

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

N.º 1

Operação de Porro

OBSERVAÇÃO PESSOAL

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

DE

Antonio Ferreira da Silva Alegria

OUTUBRO DE 1901

106/1 EMB

PORTO
Officinas do «Commercio do Porto»
108—Rua do «Commercio do Porto»—112

1901

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

Antonio Joaquim de Moraes Caldas

LENTE SECRETARIO

CLEMENTE JOAQUIM DOS SANTOS PINTO

CORPO DOCENTE

LENTES CATHEDRATICOS

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva e geral.....	Carlos Alberto de Lima.
2. ^a Cadeira—Physiologia.....	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica.....	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa.....	Antonio J. de Moraes Caldas. Clemente J. dos Santos Pinto.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria.....	
6. ^a Cadeira—Partos, doencas das mulheres de parto e dos recém-nascidos.....	Candido Augusto C. de Pinho.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna.....	Antonio de Oliveira Monteiro. Antonio de Azevedo Maia.
8. ^a Cadeira—Clinica medica.....	Roberto B. do Rosario Frias.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica.....	Augusto H. d'Almeida Brandão.
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica.....	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
11. ^a Cadeira—Medicina legal e toxicologia.....	
12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semeiotica e historia da medicina.....	Alberto Pereira Pinto d'Aguiar. João Lopes da Silva M. Junior.
13. ^a Cadeira—Hygiene privada e publica.....	Nuno Freire Dias Salgueiro.
Pharmacia.....	

LENTES JUBILADOS

Secção medica.....	{ José de Andrade Gramaxo. Dr. José Carlos Lopes.
Secção cirurgica.....	{ Pedro Augusto Dias. Dr. Agostinho A. do Souto.

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica.....	{ José Dias d'Almeida Junior. Vaga.
Secção cirurgica.....	{ Luiz de Freitas Viegas. Vaga.

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica.....	Vaga.
-----------------------	-------

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciada nas proposições.

(Regulamento da Escola, de 23 d'abril de 1840, artigo 155.º)

Na prática obstetrica é de regra a normalidade da parturição, pelas vias naturaes, com ou sem auxilio de intervenções chirurgicas. Mas indicações apparecem por vezes, ainda que em numero restricto, exigentes da laparo-hysterotomia abdominal para a extracção do feto vivo ou até do feto morto e a dequitação complementar. É a esta operação de partos, recurso as mais das vezes final do clinico que não póde symphiseotomisar ou, consultado a tempo, não quiç proceder ao parto prematuro artificial, a que é dado o nome de operação cesariana conservadora.

O trabalho a que, com modestos intuitos de querer fazer obra sobre um caso clinico nas enfermarias por mim observado, me entrego n'este livro, que a praxe academica obriga a escrever, foi-me suggestionado pelo resultado excellente de uma intervenção d'esta natureza que, na sala de partos, pelo Exc.^{mo} Snr. Dr. Candido de Pinho, primorosamente foi levada a cabo no correr do anno lectivo findo.

HISTORIA

A operação cesariana começou por ser praticada nas mulheres que morriam grávidas. Uma lei de Numa Pompilius prohibia que uma mulher morta durante o período de gravidez, fosse enterrada sem que lhe tivessem aberto o abdomen e extrahido o feto.

A religião christã, com o fim de baptisar o feto que vae morrer com a mãe, prescreve esta operação *in extremis*, e permite aos padres pratical-a.

Não se sabe, ácerca da primeira operação cesariana em mulher viva, mais do que o ter sido feita entre o século xv e xvi.

Em 1581 apparece o primeiro trabalho sério sobre o assumpto, e n'elle Rousset pretende mostrar que a operação não é sempre mortal. Apesar do valor da affirmativa, a massa dos parteiros da epocha, pela consideração de que a marcha post-operatoria é irreductivelmente mortal, proscreve-a e fulmina-a como de necessario abandono cirurgico.

De 1704 a 1788 medra o numero dos sectarios, mercê da pertinacia evangelisante de Auleau, Simon, Delamotte, Levret, Deleurance e Lauverjat. Entre elles abrem-se discussões sobre a direcção e a technica que ha-de se-

guir-se no costural das incisões parieto-abdominaes, mas não se pensa ainda em suturas do musculo uterino. Uns seguem Lauverjat e cortam o utero transversalmente ao fundo; outros vão com Fevret e incisam em paralleliquo com a linha mediana. Alguns só fazem a operação, e n'este grupo pontifica Mauriceau, quando a mulher está morta.

A symphiseotomia nasce e mesmo é dizer que está rasgado largo campo a deblaterações ardentes e continuadas entre Sigaultistas e cesarianistas, propagadas ainda mesmo até aos nossos dias com similar calôr de discussão.

Baudelocque põe toda a sua authoridade scientifica ao serviço dos partidarios da hysterotomia, antepondo-a ás outras intervenções em circumstancias irmãs de indicação, e golpeia sobre a linha média.

