

N.º 12
BREVE ESTUDO

SOBRE A

HYSTERECTOMIA TOTAL

NOS

CASOS DE CARCINOMA UTERINO

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCÓLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

POR

João Casimiro Barbosa



PORTO

TYPOGRAPHIA DE ANTONIO JOSÉ DA SILVA TEIXEIRA

Rua da Cancellia Velha, 70

1900

100/12 ENC

Escola Medico-Cirurgica do Porto

DIRECTOR INTERINO

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE-SECRETARIO INTERINO

Clemente Joaquim dos Santos Pinto

CORPO DOCENTE

Lentes cathedaticos

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 1. ^a CADEIRA — Anatomia descriptiva e geral | João Pereira Dias Lebre. |
| 2. ^a CADEIRA — Physiologia | Antonio Placido da Costa. |
| 3. ^a CADEIRA — Historia natural dos medicamentos e materia medica | Illidio Ayres Pereira do Valle. |
| 4. ^a CADEIRA — Pathologia externa e therapeutica externa | Antonio J. de Moraes Caldas. |
| 5. ^a CADEIRA — Medicina operatoria. | Vaga. |
| 6. ^a CADEIRA — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos | Candido Augusto Corrêa de Pinho. |
| 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 | Roberto B. do Rosario Frias. |
| 10. ^a CADEIRA — Anatomia pathologica | Augusto H. d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a CADEIRA — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia | Vaga. |
| 12. ^a CADEIRA — Pathologia geral, semiologia e historia medica | Maximiano A. d'Oliveira Lemos. |
| Pharmacia | Nuno F. Dias Salgueiró. |

Lentes jubilados

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| Secção medica | { José d'Andrade Gramacho. |
| | { José Carlos Lopes. |
| Secção cirurgica | { Pedro Augusto Dias. |
| | { Dr. Agostinho Antonio do Souto. |

Lentes substitutos

- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| Secção medica | { João Lopes da S. Martins Junior. |
| | { Alberto Pereira d'Aguiar. |
| Secção cirurgica | { Clemente Joaquim dos S. Pinto. |
| | { Carlos Alberto de Lima. |

Lente demonstrador

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| Secção cirurgica | Luiz de Freitas Viegas. |
|----------------------------|-------------------------|

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

(REGULAMENTO DA ESCOLA, de 23 de abril de 1840, artigo 155.º).

A meus paes

À meu irmão Arnaldo

À minha irmã Ernesta

Á SAUDOSA MEMORIA

DE

MINHA IRMÃ

MARIA JULIA

Aos Ill.^{mos} e Exc.^{mos} Snrs.

Dr. Francisco de Sousa Oliveira

E

Dr. Antonio Ramos de Faria Magalhães

Aos Ill.^{mos} e Exc.^{mos} Snrs.

Dr. Domingos Agostinho de Sousa

Dr. João Manoel Corrêa

E

Dr. José Carlos Lopes Junior

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE

O ILL.^{mo} E EXC.^{mo} SNR.

Dr. Augusto Henrique d'Almeida Brandão

PROLOGO

RESPEITAVEIS MESTRES:—Sob a vossa sabia direcção terminei ha poucos dias o curso de medicina e cirurgia, um dos cursos superiores mais trabalhosos, de mais responsabilidade, mas tambem um dos mais nobres, pelos relevantes serviços que á sociedade prestam os que a elle se dedicam. Afim de exercer, porém, a honrosa profissão para que esse curso habilita, resta-me ainda submetter á vossa alta apreciação as theses cuja defeza fecha para os alumnos das Escólas Medico-Cirurgicas, segundo a legislação vigente, o cyclo da vida escolar.

Durante esse curso, sob o influxo do vosso verbo inspirado pela sciencia, muitos assumptos do mais palpitante interesse attrahiram a minha attenção. Todos elles, é certo, por assaz complexos, exigiam muito estudo, e uma longa e minuciosa observação, para serem devidamente tratados, mas a lei impunha-me o dever de escolher *um*, para thema da dissertação que me cumpria submeter á vossa illustrada consideração.

Tendo hesitado na escolha, seduziu-me, afinal, o importante capitulo de medicina operatoria que tem por titulo a *Hysterectomia*, e foi d'esse delicado assumpto que resolvi occupar-me n'este trabalho, não só pelo interesse que elle contém em si, mas ainda porque a hysterectomia permite, até certo ponto, aquilatar os immensos beneficios que para a humanidade têm resultado dos progressos feitos modernamente pelas sciencias medicas.

Não desconheço o pesado encargo que tomei sobre meus hombros.

Assumpto tão vasto exigiria, para ser condignamente tratado, muito tempo, profundos conhecimentos, e uma longa pratica. Se estes

predicados podessem ser suppridos pela boa vontade e pelo desejo que me anima de bem me desempenhar do dever que me é imposto, eu teria a certeza de ter feito um trabalho irreprehensivel e, a todos os respeitos, digno do alto conceito que me merecem os meus respeitaveis mestres e meus juizes. Mas, infelizmente, tal não succede. Tem por certo defeitos este meu trabalho, defeitos que o meu curto apprendizado e o pouco tempo de que posso dispôr, me não permitem corrigir. Apesar das imperfeições que possa conter, ousou submettel-o á benevola apreciação dos meus illustrados mestres, e, confiando no seu saber e na sua justa equidade, espero relevarão as deficiencias que n'este meu modesto trabalho se encontrem, e continuarão a dispensar-me a sua valiosissima protecção.

HISTORIA

Ha muitos annos que os gynecologistas têm dirigido a sua attenção, no estudo dos carcinomas uterinos, para a intervenção cirurgica, por terem reconhecido que, seja qual fôr o tratamento medico, a lesão vai progredindo successivamente, sem que se obtenha um unico caso de cura.

Foi ha mais de tres seculos que se praticou a primeira hysterectomia n'um caso de cancro do utero, e esta operação, apesar de ter sido tentada então por alguns cirurgiões, não póde deixar de ser considerada uma operação recente e inteiramente contemporanea, porque só na nossa época é que a sua indicação tem sido nitidamente formulada e o seu manual ope-

ratorio indicado d'uma maneira exacta e precisa.

A sua historia comprehende dois periodos: periodo antigo e periodo contemporaneo.

