

N.º 2

N.º 623

BREVE ESTUDO

SOBRE O TRATAMENTO DO

PROLAPSO UTERINO

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola medico-cirurgica do Porto

POR

Arnaldo Anselmo Dias Guimarães



PORTO

TYPOGRAPHIA DA EMPREZA LITTERARIA E TYPOGRAPHICA

RUA DE D PEDRO, 184

1889

49/2 E4C

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

CONSELHEIRO MANOEL MARIA DA COSTA LEITE

(VISCONDE DE OLIVEIRA)

SECRETARIO

Ricardo d'Almeida Jorge

CORPO CATHEDRATICO

LENTES CATHEDRATICOS

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

LENTES JUBILADOS

Secção medica	} João Xavier d'Oliveira Barros. José d'Andrade Gramacho.
Secção cirurgica	

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica	} Antonio Placido da Costa. Maximiano A. d'Oliveira Lemos Junior.
Secção cirurgica	

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica	} Roberto Belarmino do Rosario Frias.
----------------------------	---------------------------------------

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

(*Regulamento da Escola*, de 24 d'abril de 1840, art. 155).

A meus paes

A meu irmão e minhas irmãs

A MEU TIO E PROTECTOR

Joaquim Antonio Lopes

E

SUA EX.^{MA} FAMILIA

A MEUS TIOS

Guilherme Teixeira Folhadella
Elias d'Andrade Villares

E

SUAS EX.^{MAS} FAMILIAS

Ao meu particular amigo

Carlos José Gomes Brandão

E

SEUS EX.^{MOS} PAES

A MEUS PRIMOS

Carlos d'Andrade Villares

Luiz d'Andrade Villares

Joaquim Antonio Lopes Junior

Alfredo d'Andrade Villares.

AOS MEUS PROFESSORES

OS ILL.^{mos} E EX.^{mos} SNRS.

Dr. Pedro Augusto Dias

Dr. Antonio F. de Moraes Caldas

Dr. Antonio d'Azevedo Maia

Dr. Antonio Placido da Costa.

Aos meus amigos

AOS MEUS CONDÍSCIPULOS E CONTEMPORÂNEOS

especialmente a

*Fernando Antonio da Costa Ferreira
Antonio Joaquim Gonçalves de Figueiredo
Joaquim Urbano Cardoso e Silva.*

AO MEU PRESIDENTE

ILL.^{mo} E EX.^{mo} SNR.

Dr. Augusto H. d'Almeida Brandão

PRIMEIRA PARTE

PATHOGENIA

Existe entre as affecções particulares á mulher, uma, *o prolapso do utero*, que é frequente encontrar-se principalmente nas multiparas d'uma certa idade, e que tem sido o objecto de importantes estudos gynecologicos.

Seremos breve n'esta primeira parte do nosso trabalho, pois é principalmente a segunda parte e d'esta o capitulo terceiro, *meios contentivos permanentes*, o assumpto da nossa dissertação inaugural.

Entendemos por prolapso do utero o deslocamento d'este orgão, devido a causas

muito numerosas e variadas, deslocamento produzido de cima para baixo e que obriga o utero a abandonar a posição, que normalmente occupa, para vir occupar uma posição inferior a essa.

Differentes denominações se teem dado ao prolapso uterino e dependentes do maior ou menor gráo d'abaixamento; e assim denominam *abaixamento* ou *prolapso* quando o utero fica no interior da vagina a uma pequena distancia da vulva; *descimento* quando ha apparecimento do collo á vulva; e *queda* quando não só o collo, mas tambem o corpo do utero estão situados para fóra do orificio vulvar.

Hoje, porém, a maior parte dos gynecologistas, senão todos, dividem o prolapso do utero, ou em incompleto e completo, ou em primeiro, segundo e terceiro gráos de prolapso, segundo o utero desceu mais ou menos.

O prolapso do utero é uma affecção complexa; não é sempre, ou quasi sempre, só o utero, que vem fazer saliencia á vulva, é tambem o recto e a bexiga, constituindo *rectocele* e *cystocele*; algumas vezes mesmo se nota, que o abaixamento do utero é pouco

consideravel, emquanto que o rectocele e o cystocele são muito pronunciados.

Esta affecção, o prolapso uterino, é conhecida desde ha muito, mas os auctores antigos confundiam com o nome generico de prolapso de utero, um grande numero de doenças diferentes, taes como: os polypos e tumores de vagina, os tumores do clytoris, etc. ; outros havia que regeitavam a existencia e mesmo a possibilidade do prolapso do utero. Porém nos auctores contemporaneos encontra-se um estudo mais completo, sobretudo pelo que diz respeito á anatomia pathologia e tratamento do prolapso uterino.

CAUSAS DO PROLAPSO

Podel'as-hemos dividir em dois grupos: *occasionaes*, que subdividiremos em causas dependentes do apparelho ligamentoso do utero e do plano resistente á pressão intra-pelvica, e *efficientes*.

CAUSAS OCCASIONAES

O utero, cuja posição normal tem sido e ainda é o assumpto de discussão para muitos gynecologistas, é um órgão essencialmente mobil; physiologicamente pôde deslocar-se dentro de certos limites, mas desde que a causa do deslocamento cesse, volta a occupar a posição primitiva.

Existem no utero seis especies de ligamentos, segundo uns; outros descrevem oito, fazendo entrar n'este numero os *vesico-uterinos*, constituídos por duas pregas falciformes do peritoneo, estendidas do utero á bexiga, e que segundo Sappey ou não existem ou são rudimentares, sendo de nenhuma ou quasi nenhuma importancia.

Admittiremos seis ligamentos: os ligamentos largos, redondos e utero-sagrados, sendo estes ultimos os que mais contribuem para sustentar o utero na posição normal.

Os *ligamentos largos* são formados por duas pregas do peritoneo, dirigidas dos bordos do utero para as paredes lateraes da bacia. Rouget mostrou que entre as duas serosas existem fibras musculares constituindo duas

laminas extremamente delgadas, onde as fibras se cruzam em todos os sentidos e que se vão inserir á symphyse sacro-iliaca.

Estes ligamentos teem tal firmeza, que impedem o utero de se deslocar ou desviar para um ou outro lado: na gravidez o utero augmenta, enche o espaço existente entre os dois folhetos dos ligamentos, de maneira que estes deixam de existir; porém depois do parto, reconstituem-se mas não voltam completamente ao estado primitivo, ficam relaxados e assim já não pódem obstar aos prolapsos uterinos.

Os *ligamentos redondos* de comprimento medio de 14 centímetros, prendem-se ao utero abaixo das trompas e contidos na sua parte media na aza anterior do ligamento largo, atravessam o canal inguinal dando fibras á sua parede inferior e á espinha do pubis, e vão perder-se nos saccos dartoicos dos grandes labios.

Como orgão de fixação, segundo Sappey, a sua importancia é secundaria, e seria reconduzir a madre para a sua posição normal, quando d'ella tenha sido desviada pela repleção da bexiga. Porém hoje Mundé e outros attribuem-lhes um certo papel como meio de

suspensão, sendo a operação de Alexander fundada no seu papel suspensor.

Os ligamentos utero-sagrados estendem-se da parte inferior da face posterior do utero onde se prendem por uma arcada fibrosa, até ás terceira e quarta vertebrae sagradas por dentro da parte inferior da symphyse sacro-iliaca.

São formados por grande numero de fibras musculares lisas, tecido connectivo, vasos e nervos, sendo envolvidos por laminas peritoneaes. Verificam-se facilmente n'uma mulher gravida, devido á sua hypertrophia, pelo toque vaginal.

A sua importancia é consideravel e Malgaigne e Tillaux, consideram-nos como verdadeiros órgãos suspensores da madre.

Do que acabamos de ver resulta que o utero, na nullipara e no estado normal, é mantido solidamente e não póde ser deslocado com facilidade. Procurou-se determinar em cadaveres, qual a força necessaria para fazer baixar o utero á vulva ou para a fazer atravessar; algumas experiencias feitas por Bastien e Legendre mostraram que era necessario uma tracção de 20 a 25 kilogrammas para fazer baixar o utero á vulva, e de 50

kilogrammas para a fazer atravessar; contudo estas experiencias não parecem muito concludentes.

Todavia é necessario para que se produza o prolapso, que haja uma ruptura ou modificação de textura dos ligamentos, o que é devido na maior parte dos casos, senão em todos, á prenhez e principalmente á prenhez repetida.

*

* *

Parece que desde o momento, que ao utero lhe faltem as suas inserções elle viria fazer hernia á vulva; tal porém não succede, devido á existencia do perineo.

O pavimento perineal collocado na parte inferior da bacia, sustenta os diversos órgãos da cavidade pelvica, sendo ao mesmo tempo solido e elastico; pela sua elasticidade cede á pressão, abaixando-se mais ou menos e retomando a posição primitiva desde que a pressão cessa. O perineo é composto de musculos e aponevroses, que não descreveremos, sendo dos musculos o mais resistente o le-

vantador do anus, e das aponevroses, a aponevrose media do perineo.

Não é sobre o perineo, que primeiro se exerce a pressão abdominal, mas sim sobre o peritoneo, pois, no momento do esforço, a parede anterior do abdomen dirige-se para diante, as pregas peritoniaes são estendidas e por consequencia, é diminuida a pressão sobre a bexiga e o recto e portanto sobre o perineo..

Mas nas mulheres velhas e multiparas os partos dão uma atonia e flacidez caracteristicas aos tecidos abdominaes, o peritoneo já não pôde estender-se e portanto a pressão é maior sobre os órgãos da pequena bacia, d'onde a necessidade d'um perineo mais solidido, para obstar aos prolapsos; porém, muitas vezes observa-se o contrario, d'onde a maior frequencia dos prolapsos.

O pavimento perineal parece á primeira vista achar-se em condições as mais favoraveis para a producção do prolapso; pois não só é elle que supporta a maior parte da pressão abdominal, mas ainda existem n'elle orificios que diminuem a sua resistencia e parecem dever permittir a sahida das hernias. Porém não se observa isto, porque á

volta d'esses orificios os tecidos constituem sphincteres, que impedem toda a communição entre essas cavidades e o meio ambiente.