A despeito de todos os aperfeiçoamentos realisados, a operação cesariana fica relegada por quantiosos annos á condição de operação excepcional, das que constituiram um attestado de impotencia curativa e são o opprobrio do cirurgião e de 1799 a 1877 não ha operada em Paris que escape. Curam se algumas no campo, mas a estatistica da lethalidade materna mantem-se subida, entre 60 a 80 por cento, provindo a morte de septicemias supervenientes. E sabe Deus o estado em que ficavam as que se restabeleciã. Nunca a reunião da ferida se fez por primeira intenção, e isto dava causa a adherencias do utero com os intestinos, a soldaduras da ferida uterina com a parede abdominal, a fistulas estercoreaes, etc.

No segundo e terceiro quartel do seculo xix é que apparecem operadores que suturam a parede uterina e deixam a costura na cavidade abdominal; estas suturas eram feitas com sêda, crina, fio de prata, fio de ferro ou cat-

gut, consoante successivamente os varios adeptos. Alguns operadores pretendem deixar fóra, através da ferida abdominal, uma ou ambas as pontas dos fios suturadores, para que estes podessem ser tirados em occasião opportuna. E' de Tarnier a ideia de introduzir as pontas de cada fio a um *trocant* fino e amarrar por meio de um travessão as pontas assim reunidas.

Até 1876 a mortalidade pela operação cesariana é muito elevada, como acima deixamos dito. Por esta epoca Porro, pratica com grande successo a operação cesariana e a que mais tarde e ainda hoje conserva o seu nome.

Em França os operadores conseguem iguaes successos; mas Champetier e Gueniot mostram que isso é devido não ao modo de operar, mas sim aos cuidados de uma rigorosa antiseptia.

A partir d'esta epoca o prognostico da operação cesariana melhora mais e mais á medida que se vai aperfeiçãoando o methodo antiseptico.

Vem a asepsia e Leopold e Sãnger mostram quantos resultados maravilhosos se conseguem com a operação cesariana.

INDICAÇÕES

São tres as operações que se tem querido pôr em parallelo: o *parto prematuro artificial*, a *symphiseotomia* e a *operação cesariana*.

O *parto prematuro artificial* tem uma applicação pouco notavel em numero, por via de que prende necessariamente com a viabilidade do feto, reconhecida como precaria nos 6.º, 7.º e 8.º mez da prenhez, apesar da valiosa descoberta das *couveuses* e do perfeito acabamento moderno das maternidades modêlos. Além do que só é indicado para bacias cujo diametro promonto-pubico minimo não exceda a medida de 85 millimetros, se bem que n'alguns apertos inferiores tenham sido obtidos resultados bons.

Mas a percentagem dos nado-mortos e dos que morrem nos dias subsequentes á operação, e que é nulla nas bacias de diametro superior a 100 millimetros, vae augmentando successivamente até chegar a 84 millimetros nos diametros superiores a 70 millimetros.

Dentro de certos limites, tem-se discutido qual operação deve ser eleita de preferencia entre a *symphiseotomia* e a *operação cesariana*.

Escrevi *em certos limites* porque, n'uma bacia com diametro minimo inferior a 60 millimetros, está naturalmente indicada a operação cesariana.

As discussões dos auctores têm sido travadas com o fito dominante, em regra, de fazer nome, justificar a sua conducta e mesmo fazer escola. Assim, os allemães fazem operações cesarianas em bacias cujo diametro, para os francezes, só indica a symphiseotomia.

Sendo a symphiseotomia uma operação muito mais simples que a operação cesariana, as estatisticas mostram para aquella uma mortalidade das mães maior do que para esta.

Eu penso que só ao parteiro experimentado e conhecedor das consequencias das varias operações, é dado julgar nas circumstancias muito variaveis do momento em que tem de intervir e escolher com consciencia o modo por que deve intervir.

As circumstancias variam logo conforme se tem de intervir n'um hospital ou na clinica particular.

Depois vêem outras; não só ha a attender á exiguidade do diametro minimo, mas ás deformações da bacia e ás relações dos seus diametros provaveis da cabeça do feto.

O parteiro, tem de procurar salvar a mãe e o filho, mas deve olhar sempre como mais preciosa a vida da mãe.

Tenho até este momento considerado apenas o caso da mulher viva cujo utero, feita a extracção, se sutura e se abandona assim cerzido na cavidade abdominal—*operação cesariana conservadora*.

Mas a laparo-hysterotomia faz-se tambem na mulher morta, immediatamente ao momento final e tem então o nome de *operação cesariana propriamente dita* e, applicada na grávida com vida, pôde ser acompanhada após a retirada do feto da amputação do utero com integridade do collo, ganhando então o nome de *operação de Porro*.

TECHNICA OPERATORIA

A operação cesariana conservadora e a operação de Porro têm tempos communs, que são os primeiros, e tempos especiaes a cada uma, que correspondem a cirurgias especiaes tambem.