1.º O periodo antigo vai desde 1560 a 1878, e comprehende factos isolados e pouco numerosos.

2.º O periodo contemporaneo vai desde 1878 até hoje, no qual a operação se tornou d'um emprego corrente.

Primeiro periodo

As intervenções chirurgicas que se fizeram n'este periodo para os casos de cancro do utero, foram as hysterectomias, tanto por via vaginal, como por via abdominal. N'este periodo, os dois methodos desenvolveram-se parallelamente, e por isso, a exposição da sua evolução far-se-ha tambem parallelamente.

Parece que a primeira hysterectomia, em caso de cancro do utero, foi feita em 1560 pelo gynecologista *Andreas a Cruce*. Esta operação isolada cahiu no esquecimento, até que no principio d'este seculo foi praticada com mais frequencia por Lagenbeck, Sauter, Blundell, Recamier e Delpech.

Em 1783, Marshall fez a extirpação do utero a uma doente portadora d'um cancro do collo, pelo methodo operatorio que tinha sido in-

dicado no fim do seculo XVIII por Wrisberg e Monteggia, para casos analogos. Lagenbeck praticou em 1813 uma operação identica á que Marshall tinha feito em 1783. Estas extirpações do utero tinham sido feitas por via vaginal, mas nos casos em que havia prolapso uterino e em que o diagnostico de carcinoma era duvidoso. Além d'isso parece que não tinham feito senão extirpações parciais do utero.

Gutberlet, em 1814, fez uma hysterectomia abdominal n'um caso de carcinoma uterino. O processo operatorio de que Gutberlet se serviu foi o seguinte: depois de feita a laparotomia ao nivel da linha branca, partindo da parte superior da symphise e com um comprimento de 8 a 10 centimetros, um ajudante desvia com a mão as ansas intestinaes, e ao mesmo tempo comprime a arteria iliaca primitiva, até que todos os vasos estejam laqueados. Outro ajudante introduz na vagina um instrumento em fórma de cupula, e, depois de ter adaptado a porção vaginal do collo á cupula, impelle o utero para cima, de maneira que fiquem bem tensas todas as partes molles que unem o utero aos órgãos visinhos. Feito isto, o operador não tem mais do que seccionar, com auxilio do bisturi, todos os tecidos que unem o utero.

A primeira hysterectomia vaginal d'um utero canceroso foi feita por Sauter, em 1822. Sauter cortou toda a vagina em volta do collo do

utero, descollou o utero, puxou para diante para o tirar, mas não fez a ligadura preventiva dos ligamentos largos para evitar a hemorragia. A doente restabeleceu-se rapidamente, apesar da grande hemorragia; mas ficou com uma fistula vesico-vaginal post-operatoria. Um dos maiores inconvenientes do processo de Sauter é a secção dos ligamentos largos sem attender ás hemorragias.

Em 1824, Siebold operou duas doentes segundo a technica de Sauter, porém não foi feliz, porque as doentes morreram consecutivamente a hemorragias. Outro tanto aconteceu a uma operada em 1826 por Lagenbeck, e em 1827 por Holcher.

Em 1828, Blundell praticou quatro hysterectomias vaginaes de uteros cancerosos, por uma technica que differia um pouco da de Sauter: a primeira incisão era feita no fundo do sacco posterior, depois libertava o collo. Por esta abertura procurava o fundo do utero, e fazia-o baloiçar para traz, seccionando-o em seguida, ao nivel da base dos ligamentos largos, sem se occupar com a hemorragia. A terminação da operação consistia na separação do utero da bexiga. A ausencia de hemostase tinha os mesmos inconvenientes da operação de Sauter. Blundell operou quatro doentes, tres das quaes morreram em consequencia de hemorragias, e a quarta curou-se temporariamente, porque,

passado um anno, o cancro recidivou e apresentava massas cancerosas na pequena bacia.

Foi Recamier, em 1829, que creou verdadeiramente a colpo-hysterectomia, n'uma extirpação pela vagina d'um caso de carcinoma uterino. A technica da operação é a mesma de Sauter, com a vantagem de fazer uma hemostase cuidadosa e a ligadura preventiva dos ligamentos largos.

Até aqui todas as extirpações d'um utero canceroso tinham sido feitas, simplesmente, quer por via abdominal, quer por via vaginal; porém, Delpech, em 1830, fez uma operação em que applicava os dois methodos simultaneamente. Depois de feita a laparotomia puxava o utero para a incisão da parede abdominal, seguindo o ligamento largo, e seccionando este ultimo de ambos os lados, laqueava os vasos e destruia os meios de união do utero com o recto. Os tecidos que unem o utero á vagina eram seccionados por via vaginal.

N'este primeiro periodo todas as extirpações do utero perderam de moda, porque a mortalidade post-operatoria era grande, por causa de hemorragias e septicemias. Quarenta e cinco annos mais tarde, com a descoberta da anesthesia e da antisepsia, entramos no periodo em que a hysterectomia se tornou corrente e considerada como o unico tratamento dos carcinomas uterinos, desde que não

haja extensão da lesão para fóra do órgão uterino.

Segundo periodo

Este segundo periodo começou com Freund, no dia 30 de janeiro de 1878, quando elle praticou com successo a primeira hysterectomia abdominal total n'um caso de carcinoma do collo do utero.

Descripção da operação de Freund

«A doente era uma mulher de sessenta e dois annos, portadora d'um cancro do collo do utero, cujo tratamento pela curetagem e pelas cauterisações ao ferro rubro tinha sido inutil. Previamente esvasiou o recto e desinfectou a vagina. O processo operatorio é o seguinte :

1.º A laparotomia é feita na linha branca, como para uma ovariectomia, e depois atravessa-se o utero com um fio para poder executar todos os movimentos necessarios ;

2.º Ligadura dos ligamentos largos em tres porções : o fio superior comprehende e aperta na sua ansa a trompa e o ligamento do ovario ; o fio medio aperta o ligamento redondo e o do ovario ; o fio inferior comprehende o ligamento redondo e a parte mais inferior do ligamento largo.