A falta de comunicação de dois dos canaes que atravessam o perineo, a urethra e recto é absoluta, graças á riqueza de fibras musculares e ao calibre reduzido do primeiro e ao poder do sphincter anal do segundo; a do terceiro, vagina, é menos completa, pois o canal é mais consideravel e está sujeito a muitas causas de dilatação, entre as quaes é o parto a mais importante.

Entretanto, no estado physiologico, a vagina tem meios sufficientes, que a fecham, isto é, que pela applicação das suas paredes umas contra as outras, a reduzem a um canal virtual; e além d'isso têm tambem o seu systema obturador, que é constituido pelo levantador do anus, pelo constrictor e nas virgens ainda pelo hymen.

E' pois necessario para que haja prolapso uterino, que alguns d'estes agentes d'obliteração, senão todos, sejam modificados; pois o peso do utero não poderia vencer esses obstaculos pela pressão interna.

Com effeito para que haja prolapso é necessario, que tenha desaparecido o segmento perineal comprehendido entre o anus e a vagina e a contractibilidade das paredes vaginaes, e isto observa-se principalmente nas parturições difficeis e frequentes.

Sabe-se com que frequencia o perineo se lacera n'estes casos; tendó-se incriminado como causas a primiparidade, a resistencia do perineo, a estreiteza da vulva, o volume exagerado da cabeça do feto, os esforços violentos d'expulsão, o emprego mal feito do forceps, etc.

Segundo Mewis as lacerações do perineo apparecem n'uma proporção de 37,6 0/0; e se acreditarmos Olshausen as rupturas seriam ainda muito mais frequentes, pois que um grande numero passam despercebidas.

Mas a maior parte são incompletas, limitam-se á forquilha e attingem apenas o sphincter, e as modificações consecutivas, que imprimem ás funcções do perineo são de pequena importancia.

Porém as que comprehendem uma grande parte do perineo e se prolongam até ao septo recto-vaginal, são d'uma bem maior importancia; e assim facilitam o prolapso

do utero mal sustentado, destruindo a resistencia do diaphragma pelvico. O segmento posterior sobre o qual os orgãos da pequena bacia vem tomar um ponto d'apoiio não existe; a vagina torna-se uma cavidade real e os seus meios d'occlusão desaparecem e deixa passar as visceras.

Todavia em mulheres portadoras de prolapso uterino, não se encontram vestigios de ruptura do perineo; Trelat observou um grande numero de casos e apenas notou augmento do orificio vulvar e pequena extensão do perineo. N'estes individuos não ha ruptura apparente, ou muito leve, aqui a ruptura deu-se sem que a pelle e a mucosa fossem attingidas, dá-se uma laceração sub-cutanea, se assim a podemos chamar.

O levantador do anus pela sua forma especial ao nivel do pavimento pelvico, e sendo muito desenvolvido em certas mulheres, oppõe uma barreira quasi invencivel á expulsão do feto. A cabeça será detida ao nivel do pavimento pelvico e então ou uma violenta contracção uterina vencerá a resistencia do musculo, ou os esforços da

parturiente serão impotentes e recorrer-se-ha então ao forceps.

Ora, n'estes casos, acontece que o obstaculo cede de repente, não havendo dilatação lenta do orificio de sahida, mas ruptura repentina das fibras, que se oppunham á sahida do feto.

Isto foi observado por Baudin n'uma mulher, que tendo o privilegio de contrair á vontade o levantador do anus, viu esta propriedade ir diminuindo a cada parto para cessar completamente.

Existe uma parte do perineo, mais ou menos destruida pelos traumatismos precedentes, que é limitada atraz pelo recto, adiante pela parede posterior da vagina e em baixo pelo espaço comprehendido entre o anus e a vulva, e que apresenta a fórma d'um triangulo, do qual depende a solidez perineal.

Sobre o seu bordo anterior appoiam-se os orgãos pelvicos mais importantes e sobre tudo a bexiga ; quando esta parte do triangulo é destruida, para se oppôr ao cystocele, fica apenas a parede anterior cujas fibras são mais ou menos atacadas na sua resistencia.

A bexiga é apenas unida ás partes visinhas por tecido cellular muito laxo; os seus unicos meios de fixação são os ligamentos vésico-pubicos, constituídos por fibras musculares pouco desenvolvidas, que se inserem á symphise publica. Todas as pressões, que a bexiga supporta, são obliquas de diante para traz e de cima para baixo e tendem a fazel-a descer por detraz do segmento pubico. Emquanto que o perineo está intacto, a bexiga apenas se desloca momentaneamente, desde que esteja destruido ou diminuido, permite á bexiga distender a parede vaginal anterior e fazer hernia entre os labios da vulva, constituindo o cystocele.

Normalmente a pressão abdominal não se faz sentir sobre o recto, pois que é apenas uma cavidade virtual.

Mas o estado normal é talvez a excepção na maior parte das mulheres; razões talvez de convenção levam a mulher a deixar passar cinco a oito dias entre cada defecção, e isto que a principio é um tolo pudor, torna-se bem depressa um habito. A sensibilidade da mucosa esgota-se; as camadas musculares chronicamente enflamadas e attingidas de degeneres-

cencia das fibras, deixam-se distender e as pequenas dilatações rectaes adquirem grande volume. N'estas condições o recto é uma cavidade real e cheia, cuja superficie está sujeita ás pressões abdominaes. Não só o septo recto-vaginal é impellido para diante, mas ainda o utero faz pressão sobre a sua face posterior e os ligamentos utero-sagrados.

Quando n'um tal individuo se produza uma ruptura do perineo, comprehende-se facilmente que a parede anterior do recto, tendo perdido o seu suporte, tenderá a descer e a fazer hernia entre os grandes labios, formando o rectocele.

Além da bexiga e do recto, o utero tambem póde descer, e mais ou menos, chegando n'alguns casos a apparecer entre as côxas das doentes.

O utero privado dos seus meios de ligação e submettido a pressões, que o tendam a baixar perpendicularmente, repousa sobre o pavimento perineal. Quando o perineo é modificado na sua resistencia, o utero introduz-se entre as paredes vaginaes, obedecendo á pressão interna, ao proprio peso e ás tracções que o cystocele e o rectocele exercem sobre a parte cervical por

intermedio das inserções; o utero executa este movimento de descimento, lentamente se ainda tem algumas inserções, brusca-mente se um esforço violento rompe as inserções dos seus ligamentos e precipita o utero para fóra.

CAUSAS EFFICIENTES

Todas as causas de que acabamos de fallar, ainda que sejam as mais importantes no ponto de vista do tratamento, são causas secundarias, sem as quaes o prolapso se não poderia produzir, mas incapazes por si só de determinar o prolapso do utero.

E' o que Trelat claramente demonstrou n'uma das suas lições (Gazeta dos Hospitales, 5—2—88).

«Ces prolapsus, dit-il, se presentent comme des hernies de force prédisposées par la grossesse, par l'accouchement, par la constitution naturelle sous une influence musculaire. J'ajoute que ces diverses prédispositions sont insuffisantes et qu'il faut en

plus à une heure, à un moment donné un effort quelconque, lequel détermine alors un déplacement subit des organes génitaux».

O esforço pode ser mais ou menos violento, ou mais ou menos continuo, e assim o prolapso uterino produzir-se-ha d'uma só vez e bruscamente, ou pouco a pouco e lentamente.

Nas mulheres sujeitas a um trabalho penoso e que exija esforços violentos, o prolapso brusco é o mais frequente; n'aquellas que são obrigadas a conservar durante muito tempo a posição de pé, o prolapso produz-se lentamente, mas attinge limites extremos; emfim, n'aquellas que podem evitar todo o trabalho e todo o esforço, o prolapso só se produzirá difficil e lentamente, excepto quando todos os obstaculos ao prolapso tenham desaparecido por completo.

Em resumo para que se produza o prolapso é necessario: 1.º Que os ligamentos uterinos e particularmente os utero-sagrados ou tenham perdido a sua resistencia, ou sejam dotados d'uma fraqueza congenita; 2.º Que o perineo tenha sido lacerado, quer a laceração seja cutanea ou sub-cutanea, ou que seja naturalmente pouco des-

envolvido; 3.º Que emfim um esforço ou brusco e violento, ou lento e continuo se exerça sobre os órgãos da pequena bacia.

Demais o cystocele e o rectocele precedem quasi constantemente o prolapso e contribuem poderosamente para a sua produção.

SEGUNDA PARTE

TRATAMENTO DO PROLAPSO UTERINO

O tratamento cirurgico do prolapso uterino, que é do que principalmente nos occupamos, tem n'estes ultimos tempos progredido, devido sem duvida aos conhecimentos mais precisos, que hoje possuimos, sobre a disposição anatomica d'esse estado morbido.

Ainda não ha muito os resultados de operações sangrentas, como a episiorrhaphia e outras, não eram de natureza a animar os cirurgiões a operar e cederam o passo aos diversos meios de contensão, de que logo fallaremos resumidamente, não obstante todos os inconvenientes e perigos, que resultam do seu emprego.

Hoje, porém, como já dissemos, são os methodos sangrentos os mais empregados, excepto nos casos de prolapso leve e quando a parede vaginal não esteja muito distendida e o pavimento perineal seja resistente e contractil, e esta preferencia dos methodos sangrentos, é devida talvez aos conhecimentos mais exactos que possuímos sobre a anatomia das regiões operadas e aos grandes resultados tirados da antiseptia, feita como hoje o é, pelos cirurgiões conscienciosos.

Para instituir racionalmente o tratamento cirurgico do prolapso uterino, é necessario, saber bem, quando seja possivel, quaes as lesões anatomicas que o constituem, que lhe dão lugar ou que o vêm complicar.

Para que se produza o prolapso, é necessario: ou que o utero desça ou que se alongue mais ou menos; estes dois estados podem combinar-se e é o que geralmente succede depois d'um certo tempo; e assim quando o utero está em prolapso desde algum tempo, hypertrophia-se; e quando o collo augmenta de volume e de peso, arrasta para baixo todo o orgão.