Operação cesariana.

Ha precauções a tomar e que se podem dividir em precauções de ordem geral, nas quaes se incluem as referentes ao operador e aos ajudantes, e precauções que dizem respeito a quem vae ser operado.

I. Precauções geraes.

Bons ajudantes, nunca menos de dois, nem mais de cinco.

Bom chloroformio para a anesthesia.

Grande quantidade de agua fervida, quente e fria.

Soluções e acido phenico e de bichloreto de mercurio.

Artigos para pensos, como gazes e algodões, que tenham sido esterilizados.

Uma compressa larga de flanelle para dar duas voltas ao abdomen.

Pelotas de algodão e esponjas, conservadas em líquidos anti-septicos quentes e que só na occasião de servir-se serão expremidos por um ajudante cuidadoso e attento.

Sedas e catguts grossos e resistentes, que mereçam plena confiança.

Gazes seccas quentes.

Ergotina preparada para injeccões hypodermicas.

Sôro artificial.

O quarto da operação deve estar rigorosamente aséptico e conservado a uma temperatura que oscille entre 18 a 20 grãos.

O arsenal cirurgico comprehende:

bisturis, 2;

pinças hemortaticas ordinarias, 20 a 30;

pinças longas e fortes, 2 rectas e 2 curvas;

tesouras fortes, 1;

uma agulha longa e curva com cabo;

uma agulha Reverdim bastante curva;

um jogo de agulhas médias e grossas, redondas;

um porta-agulhas;

uma sonda canula;

meio metro de tubo de caoutchouc;

cavilhas d'aço compridas, 4;

uma curetta;

um thermocauterio;

uma seringa Pravaz;

um apparelho de pressão continua para injeccão hypodermica de sôro physiologico;

uma sonda vesical.

Os ajudantes devem curar de fazer uma asepsia perfeita.

II. Precauções com a doente.

Variam com ser a operação feita urgentemente ou não.

A) *Vespera do dia da operação.*

Barbeia-se o monte de Venus.

Administra-se á mulher um clyster.

Faz-se-lhe a desinfecção da vagina, na qual depois se introduz um tampão anti-septico e cobre-se com compressas asepticas.

B) *Dia da operação.*

Um clyster pela manhã. No momento que precede a operação, lavagem com escova e sabão do abdomen, órgãos genitales externos e vagina.

Uma lavagem da bexiga com agua borica.

As pernas da mulher envolvem-se em flanela, solta ou talhada em calças.

Qualquer mesa que dê commodidade ao operador poderá servir depois de coberta com lençoes que foram lavados em barrella, ou melhor, esterilizados.

Antes de começar a operação é preciso esvasiar a bexiga.

Se a operação é de urgencia vê-se pelo enunciado que precauções podem ser tomadas.

III. Technica.

Esta operação divide-se em 7 tempos:

- 1) Incisão da parede abdominal;
- 2) » do peritoneo;
- 3) » » utero;

- 4) Extracção do feto;
- 5) » das secundinas;
- 6) Sutura da ferida do utero;
- 7) Sutura da ferida abdominal.

1) *Incisão da parede abdominal.*

Depois de, com a sonda vesical, ter reconhecido onde fica o fundo da bexiga e de ter assim marcado o limite inferior da incisão, começa-se a incisão abaixo do umbigo até quatro centímetros acima da symphise. A incisão é feita segundo a linha média e deve ter 15 a 18 centímetros para permittir que passe a cabeça do feto.

Os vasos vão sendo pinçados á medida que vão apparecendo e os ajudantes téem de conservar sempre a incisão estanque por meio de pelotas.

2) *Incisão do peritoneo.*

Levanta-se o peritoneo com uma pinça, faz-se um pequeno orificio por onde passa a sonda canula e sobre esta é que se faz a incisão do peritoneo.

Applicam-se duas pinças no peritoneo, para evitar que escape. O utero herniado applica-se bem contra os bordos da incisão, sobre os quaes os ajudantes se encarregam de collocar compressas asepticas, dos lados, no fundo do sacco anterior do peritoneo e na extremidade superior da incisão, para evitar que os intestinos e o peritoneo saiam quando o utero se fôr esvasiando.

Se o feto está vivo não mette receios a entrada de liquido amniotico na cavidade peritoneal; mas se o feto está macerado, ou o ovo aberto ha muitos dias, é preciso evitar que corram liquidos para o peritoneo e é aqui então que os ajudantes devem pôr o maximo de attenção e pericia.

3) *Incisão do utero.*

Procura-se levar o utero á linha média e com apalpação leve, para não o excitar, vae-se reconhecer a situação da placenta, a fim de não cahir sobre ella com o bisturi, se fôr possível.

Faz-se um pequeno golpe tanto mais rente da linha média quanto possível, para evitar que sendo proximo dos ligamentos largos a incisão possa interessar algum vaso e produzir assim hemorragias impertinentes.