3.º Dissecção da bexiga do utero, depois secção dos ligamentos, incisão da parte superior da vagina e ablação do utero depois de ter isolado o collo das suas connexões rectaes;

4.º Conducção, para a vagina e fortemente para baixo, das seis porções das ansas intestinaes que prendem os ligamentos largos; reunindo-se os bordos da ferida vaginal por numerosos pontos de sutura e tendo o cuidado de comprehender tambem o peritoneo;

5.º Finalmente, sutura da ferida abdominal, fazendo o penso antiseptico.

A doente ficou curada no fim de tres semanas.»

Este processo operatorio de Freund foi modificado pelos differentes gynecologistas.

Considerações anatomicas e clinicas do carcinoma uterino

O carcinoma uterino é um neoplasma maligno que tem por séde o utero, principalmente o collo uterino, e cuja malignidade, sendo a mesma que se apresenta em qualquer degenerescencia cancerosa, é caracterisada pela marcha progressivamente invasora e incoercivel, pela reproducção a distancia e pela recidiva.

Não é nosso intuito fazer aqui um estudo anatomo-pathologico clinico, profundo e completo do carcinoma uterino. Queremos simplesmente apresentar um estudo summario e rapido, diferenciando ao mesmo tempo as indicações e os limites da intervenção cirurgica.

O cancro do utero sómente parece constituir uma lesão puramente local, quando está

na sua eclosão, isto é, quando ainda, geralmente, não pôde ser diagnosticado nem suspeito. Esta concepção só tem importancia debaixo do ponto de vista da precocidade da intervenção, que é quando a lesão está mais limitada, e, portanto, mais facil se torna a ablação de todo o mal e maiores serão as probabilidades de cura definitiva.

A principio a lesão está localisada no utero, unico caso em que a intervenção cirurgica está indicada; depois tende a invadil-o na sua totalidade, e mais tarde passa aos tecidos visinhos, destruindo-os. N'este caso a intervenção cirurgica é prejudicial e portanto contra-indicada.

Como vimos, a extensão da lesão pôde fazer-se d'um modo mais geral, do collo ao corpo do utero; do utero ás paredes vaginaes e aos tecidos peri-uterinos; do utero aos ganglios, quer visinhos quer distantes. Por isso vamos estudar cada um d'estes casos em separado, e finalmente estudaremos os casos de recidiva.

I. Extensão do carcinoma do collo ao corpo do utero

Para estudarmos a extensão do cancro do collo ao corpo do utero, temos primeiro de saber quaes são as fórmias como se apresenta o cancro e de que modo, e como se comporta o carcinoma em cada uma d'estas fórmias com relação á extensão.

Clinicamente o carcinoma uterino póde apresentar-se debaixo de quatro fórmas principaes ; a saber :

- 1.º Fórma papillar ;
- 2.º Fórma nodular ;
- 3.º Fórma cavitaria ;
- 4.º Fórma vaginal.

1.º *Fórma papillar.*— A fórma papillar, que é mais habitual, tem geralmente a sua origem no epithelio que reveste o focinho de tenca, e conserva-se durante algum tempo localizado na sua superficie. Mais tarde a neoplasia propaga-se ao corpo do utero e aos tecidos visinhos do collo. A propagação faz-se mais vezes para os fundos de sacco vaginaes, e d'ahi para a vagina e tecidos peri-uterinos. A invasão do canal cervical, do orificio interno do utero e do corpo do utero, dá-se mais raras vezes do que nas outras fórmas.

Como em geral a propagação dos carcinomas se faz atravez dos lymphaticos, e como n'este caso raras vezes se dá a extensão do cancro do collo ao corpo do utero, vê-se que a origem e distribuição dos lymphaticos no collo e no corpo do utero é inteiramente differente.

Alguns auctores julgavam que na fórma papillar a lesão principiava sempre pelo epithelio que reveste o focinho de tenca e d'ahi se propagava aos outros tecidos ; porém outros gy-

necologistas dizem que algumas vezes não só existem lesões concomitantes no corpo do utero e principalmente da sua mucosa, como são as degenerescencias sarcomatosas da mucosa do corpo do utero, e as endometrites intersticiaes, mas tambem que pôde começar esta fórma pelo corpo uterino e d'ahi propagar-se ao collo.

2.º *Fórma nodular ou intersticial.* — Esta fórma é assim chamada, porque o que constitue a lesão no seu começo, são um ou muitos nodulos situados debaixo da mucosa do collo ou na sua superficie interna ou externa. Estes nodulos só tardiamente é que se ulceram.

Outras vezes vêem-se nodulos cancerosos metasticos na espessura do tecido do corpo, que algumas vezes são contemporaneos das lesões do collo.

Depois que um dos nucleos se ulcera, vêem-se juntar outros nucleos iguaes aos do corpo e do collo, e em breve invadem todo o órgão e tecido ambiente.

N'este caso as indicações operatorias são menos nitidas, porque, em geral, não sendo limitadas as lesões, ha necessidade de tirar, conjunctamente com o utero, uma parte dos tecidos visinhos.

3.º *Fórma cavitaria.* — N'esta fórma o cancro uterino tem a sua origem na mucosa cervical ou no tecido que está situado immidia-

tamente por baixo da mucosa, e é constituído por uma infiltração que cedo se ulcera, e dá lugar á destruição do collo.

Quando o cancro do utero se apresenta com esta fórma, dá-se uma propagação rapida para a mucosa do corpo, d'onde a necessidade d'uma hysterectomia total; mas, como a maior parte das vezes os tecidos peri-uterinos tambem se encontram invadidos pelo neoplasma, então as indicações são n'este caso as mesmas que se dão nos carcinomas de fórma nodular.

4.º *Fórma vaginal.*— É de todas as fórmas a mais rara. A lesão começa pelo fundo do sacco posterior, e d'ahi propaga-se ao collo do utero e partes visinhas da vagina, onde se formam ulcerações bastante extensas. D'ahi a necessidade de reseccar as partes vaginaes invadidas, e a difficuldade extrema de extrahir todo o mal.

II. Invasão das paredes vaginaes e dos tecidos peri-uterinos

Depois de termos visto a extensão do cancro do collo do utero ao corpo, vamos estudar a sua propagação ás paredes vaginaes e aos tecidos peri-uterinos, vendo ao mesmo tempo a relação que ha entre as variedades clinicas do carcinoma uterino e a séde inicial das lesões.

O carcinoma do corpo do utero parece in-

vadir mais lentamente os tecidos visinhos do que o carcinoma do collo.