Cada uma d'estas lesões pode dar logar

a duas variedades de prolapso: prolapso por abaixamento e prolapso por hypertrophia. Segundo Hegar e Kaltenbach, as condições em que a operação é admissivel são as seguintes: Só se deve tentar a operação quando a cura não pareça possível por outros meios; e assim, quando o prolapso não é grande nem muito antigo, devem-se tentar primeiro os meios usuaes; em geral a situação social da doente, nunca ou quasi nunca é tal, que possa impedir a operação.

A operação pode ser contra-indicada quando exista uma deformação e que seja bem accentuada, que retraia muito a cavidade abdominal.

Emfim, é necessario que o estado de saúde da doente seja bom, o que se poderá obter com o auxilio d'um tratamento appropriado; se a doente entrou na decrepitude, a operação não deve ser aconselhada; porém deve-se attender antes ao estado individual da doente, do que á idade; e assim casos ha em que a operação tem sido praticada e com bom resultado em doentes de mais de sessenta annos.

Existem certas affecções locaes e geraes, como a syphilis, em que a operação não

deve ser praticada, sem que um tratamento previo muito completo e cuidadoso d'essas affecções tenha sido instituido.

A operação está indicada segundo Hegar e Kaltenbach, sempre que se tenham realisado as condições precedentes.

METHODOS DE TRATAMENTO

Temos tres condições a prehencher:

1.^a Collocar o utero na cavidade vaginal — meios de reducção.

2.^a Manter o utero *in loco* por meios contentivos e temporarios — meios contentivos temporarios.

3.^a Manter o utero reduzido d'uma maneira permanente — meios contentivos permanentes.

D'estas tres condições, fallaremos rapidamente sobre as duas primeiras, para nos determos mais sobre a terceira, assumpto principal da nossa dissertação inaugural.

CAPITULO I

Meios de redução

Esta primeira indicação do tratamento da queda do utero é facil, quando o prolapso não é antigo e principalmente quando o tumor formado não fôr muito volumoso. Basta muitas vezes a posição horisonthal da doente para fazer a redução. Observa-se então uma especie de contracção das paredes da vagina, que impelle o utero, facto observado por Scanzoni.

Se o orificio vulvar não está muito dilatado, pode succeder que o utero em prolapso, apresente phenomenos inflammatorios, que augmentem o seu volume e o tornem sensivel e doloroso.

Este augmento de volume pôde impedir

que se faça a redução espontanea, sendo então indispensavel fazer a redução artificial. Para obtermos a redução artificial, colloca-se a doente n'um plano resistente, afim de que as côxas estejam muito elevadas e o thorax tão baixo quanto possivel; na posição *genu-peitoral* em que a doente está apoiada sobre os joelhos e o peito, ou sobre os braços em flexão, que facilita o descimento das visceras abdominaes para o diaphragma, tendo antes o cuidado de evacuar a bexiga e o recto. O operador, deixando passar 10 a 15 minutos sem fazer o mais leve esforço de redução, para que os órgãos pelvicos se descongestionem, toma o utero com a mão direita, emquanto que com a esquerda, applicada no dorso, mantém a doente n'uma boa posição, e pratica esforços de redução, dirigindo o utero no sentido do eixo do estreito inferior. Não é necessario empregar força, mas praticar uma pressão methodica, durante 10, 15 ou mesmo 30 minutos, até que o órgão tenha retomado a sua posição e de maneira a fazer entrar primeiro o seu pediculo.

Quando as partes são muito turgidas e inflamadas ou quando o tumor augmentou em pouco tempo consideravelmente de vo-

lume, a redução torna-se então muito difficil. Pergunta-se: — deve-se sempre fazer a redução? A opinião mais geralmente adoptada, é que se deve sempre fazer a redução, excepto quando o relaxamento das paredes da vagina não impeça ou quando o tumor estiver invadido por affecções de má natureza. As ulcerações á superficie da mucosa vaginal, não são contra-indicação á redução, pois, logo que a mucosa não esteja ao contacto do ar, da urina e dos attrictos dos vestuários, o que se obtem pela redução, vêem-se melhorar e curar.

A redução deve ser feita o mais breve possivel, quando a prenhez vem complicar o prolapso, pois não devemos esperar que o volume do feto impeça a passagem do tumor pela vulva; caso a redução não se possa effectuar, devemos então sustentar o utero, durante todo o tempo da prenhez, por um apparelho appropriado.

As causas que impedem a redução devem ser combatidas e obtem-se muitas vezes a redução depois de um tratamento appropriado. Os antigos parteiros tinham formulado bem este preceito: como a inflamação chronica é a causa mais frequente das con-

gestões passivas, que augmentam o volume do utero em prolapso, aconselhavam o repouso durante alguns dias, os meios anti-phlogisticos e quando os phenomenos inflammatorios tinham diminuido, reduziam o tumor.

Os casos em que o tumor offerece uma certa difficuldade ao entrar, são os mais favoraveis para a applicação d'um tratamento ulterior, porque mostram que o perineo ainda é resistente e que a vulva não está muito frouxa.

Feita a redução é necessario por meios geraes e locaes mantel-a; estes meios terão por fim principal combater o enfraquecimento dos tecidos e evitar a congestão chronica do utero e dos ligamentos. E' o tratamento medico que nos vem prestar auxilio n'estes casos, dando tonicidade aos tecidos por meio dos tonicos e adstringentes, sendo os mais empregados o tanino, o alumen, o persulfato de ferro, quer em injeccão na vagina, quer em solução ou infusão.

CAPITULO II

Meios contentivos temporarios

Reduzido o prolapso do utero, elle tem grande tendencia a reproduzir-se, e é necessario oppormo-nos em certos casos por meios puramente mechanicos — os pessarios.

Porém antes do emprego dos pessarios já se tinha tentado sustentar o utero reduzido por meio de tampões de algodão desinfectado que podiam ficar *in loco*, durante 10 a 12 horas; a principio muitas doentes tinham algum alivio, porém basta muitas vezes um esforço, por pequeno que seja, ou uma queda, para que o prolapso reapareça: é pois um meio palliativo com que se não póde contar.

Os pessarios são conhecidos desde a mais

alta antiguidade, mas só como corpos carregados de principios medicamentosos. Foi Ambroise Paré o primeiro que nos fez conhecer os pessarios solidos.

Não ha instrumentos que mais tenham sido modificados na fórma e na composição da materia de que são feitos.

Não é intenção nossa descrevermos estes apparelhos, sómente daremos breves indicações do seu emprego e do seu modo d'acção no prolapso do utero.

Os pessarios actuaem de duas maneiras : ou se appoiam na vagina e assim temos entre outros os pessarios de Hodge, Meigs, Hoffman, Smith, Gaillard Thomas, etc., ou se appoiam exteriormente n'uma cintura abdominal como o de Cutler, haste metallica, tendo uma extremidade de caoutchouc sobre a qual se appoia o utero, emquanto que a outra dirigida para o coccyx se fixa a uma cintura. O de Valleix composto de uma almofada abdominal d'onde parte uma haste curva que se articula com um pessario de caoutchouc munido de uma haste intra uterina; o de Nelaton; de Becquerel, etc.

Para os primeiros existe um sem nu-

mero de contra-indicações, quer geraes, quer especiaes ao prolapso do utero.

E assim a vagina em alguns casos não póde supportar nenhum corpo estranho, e a pressão determinada pelos pessarios, é talvez peor que o proprio mal. Pelo emprego dos pessarios, o alargamento consideravel da vagina, a ruptura do perineo, tiram-lhe o meio de supporte, sendo então necessario substituil-os pelos que se apoiam exteriormente n'uma cintura abdominal, ou estreitar a vagina e costurar o perineo. Os pessarios podem determinar a dilatação da vagina e occasionar affecções do recto e da bexiga.

Os meios mechanicos nada podem contra os prolapsos consideraveis ; assim o explica o estado pathologico das partes.

O utero ha muito em prolapso, é tumefacto e hypertrophiado, os ligamentos são alongados e enfraquecidos, a vagina é dilatada e atonica, e a vulva dilatada a tal ponto, que parece haver uma laceração transversal do perineo ; o pessario dilatará ainda mais a vagina e a vulva e manterá a irritabilidade do utero.

Entretanto não queremos dizer que re-

jeitamos d'uma maneira absoluta o emprego dos pessarios; e diz Trelat *ces pessaires, dans certains cas de prolapsus léger, quand la paroi vaginal n'est pas trop distendue, quand le plancher perineal est contractile et resistant, peuvent rendre des services et alors les plus simples sont souvent les meilleurs.*

Segundo Trelat são, de todos os pessarios, os aneis redondos e elasticos, os mais bem supportados e efficazes, mas sem que comtudo impeçam os progressos da affecção.

Quando a uma doente se aconselha um pessario, sente a principio allivio, depois esse allivio desaparece; augmenta-se o pessario, da mesma maneira a principio sente allivio, depois o pessario torna-se impotente e assim successivamente até um periodo em que o pessario não pode mais ser tolerado, em virtude das dores persistentes que causa e das ulcerações que produz, tornando-se inutil e deixando a doente em condições lastimosas, pois que sente dolorosamente os attritos sobre as superficies ulceradas e saniosas, e que exhalam um cheiro repellente.

Introduz-se o pessario humedecido n'um corpo gordo, havendo depois o cuidado de

fazer injeções vaginaes bi-quotidianas, com uma solução desinfectante e tirar o pessario pelo menos de tres em tres mezes e substituil-o por outro de numero mais elevado.

Durante a nossa frequencia de Clinica Medica tivemos occasião de ver empregar um grande numero de vezes os pessarios, sendo n'umas doentes perfeitamente supportados, ao passo que n'outras o não eram. De todos estes casos por nós observados d'emprego de pessarios, apresentaremos apenas duas observações, aquellas em que o emprego do pessario foi determinado por prolapso do utero; na primeira o pessario não foi tolerado, e não querendo sujeitar-se a operação sangrenta, sahiu no mesmo estado; na segunda, apesar da opinião do nosso Professor e director da enfermaria, ser a applicação d'operação sangrenta como tratamento do prolapso, a doente não se quiz sujeitar á operação e sahiu melhorada com o emprego do pessario, que tolerava regularmente.