Introduz-se o index n'esta abertura e, com a tesoura, tendo por guia o dedo, prolonga-se a incisão até que ella tenha pouco mais ou menos 16 centímetros, capazes de darem passagem á cabeça do feto.

É preciso muito cuidado em não interessar o segmento inferior do utero, nem lesar a bexiga.

Este tempo deve ser feito depressa, sem se incommodar com o sangue, que n'este momento é abundante.

Se por infelicidade a incisão cahir sobre a placenta, nada ha mais que fazer do que cortar-a francamente.

4) *Extracção do feto.*

○ ovo pôde ter sido aberto, contra vontade do operador, quando se incisava a parede uterina.

No caso que o ovo esteja intacto, depois da abertura do utero, as membranas prolapsam entre os labios da incisão; a abertura do ovo n'estas condições, consiste só na rutura das membranas.

A extracção do feto faz-se pela parte do corpo que se apresenta. Se antes, pela palpação, se reconheceu bem a posição, ha modos de intervir differentemente; assim, se a cabeça se encontra na parte superior, podemos começar por esta parte do corpo; se não procura-se um dos

pés e faz-se a extracção como se se procedesse á liberaçãõ do feto depois da versãõ por manobras internas.

Algumas vezes a cabeça ultima não passa pela abertura uterina e então temos de fazer pequenas tracções, applicando os dedos de uma das mãos na bôcca e os da outra nõo no pescoço do feto. Ainda assim, n'alguns casos, a abertura não é sufficiente e ha então que prolongal-a, de preferencia para a parte do fundo do utero.

Geralmente as tracções moderadas exercidas na cabeça bastam para augmentar a incisãõ.

Extrahido o feto, pinça-se e corta-se o cordão rapidamente; basta uma pinça na porção do cordão que fica ligada ao feto, embora alguns operadores usem seccionar o cordão entre duas pinças.

O feto é entregue a quem coube o cargo de o reanimar, porque geralmente o feto vem em estado de morte apparente.

Se a hemorrhagia fôr volumosa, um dos ajudantes, com uma das mãos, apertará circularmente a parte inferior do utero, fazendo assim uma especie de laço hemostatico.

Uma precauçãõ a tomar de grande alcance no prognostico, é evitar, com compressas de gaze quente e aseptica guarnecendo os bordos da incisãõ uterina, que estes sejam contaminados, começando a putrefazer-se.

Ha quem systematicamente não rompa a placenta, quando esta se encontra sobre a incisãõ do utero, e tratam então de descolal-a pouco a pouco até á sua margem, para só ahi romper o ovo. Esta prática não é das melhores, porque exige bastante tempo, quando é imposiçãõ operar depressa.

5) *Extracção das secundinas.*

O utero retrahese depois da extracção do feto e geralmente descola a placenta que vem apresentar-se ao nivel da ferida. Se a placenta se não descolou, temos de a descolar e esvasiar o utero completamente.

Um ajudante faz correr agua fervida quente, a 45 graus, pelo utero, para sustar a hemorrhagia; se isso não bastar, emprega-se uma injecção hypodermica de ergotina; e se ainda, apesar da injecção, a hemorrhagia persistir, podemos servir-nos de uma tira larga de gaze, que se enrolará em volta do segmento inferior do utero, torcendo-a á maneira de um garrote (Säeger), o que, segundo Potocki, produz menos a inercia uterina do que a applicação do tubo de caoutchouc. Em ultimo recurso, teremos de recorrer á operacção de Porro.

A hemorrhagia é abundante; faz-se mister não proceder precipitadamente e usar de todos os meios hemostaticos ao nosso alcance postos pela therapeutica.

Na maior parte dos casos a hemorrhagia suspendese depois da sutura uterina.

6) *Sutura da ferida uterina.*

É feita em dois planos, um profundo e outro superficial.

A sutura profunda faz-se com uma agulha grande curva montada, ou com uma agulha de Reverdim.

A agulha deve entrar um centimetro a dois por fora do bordo da incisão e sahir ao nivel ou pouco acima da camada mucosa, isto é não deve entrar na cavidade uterina; em seguida fura em sentido contrario o labio opposto, ao mesmo nivel em que sahiu do outro labio e vem sahir na face anterior do utero a uma distancia da ferida que deve oscillar igualmente entre um e dois centimetros.

Fazem-se assim oito ou mais pontos.

A sêda para esta sutura deve ser grossa bastante e os fios de cada ponto são seguros dois a dois com uma pinça, porque os nós só se darão depois de todos os fios passados.

O primeiro ponto deve ser dado um centimetro acima da extremidade superior da incisão.

A sutura superficial consta de pontos passados nos intervallos dos pontos da primeira. Estes pontos fazem-se com catgut ou sêda fina e são em numero de dois ou tres em cada intervallo.

Esta sutura deve ser feita de modo que os bordos do peritoneo fiquem bem em contacto para mais rapidamente se fechar a ferida uterina.