Entre os carcinomas do collo, aquelle cuja propagação é mais lenta, é o carcinoma de fôrma papillar. Todos aquelles que se apresentarem no seu inicio debaixo da fôrma nodular ou cavitaria, propagam-se mais facil e rapidamente. Estas distincções porém não repousam senão sobre dados vagos, e na pratica pouco ou nenhum interesse têm, porque na maioria dos casos as doentes só vêm á consulta quando têm hemorragias abundantes e dôres mais ou menos intensas, isto é, quando a lesão já tem ultrapassado os limites do utero, e portanto se torna inoperavel.

Outra causa de que tambem depende a evolução da doença, é a idade da doente. Póde dizer-se, quasi d'uma maneira geral, que a marcha da lesão está na razão inversa da idade da doente; isto quer dizer, que tanto mais rapida será a marcha quanto mais nova fôr a doente.

Praticamente pouca importancia tem o conhecimento da variedade do carcinoma, o que mais importa é fazer um diagnostico rigoroso e preciso do limite da lesão para se praticar uma extirpação larga e completa de todo o mal, não só por meio de hysterectomia total, mas tambem pela ablação dos tecidos peri-uterinos, principalmente dos lymphaticos, que são os or-

gãos por onde se dá geralmente a generalisação de todos os carcinomas.

III. Invasão ganglionar do cancro do utero

Antes de entrarmos no estudo das lesões ganglionares do utero canceroso vamos dizer algumas palavras ácerca da anatomia do aparelho lymphatico do utero.

Temos de estudar os lymphaticos do utero, os lymphaticos da vagina e os lymphaticos das trompas e dos ovarios.

Nos lymphaticos do utero ainda ha a considerar os lymphaticos do collo uterino e os lymphaticos do corpo do utero.

a) Lymphaticos do utero

Lymphaticos do collo uterino

Estes lymphaticos têm a sua origem nas tunicas mucosa e musculosa, e formam uma rede que envolve o collo. D'esta rede nascem pequenos troncos, que pelas suas ramificações convergentes dão logar á formação de tres a quatro troncos maiores, que se destacam das partes lateraes do collo, collando-se, quasi que immediatamente, aos vasos uterinos, seguindo a sua direcção.

A principio os lymphaticos caminham transversalmente de dentro para fóra, na base dos

ligamentos largos, seguindo assim a mesma direcção dos vasos, aos quaes estão collados; depois inflectem-se para cima e para traz, ganham a parede lateral da bacia, e vão terminar n'um grupo de dois ou tres ganglios situados no vertice do angulo resultante da bifurcação da arteria iliaca primitiva. Um d'estes que corresponde ao estreito superior da bacia e está situado no vertice do angulo da bifurcação, recobre em parte a veia iliaca externa. Os outros dois ganglios mais pequenos estão situados mais abaixo, ao longo e para diante da arteria hypogastrica.

Os vasos efferentes d'estes ganglios dirigem-se para os ganglios iliacos externos e para os ganglios lombares inferiores, por cima dos vasos iliacos, seguindo o bordo lateral da arteria iliaca.

Do collo ainda nascem um ou dois troncos, que se dirigem para a parede posterior da bacia, subindo na espessura do ligamento do utero sagrado, e terminam n'um ou dois ganglios sagrados ao nivel e para dentro da bifurcação da iliaca primitiva. D'estes ganglios partem anastomoses para os ganglios correspondentes do lado opposto e para os ganglios lombares inferiores.

Os ganglios lombares inferiores, assim como os ganglios iliacos internos, anastomosam-se com os ganglios lombares inferiores, onde se

*

reune a lymphá proveniente do collo e do corpo do utero.

Lymphaticos nascidos no corpo do utero

Os lymphaticos do corpo do utero têm a sua origem nas tres tunicas uterinas: mucosa, musculosa e serosa. Depois reúnem-se todos, pelas suas ramificações convergentes, em tres troncos que se dirigem, ao longo do bordo superior dos ligamentos largos, para os angulos do utero, collando-se em seguida aos vasos utero-ovaricos, para se lançarem, conjunctamente com estes vasos, na cavidade abdominal, n'um grupo de ganglios lombares situados diante da veia cava inferior, iliaca primitiva e aorta abdominal.

Finalmente, ha lymphaticos, ordinariamente pouco numerosos e delgados, que nascem no utero, dirigem-se para os angulos uterinos e d'ahi vão com o ligamento redondo para o orificio interno do canal inguinal, e vêm terminar quer nos ganglios iliacos externos, quer nos ganglios da virilha, depois de terem atravessado o canal inguinal.

Lymphaticos das trompas e dos ovarios

O trajecto d'estes lymphaticos é exactamente o mesmo dos vasos utero-ovaricos, assim como o dos lymphaticos do corpo do utero, aos

quaes vão intimamente adherentes, mas conservando a sua independencia. Sómente ao nivel da quinta vertebra lombar é que estes dois grupos de lymphaticos se fundem para transportar a sua lymphá aos canaes communs.

Lymphaticos da vagina

A direcção d'estes lymphaticos varia segundo elles pertencem ao terço superior, médio ou inferior.

Os lymphaticos do terço superior, assim que chegam aos fundos de sacco da vagina, separam-se das paredes vaginaes para se misturarem com os do collo e terminarem nos ganglios iliacos internos.

Os lymphaticos do terço médio, os quaes são em numero de dois a tres, collam-se á arteria da vagina, e vão abrir-se com ella n'um ou dois ganglios situados ao lado do recto nos angulos do bouquet arterial, que formam as arterias vaginal, umbilical e iliaca interna.

Os lymphaticos do terço inferior da vagina, depois de se dirigirem para baixo e para diante, vão unir-se aos lymphaticos da vulva, e ganham conjunctamente os ganglios da virilha.

b) Lesões ganglionares no cancro do utero

Quando se trata d'um carcinoma uterino extenso, quasi sempre a degenerescencia neoplasica invade os ganglios.

De todos os ganglios, os mais atacados pela degenerescencia carcinomatosa são os iliacos, depois os inguinaes, os mesentericos e finalmente os lombares, cuja frequencia é relativamente minima.