OBSERVAÇÃO I

PROLAPSO SIMPLES OU PRIMEIRO GRÃO
E RETROFLEXÃO UTERINA
DEVIDO AO ALONGAMENTO DOS LIGAMENTOS REDONDOS

M. C. 24 annos, solteira, creada, natural de Paredes, entrou para o Hospital Geral de Santo Antonio, enfermaria n.º 6, Clínica Medica, no dia 18 de maio de 1889.

De temperamento mixto e constituição regular, foi menstruada a primeira vez aos 15 annos, continuando depois a sel-o sempre regularmente até aos 21 annos.

Depois d'esta idade a menstruação começou a ser irregular, pois havia mezes em que lhe faltava e outros em que lhe apparecia duas vezes.

Como doenças anteriores, lembra-se que em creança teve sarampo e aos 12 annos febre typhoide leve. Foi depois d'um parto bastante trabalhoso, que a doente principiou a sentir cephalalgias, tenesmo e uma pequena sensação de peso no recto, perturbações nervosas, leucorrhœa, sensação de peso na bacia e dôres lombares e abdominaes.

Pelo toque vaginal obtivemos a sensação do utero em prolapso, que augmentava quan-

do se mandava tossir a doente; o utero dava a sensação d'um corpo duro com uma abertura mediana; na parte posterior do collo notava-se a presença d'um tumor arredondado, que era o corpo do utero em retro-flexão.

No dia 27 de maio o nosso Professor fez-lhe a reposição do utero por meio da sonda e manteve-o na posição normal pela collocação do pessario de Hodge.

Na tarde d'esse mesmo dia a doente queixou-se-nos de dôres que se tornavam intoleraes no dia seguinte, o que levou o nosso Professor a retirar o pessario, diminuindo-lhe então muito as dôres; como não quizesse sujeitar-se ao tratamento cirurgico, sahiu no dia 30 de maio no mesmo estado.

OBSERVAÇÃO II

PROLAPSO UTERINO COMPLICADO DE CYSTO E RECTOCELE

M. C. 56 annos, viuva, costureira, natural da freguezia de Santo Ildefonso, d'esta cidade; entrou para o hospital geral de Santo Antonio, enfermaria n.º 6, clinica medica, no dia 18 de março de 1889.

De temperamento lymphatico e constituição regular, tem soffrido de ha muito de rheumatismo; teve 11 partos, sendo 2 prematuros; em todos os partos foi mal tratada, chegando em alguns d'elles a trabalhar logo no dia seguinte. Foi depois do terceiro parto, effectuado ha perto de 27 annos, que a doente deu pela existencia d'um corrimento vaginal muito abundante, amarellado e fetido que desapareceu d'ahi a alguns mezes.

Tempo depois começou a sentir dôres lombares, uma sensação de peso na parte inferior do ventre, e fadiga, sempre que era obrigada a andar muito depressa ou muito tempo. Em seguida sobreveio um prolapso uterino acompanhado de ardôr. Estes symptomas foram-se aggravando até que se resolveu a entrar para o hospital, onde se conservou durante seis semanas, sahindo um pouco melhorada.

Como porém se entregasse a trabalhos violentos, os incommodos voltaram, e mais accentuados, o que a obrigou a recolher-se de novo ao hospital.

O exame da doente mostrava o utero descido e de tal fórma, que se via n'uma grande extensão fóra da vulva; o collo apre-

sentava uma ligeira ulceração e a bexiga e o recto faziam saliencia bem accentuada nas paredes anterior e posterior da vagina. O nosso Professor fez vêr á doente a necessidade d'uma operação sangrenta; mas esta, allegando que a sua idade era já bastante adeantada, não se quiz sujeitar a ser operada; fez-se-lhe então a redução do utero e manteve-se pelo emprego d'um pessario. A doente sentiu-se bem e sahiu no dia 5 d'abril.

CAPITULO III

Meios contentivos permanentes

A incurabilidade do prolapso pelos meios precedentes, forçou os cirurgiões a tentar varios processos para a cura radical d'esta affecção, entendendo nós por estas palavras a contensão permanente do utero na vagina e na cavidade pelvica.

Para chegar a este resultado tem-se procurado combater as causas permanentes que impedissem o utero de ficar na sua situação, e assim se tem feito um grande numero d'operações, que os auctores dividem em differentes cathegorias.

Segundo Emmet, o fim de todos os processos cirurgicos para a cura do prolapso, é manter o utero na sua posição normal na

bacia até que recupere o seu volume normal. Martin diz: *dans toute autre circonstance le traitement du prolapsus se résume, pour moi dans l'opération radicale.*

A operação, segundo elle, está indicada sempre que o prolapso do utero determine indisposição consideravel, incapacidade de trabalho e desordens manifestas das funções de relação. Mas é necessario, antes de tudo, que a operação seja feita com a antiseptia mais rigorosa, afim de nos pormos ao abrigo de toda a infecção.

Hegar e Kaltenbach dividem os methodos operatorios em duas grandes classes:

1.^a opera-se sobre a vulva.

2.^a opera-se sobre a mucosa vaginal em um ponto mais ou menos elevado.

Não nos satisfaz esta classificação dos methodos operatorios de Hegar e Kaltenbach; pois em qual dos grupos devemos nós collocar a operação d'Alexander, a operação praticada sobre os ligamentos redondos e a hysterorrhaphia?

O. Terrillon divide as operações para o tratamento cirurgico do prolapso uterino, em quatro grupos:

1.^o operações praticadas sobre a vagina.

- 2.º operações praticadas sobre a vulva.
- 3.º combinação d'estes dois processos.
- 4.º operação praticada sobre os ligamentos redondos.

Tambem nos não parece completa esta classificação das operações do tratamento cirurgico do prolapso, por não abranger todos os casos, pois não comprehende as operações praticadas sobre o collo e corpo do utero.

A que nos parece mais completa e que abrange todos os casos é a que M. Trelat apresenta quando nos diz nas suas lições sobre os prolapsos dos órgãos genitales da mulher, redigidas por Barette «Suivant les cas encore, ces operations peuvent être rangées en diverses categories; en effet, les unes sont destinées à combattre le prolapsus, et alors elles agissent soit en retablissant le corps perineal, soit en retrecissant suivant leur largueur les parois du vagin devenues trop vastes, soit en les rettachant l'une à l'autre de façon à former une barrière contre nature devant l'uterus.

Quelquefois aussi nous devons essayer de rétablir la puissance des ligaments inferieurs de l'uterus, et de redresser des retro-

deviations. D'autres operations combinées ou non avec les precedentes agiront sur le col hypertrophié et en retrancheront une portion plus ou moins notable. Enfin ou sera quelquefois animé à pratiquer l'ablation totale de prolapsus incurables».

Vamos pois estudar as operações que se praticam sobre o perineo, vulva, vagina e utero e ligamentos do utero.

A) — Sobre o perineo — Perineorrhaphia

A palavra perineorrhaphia implica a idéa d'uma operação, que consiste em reparar um perineo lacerado.

Sem fazermos a historia d'esta operação diremos só que foi primeiro praticada por Guillemeau, como diz Verneuil na *chirurgie reparatrice*, mas que só em 1835 é que se tornou uma operação classica, devido a Roux.

Seja-nos permittido fazer algumas considerações sobre o momento em que se deve operar.

Os cirurgiões operam uns logo depois do parto, outros passados alguns mezes e ainda

outros passados alguns dias; d'aqui tres methodos de perineorrhaphia: a perineorrhaphia immediata, a que é feita antes que a ferida perineal tenha tido tempo de se modificar, isto é, ou immediatamente depois do parto ou passado cerca de 5 horas; a perineorrhaphia tardia, a que é feita quando a ferida está completamente cicatrisada, isto é, tres, quatro, seis, oito, etc. mezes depois do parto; e finalmente a perineorrhaphia secundaria, a que se pratica quando a ferida se cobre de gommos carnosos, do quinto ao sétimo dia depois do parto.

Qual d'estes methodos deve ser o preferido quando houver possibilidade na escolha?

Auctoridades como Dieffenbach, Berard, Danyau, Demarquay, Depaul, Trelat, a maior parte dos cirurgiões modernos como G. Thomas, Smith, quasi todos os cirurgiões da America do Norte e quasi toda a nova escola franceza, tendo á sua frente Dolerís são partidarios da perineorrhaphia immediata

Quaes as vantagens d'este methodo?

Segundo Sarrante as principaes vantagens são: 1.^a fechar a ferida ás inoculações infecciosas; 2.^a preservar a mulher d'um

tratamento longo, d'uma enfermidade grave, que não é sem perigo (prolapso, incontinência de materias, perturbações vesicaes, etc.) e dispensar a mulher d'uma operação tardia, que seria mais difficil e mais perigosa.

Comtudo numerosas objecções se teem feito a este methodo operatorio e operadores não menos considerados, são partidarios da perineorrhaphia tardia; porém não é nosso intento o discutirmos o valor d'essas objecções, apenas pelo que acabamos de expôr, vemos que a perineorrhaphia immediata actua como tratamento preventivo do prolapso uterino.

Segundo Frédéric Latouche a perineorrhaphia immediata deve sempre ser tentada, excepto quando a doente esteja enfraquecida por um parto muito laborioso, quando tenha uma grande laceração, que determine uma operação longa e dolorosa, quando esteja affectada de cancro da vulva e finalmente quando esteja no ultimo periodo da tuberculose, ou no curso d'uma doença grave, como febre typhoide, meningite, etc.

A perineorrhaphia immediata consiste apenas na costura da parte do perineo lacerada, para o que só é necessario empregar

o chloroformio, ou quando a doente fôr pouco docil, ou a operação muito longa.

Depois de collocada a doente na borda d'uma cama ou meza e depois de bem lavada a ferida com uma solucção desinfectante, procede-se á costura, sendo hoje os processos mais empregados o de Emmet e o de Bröse, adoptado por Doleris; o primeiro baseado principalmente na fórma da superficie cruenta e na maneira da introducção dos fios, parece mais reservada á perineorrhaphia tardia.