N'esta costura podemos suturar sómente o peritoneo de um e outro lado da ferida ou comprehendermos na sutura parte da camada muscular.

Apertadas as suturas retira-se a mão ou o tubo de caoutchouc, se fôr preciso recorrer a elles.

Reconhece-se facilmente se a hemorragia se susteve depois das suturas, pesquisando se o utero augmenta ou não de volume.

Se o utero não augmenta de volume a hemorragia parou.

Se, pelo contrario, o utero augmenta de volume ha hemorragia intensa; é preciso então malaxar o utero para fazer sahir os coagulos pela vagina, dar uma irrigação intra-uterina quente e, se necessario fôr, uma injeção hypodermica de ergotina.

Rarissimas vezes depois das suturas a inercia continua e por isso a hemorragia raras vezes tambem obriga a recorrer á operação de Porro.

Durante este tempo o utero deve ter estado envolvido em compressas quentes para evitar o seu arrefecimento.

7) *Sutura da ferida abdominal.*

Antes de se proceder á sutura da parede abdominal temos de fazer a *toilette* do peritoneo, que é simples se durante a operação não houve derramamento de liquidos na cavidade peritoneal. Se, pelo contrario, correu para a cavidade peritoneal sangue ou liquido amniotico, é preciso pôr todo o cuidado em esvasial-a bem, não esquecendo que estes liquidos estagnam geralmente no fundo de sacco de Douglas e no fundo de sacco vesico-uterino.

A sutura da parede abdominal, em nada differe da sutura das outras laparotomias, e pôde ser feita n'um plano só, em que cada ponto comprehende a pelle, os musculos, as aponevroses e o peritoneo; ou em tres planos, suturando com o primeiro o peritoneo, com o segundo a camada musculo fibrinosa e com o terceiro a pelle.

O penso da ferida abdominal nada apresenta de extraordinario; sobre a incisão lança-se iodoformio, banido por alguns que de resto não empregam antiseptico nenhum, e sobre o iodoformio gaze iodofomada e algodão hydrophilo.

Envolve-se o abdomen com uma tira larga de flanella para sustentar o penso.

O tratamento consecutivo consiste na applicação de bebidas geladas nos primeiros dias e, no caso de dôres, de injecções de morphina.

Outros cuidados dependem da condição symptomatologica que se amostrar.

Nos casos felizes os pontos da sutura tiram-se no decimo dia e a operada pôde levantar-se ahi pelas alturas do vegesimo.

As complicações graves são: a hemorragia e a peritonite.

A hemorragia filia-se geralmente nas suturas mal feitas e obriga a abrir novamente a sutura abdominal, a desembaraçar o utero dos coagulos sanguineos, a fazer novas suturas ou então a recorrer á operação de Porro.

Estes meios extremos applicam-se quando os meios ordinarios (gêlo sobre o ventre, injeccões de ergotina) não deram resultado.

A operação cesariana em mulher muribunda exige a mesma technica operatoria da que é expressa para a mulher em estado geral bom.

A operação em mulher morta tem por regra basilar a rapidez do trabalho cirurgico e indemenidade do feto. N'este caso não se faz necessario mais que um bisturi para os golpes.

E' muito raro salvarem-se creanças n'estas condições, porque o feto soffre em pleno todas as consequencias toxicas do periodo asphyxico, que precede a morte da mãe.

Ha algumas probabilidades de salvar o feto no caso de morte subita da mãe, olhado o subitaneo pelo lado clinico e quando concorrentemente a assistencia medica não tarda a estabelecer-se.

OPERAÇÃO DE PORRO

Esta operação é cesariana propriamente dita, até ao tempo da sutura uterina, exclusivê, e vae buscar depois d'ahi á gynecologia os tempos ultimos da hysterectomia parcial abdominal.

INDICAÇÕES

As indicações são as mesmas da operação cesariana, com a suspeita a accrescer de que o utero esteja infectado e o reconhecimento de que a hemorragia se não suste depois da sutura uterina e depois de applicados os meios ao nosso alcance, na therapeutica hemostatica.

Ha outras indicações, mas de ordem moral, que podem influir no espirito do operador.

TECHNICA OPERATORIA

As precauções a tomar, quer com o local da operação, quer com a operada, operador, ajudantes, instrumentos e pensos, são as mesmas que para a operação cesariana, já descripta.

Os instrumentos são todos os enumerados atraz, e d'elles são especiaes a esta operação: o tubo de caoutchouc, as cavilhas e o termo-cauterio.

Incluimol-os nos instrumentos indispensaveis á prática da operação cesariana, porque, quando se dá comêço a esta operação, não se sabe de inicio aonde nos levarão as indicações ulteriores que nos podem apparecer no decorrer da laparo-hysterotomia.

São seis os tempos em que se divide esta operação, como a anterior.

Os tres primeiros tempos quasi nada variam dos tres primeiros da operação cesariana conservadora, mas esse pouco de variabilidade procurarei descrevel-o com a sua technica especial, se a houver, á medida que fôr passando por cada um d'elles.