Portanto, clinicamente, parece concluir-se que, de todos os carcinomas, aquelles que mais tardiamente atacam os lymphaticos, são os do utero. Uma das provas da infecção tardia dos lymphaticos é a ausencia, as mais das vezes, de adenopathia sempre que a hysterectomia seja feita precocemente. Outra prova é a de quasi nunca se fazerem as recidivas pelos ganglios, d'onde se conclue que elles não estavam invadidos na época da intervenção. Infelizmente o cirurgião tem raras vezes occasião de operar um carcinoma uterino no seu começo, quando elle ainda está sómente limitado ao utero, sendo chamado na maioria dos casos quando a lesão tem ultrapassado os limites do utero, e se tem estendido para a vagina e para os tecidos visinhos. No seu começo, o cancro tem uma marcha insidiosa; as hemorragias, muitas vezes, são consideradas como perturbações, quer da menstruação, quer da menopausa; e a ausencia de dôres e a tendencia natural que têm as mulheres em quererem encobrir as perturbações que lhe sobrevêm durante a vida genital, fazem com que, na maior parte das vezes, as doentes só venham consultar os

medicos, quando o tumor tem um volume mais ou menos consideravel, e tem já invadido as partes visinhas. Tambem, segundo Peiser, os vasos lymphaticos do collo são invadidos em 50 % dos casos no momento em que o medico é consultado.

Segundo Mackenrodt, Seelig, Gussenbaeur, Schuchart, Clark, os ganglios já se encontram invadidos na maior parte dos casos, ainda que o cancro pareça estar no principio da sua evolução, e não tenha invadido os ligamentos e os fundos de sacco. Outros gynecologistas admittem que a invasão ganglionar é constante, e que os ganglios estão quasi sempre atacados, embora nos pareçam sãos.

IV. Recidivas do cancro uterino

Diz-se que ha recidiva todas as vezes que se produz a reaparição da lesão depois da sua ablação.

Póde dizer-se que, na maioria dos casos, a recidiva do cancro do utero se faz n'um espaço de tempo maior ou menor e com uma regularidade desesperadora, porque mesmo, a maior parte das vezes, não se faz a ablação de todo o mal. Outras vezes não se dá a recidiva na verdadeira accepção da palavra, mas sim a apparição do carcinoma, n'uma viscera ou em qual-

quer outro órgão distante do utero, depois de se ter feito a ablação total ou parcial do utero. Portanto debaixo do ponto de vista da natureza e da séde das recidivas, nós podemos distinguir os factos de revivescencia do cancro em tres classes, segundo ó neoplasma repullula no mesmo lugar, nos ganglios ou a distancia.

1.º *Recidivas locaes.* — Estas recidivas são, de todas, as mais frequentes. Parece que as recidivas locaes se fazem por dois processos:

a) Inoculação operatoria; e n'este caso as cellulas cancerosas enxertam-se nos tecidos cruentos; esta explicação baseia-se sobre factos indiscutíveis, que demonstram a importancia que ha em desinfectar e proteger o campo operatorio com as maiores precauções;

b) Propagação do neoplasma que não foi extirpado na totalidade e por isso são elementos cancerosos que repullulam, continuando a sua evolução e dão origem á recidiva.

2.º *Recidivas a distancia ou recidivas metriticas.* — Os germens especificos dos epitheliomas são transportados ás outras visceras por intermedio dos vasos sanguineos. Estas recidivas produzem-se mui raras vezes, e só attingem a proporção de 2,5 % no caso de cancros operaveis.

3.º *Recidivas ganglionares.* — Este genero de recidivas é tambem muito raro, o que prova a

invasão tardia dos lymphaticos, aliás parece que os primeiros órgãos atacados, nos casos de recidiva, deveriam ser os lymphaticos.

D'aqui se conclue que no tratamento cirurgico dos carcinomas uterinos deve fazer-se a ablação larga e completa, passando para além dos limites do mal atravez dos tecidos sãos.

Escolha da intervenção

Todas as considerações que acabamos de expôr nos capitulos precedentes, levam-nos a concluir que o unico tratamento efficaz dos carcinomas uterinos é a ablação tão precoce e tão extensa quanto possivel. Qualquer outro tratamento de que nos servirmos, além d'este, será completamente inutil e muitas vezes prejudicial. Para que o medico possa intervir, tem de se cingir aos seguintes principios :

- 1.º Ablação precoce do neoplasma ;
- 2.º Ablação larga e completa, passando pelos tecidos sãos ;
- 3.º Ablação em bloco e sem esmagamento, evitando assim a disseminação dos germens cancerosos e a inoculação do campo operatorio ;

4.º Investigação e extirpação dos ganglios degenerados, quando seja possível.

Actualmente ha duas operações que os cirurgiões praticam com o fim de obter uma cura radical do cancro do utero: a *hysterectomy vaginal* ou *colpo-hysterectomy* e a *hysterectomy abdominal* ou *laparo-hysterectomy*.

Antes dos progressos da cirurgia abdominal e da antiseptia, a hysterectomy abdominal dava-nos uma mortalidade maior do que actualmente, e por isso os cirurgiões optavam pela hysterectomy vaginal, porém hoje não acontece assim.

A hysterectomy vaginal, nos casos de carcinoma uterino, não dá accesso á massa neoplasica senão por uma abertura estreita e profunda, de maneira que o campo operatorio, sendo muito pouco extenso, não permite reconhecer com o dedo e com a vista a extensão e os limites precisos das lesões, e faz abandonar na visinhança dos tecidos cruentos infiltrações cellulares, que constituirão nucleos de recidiva immediata post-operatoria. Quando as lesões são um pouco extensas, é completamente impossivel fazer uma dissecção minuciosa, insufficiente para atacar os tecidos visinhos e praticar o esvaziamento dos ligamentos largos. Á *fortiori* o operador é obrigado a desprezar a investigação e ablação dos glanglios pelvicos, que podem ser invadidos pela degenerescencia neo-

plasica. Em conclusão, a hysterectomia vaginal sómente estará indicada nos casos operaveis em que a lesão sómente esteja limitada ao collo do utero, ou, quando já se tenha propagado ao corpo do utero, este ainda esteja com um volume tal que possa passar sem difficuldade pela vagina. Todas as vezes que o carcinoma uterino, ainda operavel, tenha tornado o utero mais ou menos volumoso e se tenha propagado aos ganglios, de maneira que a sua extirpação seja mais ou menos difficil pela via vaginal, então o unico methodo a seguir será o da hysterectomia abdominal.