No processo de Bröse é empregada a costura de pontos continuos com fios de catgut, e comprehende a costura vaginal, que principia pelo angulo vaginal da ruptura, praticando-se n'este nivel dois pontos bastante approximados e um terceiro na commissura, e a costura perineal, que se faz caminhando da vulva para o anus e empregando, segundo a ferida é superficial ou profunda, um ou dois planos de costura; se o septo recto-vaginal é lacerado n'uma certa extensão, a sua restauração faz-se n'um tempo independente.

Doleris opéra sob uma corrente d'agua antiseptica; depois da operação a vagina e a vulva devem ser cuidadosamente desin-

fectadas, e a ferida coberta com iodoformio, ou qualquer outro corpo antiseptico; e finalmente a doente evitará fazer qualquer movimento capaz de desunir a ferida, isto é, manter-se-ha n'uma immobildade tão completa quanto possível.

Na perineorrhaphia tardia depois de preparada a doente, procede-se ao primeiro tempo da operação, que consiste no avivamento das partes que se querem suturar, e que segundo diz Emmet, são geralmente indicadas por *um leve verniz cicatricial*.

Procede-se d'um modo geral tomando a membrana mucosa com pinças ou tenaculos acima do bordo superior do anus, no ponto em que a mucosa se reune com a pelle, isto é, attendendo á posição da doente no ponto de mais declive, para evitar que o sangue venha encobrir as partes, que ainda estão por avivar, e pratica-se uma incisão de tres a quatro centímetros dirigindo-se para a vagina. Tomando depois a membrana mucosa d'um labio, um pouco abaixo do nivel do meato urinario, o operador pratica duas outras incisões dirigindo-se uma para a extremidade superior, e a outra para a inferior da primeira incisão. Em seguida

aviva o triangulo assim formado e pratica o mesmo do lado opposto.

Antes de passar ao segundo tempo da operação, verificar-se-há que nenhuma arteria dê sangue e que nenhum ponto fique por avivar.

O segundo tempo consiste em costurar as partes avivadas, no que os operadores divergem muito.

Nós limitar-nos-hemos a expôr e resumidamente, o processo d'Emmet, que é talvez hoje o mais geralmente seguido.

Emmet faz as costuras principiando de traz para diante, do anus para a vulva. O primeiro ponto deve contornar exactamente o limite posterior da ruptura, afim de pôr em contacto as fibras do sphincter. A disposição d'este fio é de grande importancia; em logar de ficar no plano anterior da abertura anal, excede atraz este plano.

Introduzido um centimetro por fora da superficie sangrenta, segue primeiro de traz para deante e de baixo para cima, paralelamente á solução de continuidade, depois curva-se para dentro e passa na espessura do septo, para seguir do lado opposto um trajecto symetrico. Os outros pontos são fei-

tos d'uma maneira analoga, sendo o seu numero variavel segundo a extensão da laceração.

Depois de feita a operação é necessario determinar a constipação, haver o maior cuidado na primeira defecação, principalmente quando as fezes são duras e sobrevivem antes que a cicatrização se tenha effectuado, reduzir a alimentação a liquidos e a uma pequena quantidade de carne, isto é, dar uma alimentação o mais concentrada e sob o menor volume possivel, e manter os joelhos unidos quer ligando-os, quer recommendando-o á doente. Os fios podem em geral ser tirados do sexto ao oitavo dia.

Eis pois resumidamente descripta uma das operações para o tratamento cirurgico do prolapso uterino, e que tivemos occasião de ver executar durante a frequencia da cadeira de clinica medica, pelo seu dignissimo professor dr. Azevedo Maia, na enfermaria do Hospital de Santo Antonio e da qual apresentamos duas observações, que dizem respeito a prolapso uterino.

A perineorrhaphia por si só e como tratamento radical do prolapso uterino é insignificante; porém combinada com outras

operações, como as colporrhaphias, de maneira a constituir uma operação complexa, tem sido empregada um grande numero de vezes, e em alguns casos com excellente resultado.

OBSERVAÇÃO III

PROLAPSO SIMPLES OU PRIMEIRO GRÃO DE PROLAPSO COM RECTO E CRYSTOCELE, DEVIDO AO RELAXAMENTO DAS PREGAS DE DOUGLAS E QUEDA VIOLENTA

R. F. 30 annos de idade, casada, creada, natural de Asnes (Corunha) entrou para o Hospital de Santo Antonio, enfermaria n.º 6, Clinica Medica, no dia 9 de Novembro de 1888.

De temperamento nervoso e constituição regular, começou a ser assistida aos 16 annos, mas sempre em pequena quantidade; teve oito filhos, sendo dois gemeos; sempre partos regulares.

Ha dois annos cahiu d'uma figueira e começou desde então a soffrer da *madre*. Tinha uma sensação de peso na bacia, dores lombares e abdominaes, grande fadiga durante a marcha e tenesmo rectal e vesical. O utero

estava descido, mas segundo affirmava a doente nunca lhe sahiu para fóra.

Pelo exame geral a doente apresentava a lingua bastante saburrosa, e um estado hemorrhoideo bastante accentuado, e a doente accusava dyspepsia flatulenta, constipação e tenesmo rectal e vesical.

Pelo toque vaginal obtinha-se a sensação d'um corpo duro, piriforme, com uma abertura mediana, um pouco descido. O exame attento fez reconhecer que esse corpo era o utero. Na parede anterior observava-se a bexiga, fazendo hernia para a vagina e que se sentia melhor, quando se obrigava a doente a tossir.

Pelo toque vaginal e rectal combinados, notava-se o adelgacamento da parede posterior da vagina, que fazia uma pequena proeminencia para esta cavidade. Abaixo da furcula vaginal notava-se ainda uma laceração do perineo, na extensão de cerca de dois centimetros.

O exame pelo speculo veio confirmar estes dados, e mostrar ainda o éctropion do collo.

A doente ainda se queixava de prurido e ardor na micção.

Quiz o dignissimo Professor e director da enfermaria, fazer-lhe a colporrhaphia, porém a doente não se quiz sujeitar; fez-lhe a perineorrhaphia, redução e applicação d'um pessario annular de Dumontpellier.

Foi-lhe feita a operação no dia 25 de novembro, estando a doente anesthesiada e convenientemente preparada. Nos dias seguintes a superficie affrontada foi lavada com agua phenicada, e bem coberta de iodoformio. Cicatrisação por primeira intensão. A temperatura e o pulso conservaram-se sensivelmente normaes.

Finalmente a doente sahio a 20 de dezembro, sensivelmente melhorada.

OBSERVAÇÃO IV

PROLAPSO UTERINO COM RECTOCELE,
DEVIDO AO RELAXAMENTO DOS LIGAMENTOS DE DOUGLAS

R. de J., 30 annos, solteira, vendedeira, natural de Tondella, enfermaria n.º 6, Clinica Medica.

De temperamento mixto e constituição fraca, foi menstruada a primeira vez dos 14 para os 15 annos e sempre regularmente; em

creança teve febres intermitentes, typo quotidiano.

Teve tres filhos, mas é do segundo, cujo parto foi algum tanto trabalhoso, que datam os seus incommodos, que consistiam principalmente em dôres lombares e hypogastricas, e perturbações dyspepticas; estes incommodos mais lhe augmentaram com o terceiro parto, que teve lugar ha tres mezes.

Foi ha pouco mais ou menos dois mezes, que fazendo um esforço violento para levantar um feixe de lenha, principiou a sentir uma sensação de pezo no baixo ventre, que mais lhe augmentava quando fazia esforços violentos; ao mesmo tempo tinha dysenteria com tenesmo.

O toque vaginal dava o utero descido, o que nos foi ainda confirmado pelo exame visual ao speculo; o toque vaginal e rectal combinados, mostravam-nos adelgaçamento da parede posterior da vagina e rectocele pelo exame visual.

Tratamento — perineorrhaphia a 20 de Dezembro; os mesmos cuidados que com a doente da observação terceira; cicatrisação por primeira intensão; temperatura nos dois primeiros dias depois da operação, um pou-

co elevada — 37,6 pela manhã, 38,2 á tarde, no primeiro dia, 33 pela manhã, e 37,7 na tarde do segundo dia, conservando-se depois normal e o pulso um pouco mais frequente a principio, mas depois normal. Tiraram-se-lhe os pontos de costura em numero de cinco, no dia 26, e a doente sahio curada, ou sensivelmente melhorada, a 2 de janeiro de 1889, tendo entrado a 13 de dezembro de 1888.

B) — Operações praticadas sobre a vulva

Estas operações hoje postas de parte, e sobre as quaes nos não deteremos, consistiam ou na união dos grandes labios sem avivamento previo, *infibulação*, por um fio de chumbo unido adeante por um nó como fazia Schieffer e Aran, ou por meio de dois fios collocados um por cima do outro, como empregava Klein; ou na união dos grandes labios com avivamento previo — *episiorrhaphia*; processo inventado por Fricke de Hamburgo.

C) — Operações praticadas sobre a vagina

O fim de todas estas operações é retrahir a capacidade da vagina; e estas opera-

ções ou se fazem só sobre a vagina como: as cauterisações, a elytrorrhaphia, que póde ser anterior ou posterior, e a operação de Le Fort, ou na vagina e perineo, como a colpo-perineorrhaphia.

Passaremos a fallar de cada uma d'estas operações feitas na vagina, como tratamento de prolapso uterino.

Cauterisações

As cauterisações, hoje abandonadas, ou quasi abandonadas, pois as cicatrizes não davam logar a uma retracção sufficiente da vagina, para obter uma grande diminuição no calibre do canal, foram empregadas por Laugier, que usava do nitrato acido de mercurio, por M. Velpeau que se servia da cauterisação com ferro em braza, por M. Selnow que empregava o acido sulfurico concentrado, etc.

Elytrorrhaphia ou colporrhaphia

A elytrorrhaphia parece ter sido primeiro executada na Allemanha por Dieffenbach e na Inglaterra por Heming, porém tinha já antes

sido proposta em França por Romain Gérardin, em 1823 á Sociedade Medica de Metz.

Depois tem sido praticada por grande numero d'operadores, como Scanzoni, Fricke, Roux, Stoltz, etc.