Os tempos são:

1.º—Incisão da parede abdominal.

2.º—Incisão do utero.

3.º—Extracção do feto.

4.º—Amputação do utero.

5.º—Tratamento do pediculo uterino.

6.º—Sutura da parede abdominal.

1) *Incisão da parede abdominal.*

Aqui reproduz se ou muda a technica consoante respectivamente se pretende incisar o utero dentro da cavidade abdominal ou fóra, isto é, depois de o ter propelido para fóra do abdomen.

No primeiro caso, isto é, quando se incisa o utero no seu lugar, a technica é a mesma, que na operação conservadora, e o comprimento da incisão varia igualmente entre 15 e 18 centímetros.

No segundo caso temos de prolongar a incisão até proximamente ao nivel do fundo do utero, para que este, impellido para deante, por uma das mãos do operador collocada no fundo, logre atravessar a solução de continuidade parieto-abdominal, cujos bordos devem, na occasião das tracções uterinas, ser desviados ao maximo por um ajudante.

O mesmo ajudante terá de aproximar os labios da incisão, depois do utero sahido, de modo que elles apertem a parte inferior d'este orgão.

A parte inferior do utero deve ser cercada de gaze, de forma que nada possa penetrar na cavidade peritoneal.

2) *Incisão do utero.*

Aqui a incisão pôde ser feita com maior rapidez e

menos cuidado, porque nos dispensamos desde logo de pensar na sutura.

A incisão deve ser sufficientemente comprida para permittir que se extraiha o feto, facil e rapidamente.

É preciso ter por norma presente não prolongar a incisão muito para o segmento inferior, por uma razão que se impõe e é bem de vêr.

3) *Extracção do feto.*

Aqui é importante o papel de ajudante, por que a extracção é mais rapida, vista a maior extensão da incisão.

O ajudante tem de velar, durante o esvaziamento rapido do utero, porque não penetre liquido algum na cavidade peritoneal e com esse intuito tem de conservar sempre os labios da ferida abdominal bem guarnecidos de compressas e encostados ao segmento inferior.

Depois de extrahido o feto, não temos que importarnos com a placenta.

Applica-se a seguir, então, um laço no utero, o mais perto possivel do collo, que é o tubo de caoutchouc; aperta-se com força, dando algumas voltas com elle, cruzam-se as pontas e fixam-se com uma pinça forte.

É preciso ter cuidado em não apanhar no laço a bexiga ou alguma ansa do intestino.

Este laço póde ser collocado logo definitivamente e para isso concorre a pericia do operador; mas não o sendo, colloca-se então outro definitivamente por debaixo do primeiro.

4) *Amputação do utero.*

Depois de se verificar que a hemostase é definitiva, secciona-se o utero dois dedos acima do laço, separando-o assim do segmento inferior.

Os annexos seccionam-se separadamente depois da laqueação, se fôr necessario.

5) *Tratamento do pediculo*

Depois de seccionado o utero e de nos termos assegurado de que a hemostase é perfeita e duradoura, passam-se duas cavilhas atravessando em cruz o pediculo por cima do tubo de caoutchouc, que faz a hemostase.

Estas cavilhas têm por fim suster o pediculo acima da ferida abdominal e que o laço hemostatico não escape.

Depois de seguro o pediculo com as cavilhas, temos que diminuir-lhe a superficie ao minimo possível. Com uma tesoura e uma pinça de dissecação, vae-se cortando, tanto quanto possível, a mucosa que faz hernia, no centro, e chanfra-se em parte a superficie sangrenta, da periferia para o centro, em toda a volta, ficando esta superficie como afunilada.

Temos agora a *toilette* do pediculo e que consta da cauterisação da superficie que foi aparada, com o termo-cauterio ou chloreto de zinco.

Ha quem use applicar as cavilhas só depois da *toilette* do coto uterino, mas Potocki, com judiciosas considerações, aconselha o processo que expozemos.

6) *Sutura da parede abdominal.*

Esta sutura pôde ter sido feita antes do tempo anterior e urge assim proceder-se quando o utero esteja infectado, para se evitar assim melhor que o peritoneo se infeccione.

A sutura é como as suturas das outras laparatomias em dois planos, só differindo em que atravez da ferida abdominal passa o pediculo que se prendeu com alguns pontos, por baixo das cavilhas, aos bordos da incisão do abdomen.

O penso da ferida abdominal faz-se com iodoformio, gaze e algodão aseptico.

O penso do pediculo exige um pouco mais de cuidado e therapeutica differente.

Em volta do pediculo colloca-se gaze iodoformada bem apertada, e o coto pulvilha-se com tanino, iodoformio e acido salycilico em partes iguaes.

O pediculo gangrena, sendo a gangrena humida ou secca. Esta ultima está bem de vêr que é a preferivel, porque o coto secca sem dar exsudação alguma.