Indicações e contra-indicações da hysterectomia total no cancro do utero

Como já dissemos nos capitulos precedentes, em virtude da marcha progressivamente invasora do cancro, o cirurgião deve intervir cirurgicamente o mais breve possivel. Sómente n'estas condições é que elle poderá attingir e ultrapassar os limites do neoplasma, sem que produza grandes lesões, susceptiveis de darem origem a uma gravidade operatoria. Ao mesmo tempo é este o unico meio de ter as probabilidades de evitar a recidiva.

O problema a resolver é, pois, o seguinte:

Em presença d'um carcinoma uterino, e particularmente do carcinoma do collo do utero, quando é que se deve operar e quando se deve tentar um tratamento radical?

Esta oportunidade operatoria é tanto mais difficil de submeter a regras determinadas, quanto a clinica é muitas vezes impotente para fornecer dados nitidos e precisos.

Casos ha em que, embora a lesão seja nitidamente limitada, a hysterectomia está contra-indicada. Estes casos são todos relativos ao estado geral da doente, como são a anemia grave, a cachexia, a affecção cardiaca, a albuminuria, a diabetes, etc. Fóra d'estes casos, a extensão do cancro constitue a unica contra-indicação da hysterectomia total, e o seu tratamento será simplesmente palliativo. Mas, entre os cancros limitados (operaveis) e aquelles em que ha extensão (inoperaveis), existem casos intermediarios para os quaes os limites da operabilidade são muito delicados e muito difficeis de fixar, e por conseguinte muito discutiveis.

Além do diagnostico pelo qual nós reconhecemos a existencia d'um carcinoma uterino, é preciso tambem diagnosticar o grau de limite do neoplasma. Póde-se dizer, quasi d'uma maneira geral, que é impossivel reconhecer os limites d'um cancro uterino, pelos seus symptomas physicos. É preciso não ignorar que os signaes physicos podem ser infieis ou impotentes para darem uma ideia exacta da extensão do mal.

Propagação ao corpo. — O reconhecimento da extensão do cancro do collo ao corpo do utero

faz-se muito difficilmente ao toque, e só pôde ser affirmada, quando se tenha feito a dilatação prévia da cavidade uterina.

Propagação á vagina. — É de todas as propagações dos carcinomas uterinos a mais facil de reconhecer. Todas as vezes que a lesão se tenha estendido á vagina, pôde-se sentir, pelo toque, e nos casos em que a propagação esteja adiantada, uma infiltração dura, que algumas vezes já pôde estar ulcerada e sangrar facilmente.

A maior parte das vezes, sómente se verifica que um ou mais dos fundos de sacco vaginaes se encontram tensos e quasi que desaparecidos, tendo perdido a sua molleza e tendo-se indurecido.

É raro encontrarem-se nucleos cancerosos isolados nas paredes da vagina.

Propagação pelvica. — É de todas a mais difficil de diagnosticar e aquella que, debaixo do ponto de vista do tratamento, mais importancia tem.

Ha tres signaes que, segundo Labadie-Lagrave e Legueu, nos indicam esta propagação: dôres, immobilidade do utero e existencia d'uma cadeia de induração no bando do ligamento largo.

Dôres. Todas as vezes que existam d'uma maneira positiva, todas as vezes que as doentes experimentem estas dôres vivas, estas ne-

vralgias lancinantes tão especiaes, póde-se considerar como realisada a propagação pelvica do cancro.

Immobilidade do utero. É muitas vezes facil de reconhecer mesmo no principio. Algumas vezes o collo parece fixo, e todavia o utero ainda se póde abaixar no seu conjuncto, mas o fundo de sacco deprime-se e desloca-se com elle. O collo parece estar adherente ao ligamento largo por uma corda invisivel, mas inextensivel, e a distancia que separa o collo do ligamento largo não póde ser augmentada. Esta sensação é mais nitida e caracteristica quando fôr unilateral. Quando o cancro estiver generalizado a toda a bacia, o utero está como que envolvido n'uma gotteira de cartão que o immobilisa.

Emfim, fazendo-se o toque nas partes correspondentes aos fundos de sacco, encontra-se um indurecimento em cadeia; a parede vaginal perde a sua elasticidade normal e, embora a conserve, nota-se por cima d'ella uma vaga resistencia.

Esta induração peri-cervical póde algumas vezes ter uma causa differente da propagação cancerosa. Aqui dá-se um caso analogo ao do cancro da lingua, em que se observam algumas vezes adenites infecciosas. Assim no carcinoma uterino a infecção far-se-ia pela ulceração do neoplasma, e depois transmittir-

se-ia quer aos ganglios, quer aos lymphaticos que os reune, quer ainda ao tecido cellular peri-lymphatico.

A existencia da infecção peri-uterina é innegavel; porém na pratica qualquer induração que appareça nos lymphaticos ou na parte superior da vagina, é considerada como uma propagação da neoplasia. Em clinica qualquer induração dos ligamentos largos deve ser considerada como suspeita.

Propagação á bexiga.—O cancro uterino póde tambem propagar-se á bexiga, e então qualquer intervenção cirurgica está contra-indicada. O diagnostico de propagação á bexiga é bastante difficil, porque as perturbações vesicaes tanto podem ser devidas á acção directa do tumor depois de ter invadido a bexiga, como á acção indirecta da mesma lesão. Além d'isso não ha nenhum signal pathognomonic, pelo menos nos seus começos, que nos indique a existencia da propagação á bexiga, e portanto ella torna-se-nos completamente desconhecida. Só se torna evidente quando no decurso da operação se vai proceder ao descollamento da bexiga do utero e da vagina, e se reconhece que, sem se lacerarem as tunicas friaveis do reservatorio urinario, é completamente impossivel a sua separação.

Invasão do recto.—Assim como era difficil diagnosticar a propagação á bexiga, assim tam-

bem é relativamente facil reconhecer a invasão do recto por meio do toque rectal.

As indicações e contra-indicações da intervenção operatoria são relativas não só aos grãos do mal, mas tambem aos casos d'um cancro do collo uterino, ou do corpo, ou ainda ás complicações de prenhez. Apesar de nós não tratarmos aqui senão do cancro não complicado, exporemos rapidamente o que se deve fazer n'estas diversas eventualidades.