Consiste, d'um modo geral, na excisão sobre a mucosa vaginal, de retalhos mais ou menos extensos e de formas variadas, e na costura consecutiva das superficies avivadas, com o fim de diminuir o calibre da vagina; o que se pratica d'uma maneira geral depois de ter lavado bem a vagina, chloroformisado a doente, collocando-a na posição conveniente e afastado as paredes da vagina por meio de valvulas largas e de cabo solido, avivando um retalho triangular n'uma das faces da vagina; a base d'este retalho, de quatro centímetros pelo menos, corresponde ao bordo anterior da vagina. De cada extremidade partem dois cortes dirigidos para trás, e que se reúnem a um ou dois centímetros do collo do utero. N'esta disseccção é conveniente evitar adeante a urethra, atraz o recto, o que se obtem introduzindo instrumentos metallicos n'estes canaes.

A costura póde ser feita quer com agulha ordinaria, quer com a agulha de Riverdin,

principiando-a a cinco millímetros d'um dos bordos, continuando-a sobre a parte avivada até chegar ao lado opposto, e terminando-a a uma distancia igual do outro bordo. Os fios devem ser collocados á distancia de meio centimetro uns dos outros, e de maneira a obter um affrontamento perfeito, empregando-se ainda costuras complementares, quando fôr necessario.

Divide-se segundo uns em *élytrorrhaphia* anterior e posterior, conforme se retrahe a parede anterior ou posterior da vagina; devendo-se escolher uma ou outra, segundo ha o predominio de *cystocele* ou de *rectocele*, sendo-se algumas vezes obrigado a empregar as duas simultaneamente. Segundo outros, Martin por exemplo, admite ainda a *élytrorrhaphia media*, ou de Neugebaur.

A *élytrorrhaphia* anterior consiste, segundo o methodo de Hegar, empregado por Trelat, em tirar sobre a parede vesicó-vaginal uma parte da mucosa, que se não estenda sobre o septo urethro-vaginal e em costurar consecutivamente os bordos direitos aos esquerdos, de maneira a obter uma costura mediana.

Para isto Hegar, não se preocupando

com a fórma do avivamento, como o faziam outr'ora os cirurgiões, que empregavam quer a fórma elliptica, quer a fórma de ferradura, processo de Sims, e ainda outras, faz uma prega longitudinal, sobre a parede vaginal anterior, por meio de duas ou tres pinças, devendo o mais elevado d'estes instrumentos ficar a cerca de um centimetro do labio anterior do collo, e o mais inferior a tres centimetros do orificio urethral; em seguida, depois de ter fixado bem esta prega, por meio d'uma grande pinça recta, de pressão continua, que não deve ser applicada immediatamente contra a base da prega, e depois de ter introduzido os fios de sutura, corta a prega com um bisturi entre os fios e a pinça. Depois de ter regularisado os bórdos da ferida com auxilio d'uma tesoura, aperta e ata os fios, principiando pela extremidade da ferida, que confina com a porção vaginal. Emprega fios de seda ou de prata, aquelles quando não tenta fazer depois a colpo-perineorrhaphia, estes nos outros casos.

Este processo pode ser perigoso, porque se pode cortar a parede da bexiga tomando-a na prega, porém o perigo não é tão grande

como parece, e Hegar em grande numero d'operações, nunca observou este accidente. Para obstartmos a este perigo, basta reconhecer antes da applicação da pinça, qual a espessura da parede véstico-vaginal, servindonos d'um catheter introduzido na bexiga.

O manual operatorio da élytrorrhaphia posterior é o mesmo, ou quasi o mesmo que o da anterior; Hegar prefere tambem aqui formar pregas e depois de bem fixadas, cortal-as.

A élytrorrhaphia media, ou de Neugebauer, consiste na incisão de porções equivalentes de bordeletes vaginaes, situados em pontos symmetricos uns dos outros e nas duas paredes anterior e posterior da vagina, e na sua reunião pela costura. D'esta maneira as duas paredes anterior e posterior da vagina, soldadas entre si, são de tal maneira diminuidas ou encurtadas, que o utero pode cahir até ao orificio vaginal, mas sem que haja reprodução do prolapso.

Este processo é simples e de bom resultado, quanto á cura do prolapso, porém cria uma disformidade para a mulher.

Por este processo reúnem-se partes physiologicamente extranhas uma á outra; violenta-se a natureza, emquanto que sem isso

se poderia chegar ao resultado; e assim diz Martin «Tant que les méthodes qui laissent intacts les rapports naturels des parties suffiront, je leur donnerai la préférence. Là où elles échouent, il faudra tenter l'intervention par le procédé de Neugebauer, comme *ultima ratio*, et cela avec espoir et confiance.»

Recentemente Winckel apresentou e executou um novo processo d'elytrorrhaphia e que segundo elle é a principal operação, que convem praticar no prolapso. Não o descreveremos, pois, segundo alguns operadores que o empregaram, entre outros Martin, a cura era incompleta em razão da distorsão das paredes; ou então o prolapso reapareceu passados alguns mezes depois da reunião da ferida.

Cohn apresentou em 1887 uma estatística de 150 casos de prolapsos, sendo em 123 feita a colporrhaphia por Schröder. Em todos os casos empregou a costura de pontos continuos, servindo-se do catgut; e depois da operação, esforçou-se em manter a constipação durante doze dias, e obteve em 97 casos reunião por primeira intenção, falta de reunião em 2 e nos restantes algumas faltas impediram a cura definitiva.

Os resultados relativos ao prolapso, foram os seguintes: bom em 80, máo em 9, mediocre em 9, faltando as indicações em 4; duas doentes succumbiram depois da operação, e nos restantes casos reproduziu-se o prolapso, devido talvez ás condições de existencia, em que se encontravam as doentes.

Esta estatistica mostra-nos a efficacia da elytrorrhaphia, no tratamento do prolapso.

Operação de Le Fort

Esta operação consiste na reunião da parede posterior da vagina á anterior, creando assim um obstaculo no meio da vagina ao descimento do utero.

Para a praticar colloca-se a doente no decubito dorsal e faz-se na parte mais proxima da vulva, e primeiro na parede anterior da vagina e depois na posterior, quatro incisões limitando um retalho, que dá um avivamento de quatro centimetros de comprimento e dois de largo. Depois de reduzir o utero, para que as superficies avivadas fiquem em contacto na sua parte mais pro-

xima, applicam-se no bordo transversal trez pontos de costura, que reunam as paredes anterior e posterior da vagina; os bordos lateraes são reunidos, atravessando de cada lado um fio de prata, de bordo da superficie anterior para a posterior.

O Dr. Eustache, nos Annaes da Gynecologia, diz, a proposito do tratamento cirurgico do prolapso do utero, «que a unica operação capaz de remediar effcaz e definitivamente o prolapso do utero, é a operação de Le Fort»; porém altera um pouco o processo do auctor, introduzindo-lhe as seguintes modificações: em lugar d'um avivamento de dois centimetros de largo, é necessario fazel-o pelo menos de quatro, estendendo-se sobre cada uma das paredes, desde a inserção da vagina sobre o collo, até á vulva; e em lugar de fazer as costuras com fios de prata, recorre-se ao catgut, que não irrita nem ulcera as partes e que não ha necessidade de se retirar, pois se absorve *in loco*.

Porem o inconveniente do processo de Le Fort é que o prolapso se reproduz por um dos lados, se a vagina é muito larga, ou se o avivamento não é muito extenso.

Colpo-perineorrhaphia

E' segundo O. Terrillon a colpo-perineorrhaphia combinada com a elytrorrhaphia anterior, o meio mais seguro de evitar toda a recidiva; foi esta operação complexa praticada por elle, um grande numero de vezes na Salpetrière.

A colpo-perineorrhaphia é destinada a restaurar o perineo, e a retrahir ao mesmo tempo a parede posterior da vagina.

Os differentes processos de executar esta operação assemelham-se muito; e assim em todos elles é necessario praticar uma ferida extensa no septo recto-vaginal; mas differem em que uns comprehendem a vulva no avivamento, outros não; e ainda na fórma e na extensão do avivamento.

D'uma maneira geral depois dos cuidados preliminares como são: a preparação da doente, a lavagem da região a operar, e a posição da doente, pratica-se a operação fazendo primeiro um avivamento, quer sobre a parede posterior da vagina, que se prolonga tanto acima, quanto fôr necessario, quer no perineo lacerado, avivamento que se estende mais ou menos para a vulva.

Depois de feito o avivamento, para o que é necessário que as partes sejam igualmente e correctamente tensas, e de verificar que não existe algum ponto por avivar, pratica-se a costura, principiando a maior parte dos operadores pelos pontos vaginaes, e em seguida os perineaes. Em seguida applica-se o penso iodoformado, conservam-se as coxas da doente approximadas e sonda-se a doente de tempos a tempos, para que a urina não humedeça o penso.

E' o segundo tempo da operação, costura, a parte mais delicada, devendo observar-se aqui, o que dissemos a proposito da costura da perineorrhaphia tardia.

Fallaremos ainda, a proposito das operações praticadas sobre a vagina do processo de Martin, para o tratamento do prolapso uterino, apesar de no seu processo bastante complexo se intervir tambem no utero.

A proposito d'este processo diz Hofmeier «Les procédés d'Hegar et de Simon donnent au niveau du perinée, des resultats plastiques très favorables; mais ils sont moins efficaces quant au rétrécissement de la portion supérieur du vagin; à ce point de vue,

la methode de Martin fournit des résultats plus complets. Hofmeier a vu récemment un cas opéré par Martin trois ans auparavant, qui présentait dans ce sens, une supériorité très marquée. Pour ce qui est du pronostic, il croit qu'il importe de distinguer entre les prolapsus qui sont dus à *l'insuffisance de l'appareil d'occlusion du vagin*. Pour ceux-ci, le pronostic est plus favorable; pour les autres, il faut, le plus souvent, après restauration préalable du périnée, se contenter de placer un pessaire.»

E Veit observou um bom resultado n'uma doente operada por Martin, e aconselha tirar os pontos de costura, quando appareça estado febril.

O processo de Martin divide-se em tres tempos: no primeiro faz a amputação do collo do utero, n'um segundo pratica a colporrhaphia anterior e finalmente no terceiro e ultimo a colporrhaphia posterior. ¹

¹ Tratado clinico das doenças das mulheres por Aug. Martin, pag. 173.