Aussi est il possible qu' on ne soit obligé de renouveler le pensement sans y toucher tant qu'il ne sera pas traversé par des liquides, ou tant qu' un état fébrile n'indiquerait, par la possibilité d'un complication locale. Dans le cas où le moignon, restant humide, secreterait des liquide en assez grande abondance pour que les pièces au pansement en soient traversées, on détacherait aux ciseaux les parties ramollies et putréfiées du pedicule. (Potocki).

Os pontos da sutura abdominal são tirados ahi pelo oitavo dia, depois do da operação.

Os pontos que ligam o pediculo á parede abdominal, tiram-se passados mais 3 ou 4 dias.

O pediculo cahe geralmente cerca do vigesimo dia, deixando no fundo de uma pequena cavidade uma superficie granulosa e que demora a cicatrizar. Esta superficie só fecha durante a sexta ou setima semana depois da operação.

PROGNOSTICO

Operação cesariana conservadora.

Devemos considerar o prognostico relativo á mãe e ao filho.

O prognostico differe segundo as condições em que se opéra. As operações feitas urgentemente, por se achar compromettida a vida, quer da mãe, quer do feto, e as operações em logares não apropriados, como os hospitaes ou maternidades, que são casas creadas com todos os recursos e pessoal habilitado para estas intervessões cirurgica e de qualquer outra ordem, dão uma letalidade muito maior do que n'outras condições oppostas.

As estatisticas variam; assim, a de Leopold, mostra de 76 operadas 7 mães mortas, isto é, uma percentagem de 9,21; a de Reynold, de 22 operadas, nenhuma morreu; a de Zweifel, de 76 operadas, morreu 1, isto é, 1,3 por cento; a de Bar, dá uma morta em 111 operadas; a de Charles, em 10 operadas, não mostra desastre algum; a de Braun, de 34 operadas, apresenta 4 mortes (11,7 por cento).

Esta variante de percentagem é naturalmente devida ás condições em que cada um opéra.

Quanto ao prognostico relativo ao feto, os mesmos

operadores dão as percentagens seguintes: Leopold, 5 mortes no mesmo numero de operações expostas acima (letalidade 6,57 por cento); Reynold, não apresenta decesso algum; Zweifel, nada diz quanto aos filhos das suas operadas; Bar, nos seus 14 casos, diz que escaparam os filhos todos; Charles, assim como mostra 0 de letalidade materna, o mesmo apresenta para letalidade dos filhos; Bar, nos seus 14 casos, apresenta 0 de mortalidade fetal.

Por aqui vêmos que a operação cesariana conservadora é mais favoravel ao feto do que á mãe, não sendo, comtudo, a mortalidade d'estas assustadora, antes anima a continuar, porque successivamente a technica operatoria irá melhorando e assim irá diminuindo a percentagem da letalidade.

Direi algumas palavras, ou antes, apresentarei algumas estatisticas, em que se mostre a influencia da operação nas gravidezes futuras.

Zweifel, operou 5 mulheres pela segunda vez e 2 pela terceira; nenhuma morreu e dos filhos, só morreu 1 de uma das operadas pela terceira vez.

Haak e Leopold operaram uma quatro vezes, outra tres vezes, e onze pela segunda vez; e dão 0 de letalidade tanto materna como filial.

Isto demonstra bem que a operação cesariana não tem, na hora actual, influencia prejudicial sobre as gravidezes e operações futuras.

Digo acima na hora actual, porque, no tempo em que se não pensava em suturar o utero, as ruturas uterinas eram quasi a regra. As ruturas davam-se, ora durante a gravidez mesmo, ora durante o trabalho.

Operação de Porro.

Truzzi, em uma estatistica publicada em 1890, apre-

senta 56 operações, de que se curaram 37 mulheres e morreram 19, ou 39,9 por cento; mas entram n'este numero 12 mulheres, que foram operadas em estado desesperado e, se lhe descontarmos estas 12 infelizes, temos que a percentagem baixa a 15,9.

Leopold e Breisky mostram que, das suas 18 operadas, nenhuma falleceu.

Os 55 casos reunidos por Demelin, dão 23 por cento de mortalidade materna e 50 por cento de mortalidade fetal. Mas o prognostico tem successivamente melhorado, conforme se tem vindo para a epocha actual. Assim, em 1890, a mortalidade proveniente da operação de Porro, era de 20 por cento, e em 1893 baixou a 10 por cento.

As estatisticas nada nos dizem do resultado d'esta operação, relativamente ao feto.

Do que fica exposto, concluo que os resultados, já hoje muito satisfactorios, d'estas duas operações, irão successivamente melhorando, como irá melhorando a sua technica.

OBSERVAÇÃO

E. F., primipara, de 23 annos de idade, custureira, natural do Porto, entrou para a enfermaria de partos em 22 de maio, ás 3 horas e meia da tarde.

Tem os pais vivos e gosam saude, como sempre gosaram.

Foi amamentada até aos 12 mezes.

