo sangue no organismo atravez de um systema de tubos, que formam o systema arterial.

II

Este systema é composto de duas partes principaes : a central representada pelo coração e a peripherica pelas veias e arterias.

III

Em virtude dos laços bastante estreitos que unem essas duas partes, qualquer lesão assestada na parte central pôde actuar sobre a peripherica e vice-versa.

Cadeira de pathologia geral

Receptividade morbida

I

A penetração no organismo humano de um germen pathogenico não basta para assegurar o seu desenvolvimento.

II

A sua evolução é realisada graças á constituição de um meio que lhe seja favoravel.

III

A immunidad e a receptividade morbidas são as suas consequências.

Cadeira de anatomia e physiologia pathologicas

Constituição histologica dos fibromas

I

Os fibromas são formados por fibras musculares lisas e fibras conjunctivas em proporção variavel.

II

Apresentam em sua estrutura vasos e nervos.

III

Os vasos, embora pouco numerosos, em alguns fibromas muito volumosos adquirem calibre consideravel. Ha uma excepção para os fibromas telangiectasicos que são muito vascularisados.

Cadeira de pharmacologia e arte de formular

Das injeções hypodermicas

I

As injeções hypodermicas constituem presentemente um dos melhores meios na administração dos medicamentos.

II

Os seus accidentes são nullos desde que os preceitos da maior antisepeia sejam observados.

III

A injeção de chlorhydrato de quinina é um recurso heroico para combater as formas graves da malaria.

Cadeira de pathologia cirurgica

•Aneurisma

I

Aneurisma é uma cavidade anormal, circumscripta, cheia de sangue liquido ou coagulado, communicando directamente com o canal de uma arteria.

II

São numerosos os meios, quer medicos, quer cirurgicos, empregados no tratamento dos aneurismas.

III

Entre os cirurgicos se avanta, quando o aneurisma é de uma arteria accessivel, aos meios cirurgicos a extirpação do aneurisma como se tratasse de outro tumor qualquer.

Cadeira de pathologia medica

Tuberculose

I

A tuberculose é uma molestia infectuosa, espicifica, contagiosa, inculavel.

II

O contagio e a hereditariedade são as duas causas que dominam na etiologia da tuberculose.

III

A herança tem sido comprehendida de dois modos: ou o individuo herda o germen infeccioso ou então a predisposição á tuberculose. Nasce-se tuberculisavel, no dizer de Peter.

Cadeira de chimica analytica e toxicologica

Analyse do leite

I

Sendo o leite uma substancia grandemente empregada, quer como alimento, quer como agente therapeutico, a sua analyse deve ser sempre exigida.

II

Ella é posta em pratica pelos agentes chimicos e microscopio.

III

Estes dois processos de pesquisa se auxiliam mutuamente, sendo indispensavel o emprego de ambos.

Cadeira de anatomia medico-cirurgica e comparada

Do couro cabelludo

I

O couro cabelludo é uma das regiões mais irrigadas do corpo.

II

A circulação externa da cabeça communica-se com a interna pelas arterias e veias communicantes.

III

Por esta razão, muitas vezes uma erysipela do couro cabelludo complica-se de meningite.

Cadeira de operações e aparelhos

Da Laparotomia

I

Laparatomia é uma operação que consiste em abrir a cavidade abdominal em um ponto determinado.

II

Em geral, o ponto adoptado e actualmente mais usado é a parede abdominal sobre a linha branca.

III

A laparatomia é sempre uma operação preliminar.

Cadeira de therapeutica

Do leite

I

O leite é um alimento completo e tambem preenche funcções therapeuticas mui importantes.

II

Como medicamento é um bom tonico e diuretico.

III

E' empregado com vantagem no tratamento das nephrites.

Cadeira de clinica propedeutica

Da apalpação precordial

I

A apalpação precordial consiste na applicação ou da palma da mão (*apalpação geral*.) ou da polpa de dedo indicador, ás vezes unido ao medio (*apalpação parcial*).

II

Esto ultimo processo apalpatorio utiliza-se de preferencia para limitar a *séde* e a *extensão* do batimento cardiaco.

III

No mais, é praticando a apalpação geral que o clinico ha reconhecer a força desse batimento, e o seu *rhythmo*, assim como as sensações tactis anormaes ou *fremitos*.

1.^a cadeira de clinica cirurgica

Das feridas do couro cabelludo

I

As feridas do couro cabelludo são sempre seguidas de hemorrhágias abundantes.

II

A erysipla era antigamente uma constante complicação d'ellas.

III

Hoje, com a antisepticia, o seu prognostico é dos mais favoraveis.

2.^a cadeira de clinica cirurgica

Luxações do cotovello

I

As luxações do cotovello são ordinariamente traumaticas, raras vezes expontaneas.

II

A luxação isolada do radius é a mais frequente.

III

Ellas devem ser reduzidas o mais cedo possivel, pois que facilmente tornam-se irreductives.