D) — Operações praticadas sobre o utero
ou parte do utero e ligamentos redondos do utero

N'estes ultimos tempos e nos casos extremos, isto é, quando os prolapsos completos não são reductiveis, por causa do seu volume, que é augmentado por uma hypertrophia lenta e congestão passiva, e quando são dolorosos, ulcerados e que constituem uma enfermidade dolorosa, tem-se proposto praticar a hysterectomia vaginal. Esta operação tem já sido practicada por Gebhardt, Kehler, Keltenbach e alguns cirurgiões francezes.

No nosso caso não exporemos senão a operação da hysterectomia, no caso do utero em prolapso, pondo de parte a extirpação pela via vaginal, quando o utero está na posição normal, e a extirpação pela via abdominal, que nos parece nunca foi tentada em casos de prolapso.

Operação — Collocada a doente na posição da talha, o cirurgião procede ao catheterismo e faz uma injeção, que póde ser de uma solução de sublimado ou de acido phenico. Sendo collocados lateralmente dois afastadores, o operador deprime a forqui-

lha com um ou dois dedos da mão esquerda, e com uma pinça agarra o collo.

Depois de ter collocado nas partes lateraes ligaduras em massa, que comprehendam a arteria uterina, secciona-se circularmente a parede da vagina, em torno da porção vaginal. Em seguida disseca-se, partindo d'esta incisão circular, todo o collo, até á vizinhança do orificio interno; depois abre-se o fundo de sacco peritoneal posterior, e faz-se abaixar o utero atravez do espaço de Douglas, que se abriu largamente, fazendo isto com os dedos. Terminado este tempo, torcidos os ligamentos largos, e laqueados em massa, corta-se o utero na parte interna das ligaduras, dando o maior comprimento possivel ao pediculo. Finalmente reúnem-se os bordos anteriores e posteriores da serosa por uma costura transversal, e desinfecta-se a ferida feita no tecido cellular acima da vagina; faz-se o penso com algodão phenicado e mantem-se por uma ligadura em T.

O fundo de sacco de Douglas deve ser aberto á altura da prega vésico-uterina, porque ha a vantagem de reduzir o volume dos tecidos, que lateralmente unem o utero aos órgãos vizinhos.

Depois de fallarmos resumidamente sobre a ablação total do utero em prolapso, trataremos d'uma outra operação, praticada tambem sobre o corpo do utero—a hysterorrhaphia ou hysteropexia — que tivemos occasião de ver executar pelo distincto Professor de clinica medica na sua enfermaria, n'uma doente, que constitue a nossa quinta observação.

Hysterorrhaphia

Hysterorrhaphia ou hysteropexia é a fixação da parede anterior do utero, á face posterior da parede abdominal anterior; parece, segundo diz o dr. J. Rendu de Lião, que foi praticada a primeira vez por P. Müller de Berne, sendo o resultado da operação a recidiva do prolapso, passado algum tempo; a segunda foi praticada por G. Richelot, sendo o resultado analogo ao da primeira, isto é, passado algum tempo a reproducção do prolapso; o primeiro d'estes operadores empregou a hysterorrhaphia abdominal, o segundo a hysterorrhaphia vaginal.

Depois vem R. Olshausen, cujo processo consistia na costura dos ligamentos redon-

dos á parede abdominal; ainda n'este caso o resultado foi desfavoravel.

Apparece depois John Phillips, que em Março de 1888, apresentou um caso de prolapso, curado pela sutura d'um pediculo á parede abdominal, depois d'ablação do ovario kistico.

De nenhum d'estes processos fallaremos, porque seria demorarmo-nos demasiado sobre processos especiaes, que hoje, parece-nos, quasi não são seguidos; limitar-nos-hemos a expôr resumidamente o processo de F. Terrier, hoje adoptado, com leves modificações, por Lawson Tait, Henning, Czerny e Leopold de Dresde e que tivemos occasião de ver empregar durante a nossa frequencia de Clinica Medica.

A operação pode dividir-se em duas partes distinctas: a laparotomia, isto é, a abertura da cavidade abdominal e a sua sutura, e a fixação do utero.

A primeira parte da operação, a laparotomia, é feita como nos casos ordinarios, e com todos os cuidados de antisepsia; isto é, incisão de seis a nove centímetros na linha media, quatro a seis centímetros acima do pubis, e cinco a sete abaixo do umbigo; separação

de todos os tecidos até ao peritoneo, empregando-se pinças hemostaticas, tantas quantas as necessarias, para suspender a pequena hemorragia; abertura do peritoneo, quer com bisturi, quer com tesoura, pinçando-se os bordos do corte peritoneal, com o fim de os manter; em seguida a toilette peritoneal e costura, que pode ser n'um plano profundo e outro superficial.

Depois d'aberta a cavidade abdominal, introduz-se a mão atravez a abertura, e tomando o fundo do utero e approximando-o da abertura, introduz-se um fio de seda por meio da agulha de Reverdin, collocado longitudinalmente, e penetrando um pouco no tecido, no fundo do utero; este fio tem por fim puxar o utero para cima, e conservá-lo por detraz da parede abdominal. Os intestinos são repellidos para cima e para traz, por meio d'esponjas ou de compressas, embebidas n'uma solução fraca d'acido phenico.

Isto obtido procede-se á fixação do utero, que Terrier obtem como se segue: colloca tres grossos fios de catgut; um ao nivel da reunião do collo e do corpo, outro no meio do corpo e o ultimo perto do fundo do utero, e da maneira seguinte: passa cada

um dos fios atravez do labio esquerdo da abertura abdominal, poupando a pelle, e obliquamente da esquerda para a direita, que atravessam a espessura do tecido uterino, e vêm sahir no labio opposto da ferida, tendo o cuidado de poupar igualmente a pelle; colloca duas pinças nas extremidades de cada um dos fios, e ata-os caminhando de baixo para cima; em seguida tira o fio de seda collocado no fundo do utero, procede á sutura da cavidade abdominal, empregando na parte superior tres fios de prata, e inferiormente, ao nivel das suturas do utero, tres fios de crina de Florença, e colloca no angulo inferior da ferida um pequeno dreno.

Eis em resumo descripto o processo de Terrier para a hysterorrhaphia.

OBSERVAÇÃO V

PROLAPSO UTERINO COMPLETO ACOMPANHADO DE CYSTO
E RECTOCELE DEVIDO A RUPTURA DO PERINEO
E ALONGAMENTO DOS LIGAMENTOS SUSPENSORES DO UTERO

M. F. de J. 36 annos d'idade, casada, tecedeira é natural de Campanhã, entrou para o Hospital Geral de Santo Antonio, en-

fermaria n.º 6, Clinica Medica, no dia 11 de Fevereiro de 1889.

De temperamento lymphatico e constituição fraca, teve aos 16 annos febre typhoide, que lhe durou tres mezes, sendo então assistida pela primeira vez e continuando a sel-o sempre regularmente; aos 30 annos teve o primeiro filho, oito mezes depois um aborto; aos 31 annos novo parto e pouco depois um segundo aborto; o primeiro parto foi difficil, sendo necessario a intervenção do practico; resultou-lhe uma laceração do perineo, dores surdas na região lombar e uma sensação de pezo no baixo ventre, o que a reteve na cama mais de 30 dias, no fim dos quaes se sentiu um pouco melhorada; as dores lombares e a sensação do pezo, que persistiam attenuadas, accentuaram-se-lhe com o primeiro aborto; porem foi só depois do segundo aborto, que sentiu pela primeira vez a queda do utero, o qual lhe descia a principio até aos grandes labios, mas esse descimento foi-lhe augmentando, até que quando entrou para o Hospital o collo do utero sahia para fóra da vulva, quando a doente estava de pé.

O toque vaginal feito á doente, quer dei-

tada quer de pé, dava a existencia de dois tumores: um molle, situado atraz do pubis, cystocele, outro na parte posterior da vagina, rectocele, mas menos perceptivel que o primeiro; o collo do utero, na posição deitada, ficava entre os pequenos labios e era bastante molle, na posição de pé, sahia pela vulva.

A doente tinha vomitos, principalmente antes da entrada no hospital, e dôres lombares e sensação de peso no baixo ventre.

O dignissimo Professor de Clinica e director da enfermaria, depois de ter discutido os variados processos operatorios attinentes á cura do prolapso resolveu, attendendo aos bons resultados das laparotomias por elle praticadas, durante o presente anno lectivo, fazer a esta doente a hysterorrhaphia abdominal.

Seguiu o processo de Terrier, já descripto, usando de todas as precauções antisepticas, e no fim de tres quartos de hora tinha concluido a operação.

No dia da operação o estado geral da doente era bom, a temperatura e o pulso regulares.

No segundo dia appareceu-lhe tosse e um pouco de dyspnêa, tosse e dyspnêa,

que foi augmentando, até que no dia 1 de maio, a tosse já era acompanhada de escarros e a dyspnêa bastante accentuada; além d'isso notava-se a presença de saridos, na parte posterior dos dois pulmões, a temperatura elevada e cephalalgia.

No dia seguinte, devido á medicação empregada, a doente achava-se melhor da broncho-pneumonia, que foi o diagnostico feito; pois apesar da tosse, que determinava fortes contracções abdominaes, da falta de immobildade da doente, no dia 4 levantou-se-lhe o curativo e a cicatrização estava feita por primeira intensão; comtudo os pontos ficaram *in loco*, até ao dia 6, em que se verificou, que a cicatrização estava perfeita, e pelo toque vaginal observou-se, que o utero estava um pouco descido, talvez devido á compressão da ligadura, e o que originou alguns dias depois a desunião da cicatriz do plano superficial, dando sahida a liquido seroso e sangue, que se tinha accumulado entre o plano de sutura superficial e o de sutura profunda, que tinha cicatrizado por completo.

Esta pequena ferida foi diariamente lavada com uma solução d'acido phenico e coberta com o penso iodoformado.

Finalmente a doente sahiu no dia 12 de junho; porém n'um estado tal, que não sobrevirá muitos dias, devido á tuberculose, que principiou a manifestar-se desde principios de maio; mas com respeito ao prolapso podemos dizer que a doente estava curada.