1.º *Carcinoma do collo uterino.* — A hysterectomia total está indicada nos casos em que o cancro se limita simplesmente a um ponto qualquer do focinho de tenca ou a um dos labios do collo, sem que as partes visinhas, nem os fundos de sacco vaginaes tenham sido invadidos e conservem ainda a sua elasticidade, assim como o utero a sua mobilidade e volume normal.

Muitas vezes o diagnostico clinico dá-nos o cancro uterino limitado simplesmente ao collo, mas na realidade elle já tem invadido os lymphaticos uterinos e os tecidos visinhos, e n'estes casos ainda póde estar indicada a hysterectomia total por via abdominal, praticada largamente, porque nos offerece mais segurança contra as recidivas. Nas mulheres relativamente novas, em particular, porque a lesão invade os tecidos visinhos e evoluciona, d'uma maneira rapida, os effeitos curativos da hysterectomia

vaginal são inteiramente deploráveis. N'estas a operação em nada as favorece, e o cancro repulula com uma tal rapidez, que a intervenção não traz nenhuma descontinuidade na evolução da neoplasia.

Segundo a opinião de Bouilly, nas mulheres novas, de idade inferior a trinta annos e mesmo em idades um pouco superiores, os resultados therapeuticos (da hysterectomia vaginal) são absolutamente desfavoráveis; a lesão recidiva d'uma maneira quasi immediata, ou melhor, parece continuar-se; os enxertos carcinomatosos reproduzem-se, mesmo, antes da cicatrização da ferida operatoria. O beneficio é nullo; aos symptomas de lesão primitiva succedem-se quasi ininterruptamente os symptomas da lesão recidivada.

N'esta idade, embora as condições locais nos pareçam das mais favoráveis; a neoplasia epithelial tem uma tal actividade, que invade os lymphaticos dos ligamentos largos ou os tecidos peri-uterinos, sem que nenhum signal clinico possa fazer suspeitar nem reconhecer esta invasão. Os tecidos que são são na apparencia, e sobre os quaes se dirige a ablação, já estão, sem duvida, histologicamente doentes. É este o unico modo de explicar a rapidez da recidiva. No decurso d'uma prenhez ou d'um parto, observa-se igualmente a rapidez de desenvolvimento e de propagação do cancro ute-

*

rino, sendo n'estes casos o prognostico tão mau como o das mulheres novas.

Bouilly explica a recidiva rapida do cancro uterino nas mulheres novas pelo facto da intervenção ter sido incompleta e dos tecidos doentes não terem sido extirpados na totalidade pela hysterectomia vaginal. N'este caso pôde-se recorrer á hysterectomia abdominal total que, apesar de ser um pouco mais longa e laboriosa, nos permite perseguir o cancro em todas as partes onde se tenha desenvolvido. É precisamente pela via abdominal que nós podemos fazer uma ablação larga e completa do utero, e ao mesmo tempo curetar os ligamentos largos e, se tanto fôr preciso, fazer a ablação dos ganglios suspeitos.

Uma das provas de bom exito das hysterectomias abdominaes totaes nos casos de cancro no seu começo é o resultado das operadas de Jacobs, que em quinze doentes ainda não observou um unico caso de recidiva.

Infelizmente, na pratica, o cirurgião raras vezes é chamado a intervir n'um caso de carcinoma no seu começo. A maior parte das vezes só é consultado quando o cancro está no seu periodo estacionario. N'este periodo o tumor é algumas vezes consideravel, o collo está mais ou menos destruido, os fundos de sacco vaginaes encontram-se infiltrados e indurecidos, e verificam-se pequenos traços indureci-

dos do lado da base dos ligamentos largos. É n'estes casos, que os elementos do tumor se propagam aos lymphaticos da região. N'estas condições, em que pela vagina sómente se pôde atacar o utero, é impossivel obter uma cura radical por meio d'uma hysterectomia vaginal. É preciso recorrer então a uma outra intervenção, á operação de Freund, visto que pelo abdomen é possivel tirar o utero, os ligamentos largos, os ganglios e o tecido cellular pelvico.

Ha outros casos em que a hysterectomia vaginal é difficil, para não se dizer impossivel; isto é, quando existem condições anatomicas e pathologicas especiaes, taes como a estreiteza da vagina e a impossibilidade de abaixar o utero retido pelas adherencias. Na fórma cavitaria e ulcerosa, por exemplo, o collo uma vez isolado, destaca-se como uma tampa, e o operador encontra um vasto funil canceroso, que torna impossivel o abaixamento do corpo do utero, porque as pinças de tracção, não encontrando resistencia, raspam pelo tecido uterino em virtude da sua grande friabilidade.

Alguns auctores dizem que deve ser contra-indicada a abertura das paredes do abdomen todas as vezes que estas attingam uma espessura consideravel (10 a 15 centimetros), porque é difficil chegar, d'uma maneira precisa, á bacia e d'ahi resultaria que o fim da operação não seria conseguido.

Nos casos de carcinomas do collo do utero propagados, não só á vagina e aos ligamentos largos, mas tambem á bexiga ou ao recto, é inteiramente contra-indicada qualquer intervenção operatoria e sómente se deve tentar um tratamento palliativo. Alguns cirurgiões americanos aconselham a operação, mas para o conseguir é preciso fazer um esvaziamento completo da bacia, o que é sempre uma operação longa e difficil, d'uma gravidade consideravel, e que nem sempre se póde completar. A experiencia tem demonstrado que, n'estes casos, é impossivel fazer uma extirpação completa de todo o mal, e por isso as recidivas serão constantes.

Para alguns auctores basta que haja invasão da vagina e dos ligamentos largos, sem mesmo haver propagação á bexiga e ao recto, para que qualquer operação radical constitua uma contra-indicação absoluta.

Só se devem fazer hysterectomias totaes, porque, na hysterectomia parcial, quando o cancro deixa de ser extirpado na sua totalidade, não é a recidiva que se produz, mas sim a continuação da doença, d'uma maneira particular. N'este caso a intervenção faz progredir com mais rapidez a lesão, porque destróe uma barreira protectora que impedia a invasão neoplasica, e porque ficam superficies cruentas, que algumas vezes, é certo, estão sãs, mas que

na maioria dos casos já estavam invadidas pelo neoplasma.