Cadeira de clinica pediatrica

Da diphtheria

I

A diphteria é uma molestia infecciosa, que tem por agente producto o bacillo de Klebs-Loffer.

II

Ella accommette de preferencia as crianças.

III

O serum Roux constitue o melhor tratamento, quer prophylatico, quer curativo.

Cadeira de clinica dermatologica e syphiligraphica

Da infecção syphilitica

I

A infecção syphilitica inicia-se sempre pelo cancro Hunteriano.

II

Determina accidentes secundarios e terciarios.

III

Os accidentes secundarios se dão para a pelle e mucosas; os terciarios de preferencia para os ossos, visceras e musculos.

Cadeira de clinica ophtalmologica

Da ophtalmia dos recém-nascidos

I

A ophtalmia dos recém-nascidos é adquirida por ocasião do nascimento.

II

A antiseptia effectuada durante o parto previne o seu apparecimento.

III

Quando for declarada, o melhor tratamento é a cauterisação por uma solução de nitrato de prata (3 %).

Cadeira de clinica psychiatrica e de molestias nervosas

Da choréa

I

A choréa é uma nevrose de evolução lenta.

II

A choréa de desapparecimento rapido é sujeita a reincidencias.

III

As reincidencias tornam a duração da molestia cada vez menor.

Cadeira de clinica obstetrica e gynecologica

Da electrotherapia nos fibromas uterinos

I

De todos os recursos medicos aconselhados para o tratamento dos corpos fibrosos do utero, a eletrotherapia occupa sem duvida o lugar mais saliente.

II

E' um tratamento innocente, desde que seja bem empregado.

III

A fóra os casos que exigem intervenção immediata, os fibromas devem ser tratados pela electricidade, que constituirá a operação preliminar de ordem a fornecer ao clinico indicação á intervenção cirurgica, quando os effeitos d'aquella forem nullo.

1.^a cadeira de clinica medica

Do tratamento da hypoemia intertropical

I

O agente antiseptico que melhor resultado produz no tratamento da ankylostomiase é incontestavelmente o acido thymico.

II

Desde que se tenha obtido a expulsão do *dochmius ankylostomas*, recorre-se ás substancias estimulantes para despertar a vitalidade intestinal.

III

Os tonicos e em particular os ferruginosos serão administrados depois, com o fim de combater o estado anemico.

2.^a cadeira de clinica medica

Da arterio-esclerose

I

A alteração atheromatosa das arterias é antes de tudo um apanagio da pathologia senil.

II

Ella depende de causas as mais diversas, occupando o primeir o logar na sna etiologia a intoxicação alcoolica, e os differentes estados diathesicos.

III

O prognostico desta affecção, quando ella chega ao periodo mitro-arterial, é extremamente desfavoravel.

Cadeira de obstetricia

Da acção dos tumores fibrosos sobre a prenhez

I

Os fibro-myomas uterinos muitas vezes impossibilitam a concepção e a prenhez, não só pela sua acção local sobre o utero, como pela sua acção geral sobre todo o organismo.

II

A's vezes, porém, quando o tumor não é muito volumoso, o feto pode desenvolver-se com maior ou menor regularidade.

III

Quando se verificar que o neoplasma pelo seu tamanho oppõe-se ao crescimento do fructo da concepção, é de regra fazer a extirpação do tumor.

Cadeira de hygiene

Prophylaxia de defesa

I

O isolamento e a desinfecção constituem os dous termos da formula da prophylaxia de defesa.

II

A desinfecção, não em baraçando a liberdade individual, tem vantagens sobre o isolamento.

III

Entretanto, ambos são indispensaveis; completam-se, auxiliam-se e mutuamente.

Cadeira de medicina legal

Do relatorio medico legal

I

Todo o relatorio medico -legal compõe-se, pelo menos, de tres partes que são: o preambulo ou protocollo, a exposição e as conclusões.

II

Em certos casos, comprehende, além disso, os commentarios e a discussão.

III

As conclusões são muitas vezes de todas as partes do relatorio aquella que requer maior cuidado.

Hyppocratis Aphorismi

I

Vita brevis, ars longa, occasio praeceps, experientia fallax,
judicium difficile.

(Sect. Aph. I.)

II

Cibus, potus, venus, omnia moderata sint.

(Sect. III. Aph. II.)

III

Natura corporis est in medicina principium studii.

(Sect. II. Aph. VII.)

IV

Ad extremos morbos extrema remedia exquisité optima.

(Sect. I. Aph. IV.)

V

Ubi delirium somnus sedaverit, bonum.

(Sect. II. Aph. II.)

VI

Metus et tristitia si diu perseverent, melancholiae istud
indiciū est.

Visto. Secretaria da Faculdade de Medicina e de Pharmacia
do Rio de Janeiro, em 17 de Outubro de 1896.

Sub-secretario,
DR. EUGENIO DE MENEZES.