E' com certeza um caso clinico, de que o conceituado Professor Dr. Azevedo Maia se póde ufanar.

Para concluirmos o nosso estudo, sobre as operações praticadas sobre o utero ou parte do utero no tratamento do prolapso, resta-nos fallar sobre as amputações do collo, que são principalmente empregadas quando os prolapsos veem complicados d'hypertrophias do collo, resultantes da marcha, esforços, etc.; e que para as bem avaliar é necessario, antes de tentar qualquer operação, submeter as doentes ao repouso durante algum tempo. As amputações do collo não podem, por si só, ser consideradas como tratamento do prolapso, mas sim como adjuvantes a um tratamento.

Como o alongamento hypertrophico do collo do utero se póde dar, ou na sua parte infra-vaginal, ou na supra-vaginal, resultam

duas operações para obstar a esta deformação, segundo Huguier, a amputação circular, nos casos d'hypertrophia infra-vaginal, e a amputação conoide na hypertrophia supra-vaginal.

Esta ultima é assaz perigosa, devido á visinhança do peritoneo e da bexiga, que podem ser lesados; o peritoneo quando se pratica o descolamento do fundo de sacco posterior, e a bexiga pelo descolamento do fundo de sacco anterior. Ainda mais, quer uma quer outra das amputações expõem ás hemorragias, á suppuração, cicatrisam lentamente e podem ser seguidas d'uma atresia cicatricial do collo.

A amputação infra-vaginal póde fazer-se ou por meio d'um instrumento cortante apropriado, ou pela ansa galvano-caustica.

D'um modo geral a amputação infra-vaginal do collo do utero, por instrumento cortante, faz-se, depois de ter desinfectado a cavidade vaginal, órgãos genitales externos e partes visinhas, com uma solução de qualquer liquido antiseptico e depois de ter collocada a doente no decubito dorsal e afastados os grandes labios, faz-se, tomando o collo do utero, que no prolapso está abaixa-

do, entre uma ou duas pinças e sem empregar força, e em seguida cortando-o.

Outr'ora cortava-se o collo, fazendo ao nivel da parede vaginal uma incisão circular, servindo-se de facas ou de tesouras, mas resultava uma grande hemorragia, que era suspendida quer com o ferro em braza, quer com tampões embebidos em perchloreto de ferro; operando-se assim nunca se obtinha cicatrização por primeira intenção; o côto apresentava uma fôrma irregular e sob a influencia dos germens as escaras corrompiam-se geralmente, dando grande numero de vezes logar á infecção, e ainda se destacavam facilmente, sobrevindo novas hemorragias.

Para evitar estes inconvenientes procuraram os operadores modernos um novo processo, que permittisse evitar as hemorragias durante a operação; o que se obtem pela laqueação mediata dos vasos e uma sutura regular ao nivel da ferida do focinho de tenca. Taes são os processos de Sims e Hegar. ¹

¹ Hegar e Kaltenbach-Gynecologia operatoria. pag. 378.

A amputação pela ansa galvanica tem sido executada por Spiegelberg, Gaunewald, Neugebauer e Trelat, que nos apresenta um caso, seguido de bom resultado, nos annaes de Gynecologia de Janeiro de 1889.

Spiegelberg emprega a bateria de Middeldorff com quatro elementos, para que a corrente não seja muito violenta, o que poderia facilmente romper o fio de platina. Colloca-se a ansa servindo-se quer da mão, quer d'um porta-fios curvo, segundo a profundidade a que se opéra: fixa-se o focinho de tenca por meio de tenaculos ou pinças e depois reduz-se a principio rapidamente as dimensões da ansa, afim de penetrar solidamente nos tecidos, e em seguida lentamente com o fim de assegurar a hemostase. Quando a doente sentir grande sensação de calor, injecta-se agua fria na vagina, mas sem interromper a corrente.

A amputação supra-vaginal do collo, feita segundo Hegar, é conforme a opinião de Gallard, Labbé, Gaillard Thomas e Trelat, a operação d'escolha para remediar ao alongamento da porção supra-vaginal.

Hegar pratica a amputação da maneira seguinte: Puxa para baixo a porção vaginal,

quer com uma pinça, quer com uma ansa de fio e faz uma incisão circular abaixo das inserções da parede vaginal, o que tem a vantagem, sobre o methodo de Huguier, de não abrir o fundo de sacco vaginal, nem o tecido cellular péri-uterino.

A partir da incisão circular e principian-do pela parte anterior, corta o tecido do collo obliquamente de baixo para cima e de fóra para dentro, para o canal cervical. Para bem apreciar a espessura dos tecidos, que tem de seccionar, introduz quer o dedo, quer uma sonda no canal cervical e toma, quando é possível, entre os dedos a parede anterior do canal; aberta a parte anterior do canal e quando a hemorragia é muito abundante, faz uma costura que comprehende a mucosa vaginal, por baixo de toda a superficie da ferida.

Se a hemorragia não é muito abundante, então continua sem interrupção a amputação sobre as partes lateral e posterior, quer com tesoura, quer com bisturi. O fragmento do collo amputado pode ser maior ou menor, segundo as indicações.

Faz a costura ou por meio de pequenas agulhas curvas, ou por meio d'agulhas ôcas,

quasi rectas, sendo auxiliado por meio de tenaculos, que fixam e abaixam a mucosa cervical.

Como tratamento consecutivo ás amputações do collo, applica-se quer uma atadura especial, quer tampões, depois de ter lavado, com uma solução antiseptica qualquer, a vagina e de a ter pulverisado com iodoformio.

*

* *

Para terminarmos o nosso estudo, breve e resumido, sobre os meios contentivos permanentes, que têm sido propostos para a cura radical do prolapso uterino, resta-nos fallar da operação de Alexander, encurtamento dos ligamentos redondos, e da qual diz Terrillon «...c'est lá un moyen infidèle et qui ne peut donner un resultat durable, que si vous faites en même temps une operation sur le vagin, dans le but de soutenir l'utérus lequel tend toujours á descendre et à tirailler les ligaments rendus trops faibles pour le soutenir.»

A operação de Alexander comprehende quatro tempos.

1.º tempo — Incisão da pelle e do tecido

cellular sub-cutaneo até á aponevrose do grande obliquo ; executa-se fazendo um corte de seis centímetros, que interesse a pelle e o tecido cellular sub-cutaneo, dirigido para fóra e quasi paralelo ao ligamento de Poupert, e partindo da espinha do pubis.

2.º tempo — Exame e investigação do orificio externo do canal inquinal e do ligamento redondo ; é n'este tempo da operação que é necessario proceder com muita prudencia e cautella, pois que os feixes dissociados do ligamento á sua sahida do canal, podem confundir-se com a gordura sub-cutanea. Depois de reconhecidos os ligamentos são fixados por meio de pinças.

3.º Tempo — Encurtamento e fixação do ligamento. Antes de praticar este tempo é necessario collocar o utero na posição normal, e depois, enquanto que o utero conserva essa posição, o cirurgião puxa simultaneamente os ligamentos dos dois lados ; dizem alguns cirurgiões, que essa tracção deve ser levada até seis centímetros e mais ; porém Terrillon levou essa tracção só a quatro centímetros e meio e pareceu-lhe sufficiente. Resta depois fixar os ligamentos ; para isso passa-se uma agulha com catgut, atravez d'um dos pilares

do orificio inguinal, depois atravez do ligamento redondo e do pilar opposto, bastando em geral dois pontos de sutura. A parte peripherica dos ligamentos redondos deve, segundo uns, ser cortada, segundo outros, dobrada e collocada adeante do orificio externo do canal inguinal; Terrillon é d'esta segunda opinião, e diz elle, é preferivel formar uma especie de rolha, que concorra a obliterar o orificio externo do canal e a servir de ponto d'apporto ao cordão, que se lhe segue.

4.º tempo — Sutura da pelle, que é feita com catgut; em geral colloca-se um pequeno dreno em cada extremidade da ferida e faz-se o penso iodoformado.

Terrillon aconselha, depois de feita a operação, manter o utero na nova posição, quer com um pessario, quer com um tampão, com o fim de diminuir a tracção exercida pelo utero sobre os ligamentos, e por consequencia sobre as costuras.

Em resumo, de todas as operações praticadas com o fim de curar o prolapso do utero, qual deve ser a preferida?

O conhecimento exacto do mechanismo anatomo-pathologico do prolapso, as suas complicações e os seus grãos numerosos e

variados, são a base mais segura para a escolha da operação; e assim, quando o perineo está lacerado, é indispensavel a perineorrhaphia; quando ha um alargamento da vagina, está indicada a colporrhaphia; quando o utero não está fixado na excavação pelvica é necessario collocal-o ahi e fixal-o — hysterorrhaphia; etc.

D'onde concluimos que, não se póde de um modo geral dar a preferencia a tal ou qual operação; e a nossa insufficiencia e falta de pratica não nos permite preferir um processo para a execução d'um qualquer methodo operatorio.

FIM

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — A parede superior da caixa do tympano é por vezes incompleta.

Physiologia. — Os alcaloides vegetaes são retidos pelo figado; sendo esta retenção proporcional á quantidade de materia glycogenica.

Materia medica. — O salycilato de mercurio não tem os inconvenientes das outras preparações hydragiricas.

Operações. — Nos casos de lacerações do perineo preferimos a *prineorrhaphia immediata*, excepto quando a laceração fôr muito extensa, ou quando a doente estiver muito enfraquecida.

Pathologia externa. — Julgamos indispensavel o emprego do hysterometro para o diagnostico do prolapso uterino.

Pathologia interna. — Na infecção palustre a temperatura começa a subir antes do calefrio.

Partos. — No prolapso uterino complicado de gravidez é indispensavel a redução e contenção immediatas do utero.

Pathologia geral. — O mechanismo dos fluxos collateraes explica as congestões supplementares derivadas da interrupção d'uma hyperhemia habitual.

Anatomia pathologica — As lesões hepaticas na eclampsia encontram-se frequentemente ao exame microscopico.

Medicina legal. — A ruptura das membranas não póde ser considerada por si só como um signal d'aborto provocado (criminal).

Visto.

A. Brandão.

Pode imprimir-se.

O DIRECTOR,

Visconde de Oliveira.