Andou bem até aos 11 annos, quando começou a soffrer de dôres nas pernas. Teve depois d'isto um accesso febril que a fez estar de cama por bastante tempo e quando se levantou para andar precisava de moletas. Tomou banhos de mar e melhorou, mas só ficou boa depois que sahiu do collegio, para onde tinha entrado aos 7 annos.

Foi menstruada pela primeira vez aos 12 annos e foi sempre regular, excepto no principio, que teve uma interrupção de 6 mezes.

Entrou como disse acima, no dia 22 de maio ás 3 e meia horas da tarde, com 277 dias decorridos depois da ultima menstruação, com 34 horas já de trabalho e a bolsa de aguas estava aberta já desde a vespera á tarde. Foi examinada pela enfermeira da casa, a snr.^a D. Maria,

que verificou haver procedencia do cordão e apresentação de espadaua esquerda *A I D.*, que era impossivel o parto normal e o feto estava morto.

Avisado o dignissimo professor, o snr. dr. Candido de Pinho, compareceu mais tarde com o dignissimo professor dr. Carlos Lima.

Foi feito o diganostico da bacia viciada e medidos os diametros, deram o seguinte resultado:

Promonto-pubico minimo.	o, ^m 065
Coccyx pubico.....	o ^m ,06
Do coccyx ao promontonio.....	o ^m ,063

As deformações da bacia eram extraordinarias, a ponto de não permittirem a introdução da mão na excavação, aonde só se introduziam dous dedos.

Foi resulvida a operação cesariana em vista do exposto.

Operou o professor dr. Candido de Pinho, auxiliado pelo professor dr. Carlos Lima, dr. Albuquerque e alumno Florido.

Descripção resumida da operação.

Incisão mediana da parede abdominal; tracção do utero para fóra da cavidade abdominal; incisão do utero no fundo; extracção do feto; laqueação dos vasos e secção dos anexos; collocação do laço; amputação do utero; sutura da parede abdominal.

Não se collocou o laço logo depois da extracção do feto, porque o utero ratrahiu-se em seguida e a hemorrhagia era muito pouco abundante.

O feto pesava 3^k,500. Segundo disse a mãe o feto deixou de se mecher, no caminho para o hospital.

O puerperio foi o mais normal possivel como deixa vêr o diario que segue:

Dias	Temperatura		Observações
	Manhã	Tarde	
Maio			
23	37,2	37,6	a doente está bem
24	36,9	37	»
25	37,3	37,2	»
26	37	37,8	»
27	37,5	36,8	»
28	37,4	37	»
29	36,6	37,2	
30	37,5	37	
31	36,6	36,5	
Junho			
1	37,1		
2	37,3	37,4	
3	37	36,8	
4	36,9	36,4	
5	36,8	36,4	
6	36,6	37	
7	36,9	36,5	
8	36,9	36,7	cahiu o pedicelo
9	36,8	37,1	
10	36,6	36,4	

A doente sahiu curada em 28 de julho de 1901.

Tenho-a visto algumas vezes e está como se nada fosse.

Satisfaço um sentimento, a que não posso resistir, deixando aqui gravada a minha gratidão ao illustrado corpo docente d'esta Escola e em especial aos

Ill.^{mos} e Ex.^{mos} Professores

Dr. Antonio Joaquim de Moraes Caldas

Dr. Antonio de Azevedo Maia

Dr. Candido Augusto C. de Pinho

Dr. Roberto B. do Rosario Frias

Dr. João Lopes da Silva M. Junior

Dr. Maximiano A. de Oliveira Lemos

Dr. Carlos Alberto de Lima

Dr. Clemente J. dos Santos Pinto.

PROPOSIÇÕES

Anatomia—A arcada crural não é formada de fibras proprias.

Physiologia—O desenvolvimento intellectual tem influencia no desenvolvimento dos órgãos sexuaes.

Therapeutica—No tratamento dos cancrios molles, empregarei as cauterisações com nitrato de prata e as lavagens com agua salgada.

Pathologia externa—As complicações das blennorrhagias são geralmente devidas á impericia na applicação do methodo de tratamento.

Operações—Em genecologia, prefiro a via vaginal, sempre que seja possivel, á via abdominal.

Pathologia interna—O signal de Kernig, por si só, não constitue elemento de grande valor no diagnostico da meningite cerebrospinal.

Partos—O parto prematuro artificial, a symphisiotomia e a operação cesariana, téem indicações especiaes.

Pathologia geral—A alimentação defeituosa, é o factor de maior importancia na etiologia morbida da primeira infancia.

Medicina legal—As autopsias nem sempre nos dão a razão da morte.

Hygiene—O estado sanitario de um povo, depende mais do grau da sua illustração, do que do legislador.

Anatomia pathologica—A característica anatomo-pathologica de um osso rachitico, é a irregularidade da linha de ossificação.

Visto.
O PRESIDENTE
Moraes Caldas.

Póde imprimir-se.
O DIRECTOR
Moraes Caldas.