Vamos vêr o que se passa depois d'uma intervenção incompleta.

A cicatrisação, infelizmente, ao mesmo tempo que activa a vitalidade cellular, activa tambem o neoplasma, que não tinha sido extirpado na sua totalidade, de modo que elle não tem mais do que augmentar òs seus prolongamentos. Muitas vezes o intestino, encontrando-se em contacto com as superficies cruentas, antes da sua cicatrisação, corróe estas superficies, pelo attrito que exerce sobre ellas, acabando algumas vezes por lhe adherir. Os nucleos carcinomatosos, disseminados pelo revestimento peritoneal do intestino, depois d'uma intervenção, não são mais do que um enxerto neoplasico. Na maioria das observações, produzem-se a principio as adherencias, e por ellas realisa-se mui rapidamente a invasão do intestino. É por esta razão que as doentes succumbem logo ás suas recidivas, e tanto mais rapidamente quanto mais largos forem os avivamentos. Quando se faz uma hysterectomia total e com ella não se ultrapassa todo o limite do mal, então a ablação total é perigosa pelas más condições que d'ahi resultam.

Pelo contrario, nas mesmas doentes, a evolução da lesão, a que impropriamente se dá o nome de recidiva, desenvolve-se para o lado

dos ligamentos largos, que a pouco e pouco se enchem de massas carcinomatosas, quando se faça uma hysterectomia parcial. Algumas vezes estas massas carcinomatosas distribuem-se ao longo dos ureteres, tendo sempre por séde o tecido cellular peri-ureteral. Este modo de extensão é muito menos grave, a sua evolução é mais lenta e o seu prognostico menos rapidamente fatal. É raro que o cancro transponha o peritoneo, e é por isso que nunca se deve ferir esta barreira protectora.

Ha tres casos de enxerto no intestino, dois dos quaes, assignalados por Jacobs e um por Rouffart, se explicam por um duplo mecanismo: a principio por um enxerto verdadeiro, porque n'uma hysterectomia aonde se fez um esvaziamento incompleto da bacia neoplásica, a cavidade peritoneal está mal protegida, e o intestino vem deslizar constantemente sobre as superficies cruentas mais ou menos sãs, dando origem a uma sementeira carcinomatosa sobre as tunicas intestinaes desde as primeiras horas; e, mais tarde, pela propagação do neoplasma ao intestino, que contrahiu adherencias com os tecidos doentes. Isto não é mais do que a explicação dada por Jacobs. Nos casos em que o cirurgião belga teve occasião de operar recidivas carcinomatosas e verificar numerosos nucleos carcinomatosos no intestino, havia adherencias entre as massas ganglionares neo-

plasticas e o intestino, e a invasão das tunicas intestinaes só pôde ser explicada pelo facto da primeira intervenção ter aberto as portas de entrada á invasão carcinomatosa.

2.º *Cancro do corpo do utero.* — O cancro do corpo do utero tem pouco mais ou menos as mesmas indicações das do collo. O tratamento curativo do cancro do corpo consiste na ablação total da lesão, ablação sómente indicada quando o neoplasma estiver simplesmente limitado ao utero, e não o tenha ultrapassado, quer infiltrando o tecido cellular pelvico, quer propagando-se aos órgãos vizinhos.

A hysterectomia abdominal está mais vezes indicada nos casos de cancro do corpo uterino do que nos casos de cancro do collo, em que a hysterectomia vaginal tem mais indicações. D'ordinario, um utero, cuja lesão carcinomatosa principia pelo corpo, adquire um volume superior ao normal, torna-se molle e friavel, e finalmente tem todas as condições para que a ablação pela vagina seja difficil em muitos casos: além d'isso o utero é muitas vezes retido e immobilizado pelas adherencias, e não pôde ser abaixado, não só porque as adherencias se oppõem a esse abaixamento, mas tambem porque se lacera sob a tracção das pinças, e, além d'isso porque, pelo seu grande volume, é impossivel tiral-o pela vagina, sem que se tenha esmagado. Este esmagamento é algumas vezes

tão pouco praticavel, que uma operação que começou pela via vaginal terá de ser completada pela via abdominal.

3.º *Cancro do collo e prenhez.* — Trataremos, aqui, da conducta que o cirurgião deve ter em presença d'uma mulher grávida, e ao mesmo tempo atacada de carcinoma do collo uterino.

A indicação varia, segundo o caso se dá durante a prenhez ou durante o trabalho.

a) *Durante a prenhez.* — A conducta do cirurgião será differente, segundo o cancro fôr ou não operavel.

Se o *cancro fôr inoperavel*, a mãe está antecipadamente condemnada; portanto o cirurgião só se deve preoccupar com o filho, e assegurar a continuação da prenhez, pelo menos até á época de viabilidade do feto, por meio do tratamento palliativo, como injecções, curetagens, cauterisações, etc. Ao parto operatorio pelas vias naturaes é preferivel a operação cesariana.

Se o *cancro fôr operavel*, deve-se fazer immediatamente a extirpação larga do tumor, qualquer que seja a idade da prenhez, porque a marcha do tumor é activada pela prenhez e esta, pelo contrario, é estorvada pelo tumor do collo. Quando a evolução da prenhez está comprometida pela presença do cancro do collo, devem-se tornar preponderantes os interesses da mãe. Se o utero ainda estiver com volume

pequeno, afastando-se pouco do normal, como acontece no começo da prenhez, a hysterectomia pôde fazer-se por via abdominal; se o volume fôr maior, como acontece entre o quinto e o sexto mez, então só a hysterectomia abdominal estará indicada. A partir do sexto mez, se o feto estiver morto, a indicação é a mesma que para o caso anterior; no caso contrario, dever-se-ha fazer primeiro a operação cesariana seguida da extirpação utero-ovarica.

b) *Durante o trabalho.* — Muitas vezes, nos casos de cancro de collo muito extenso, o parto normal é impedido pela inextensibilidade do collo, que impede que se faça a dilatação. O parteiro não tem mais do que limitar-se a vigiar e a prevêr as complicações, apressando o termo do parto; e muitas vezes é obrigado a recorrer á operação cesariana.

Quando se trata d'um cancro extensivel, pôde-se então apressar o trabalho pela dilatação artificial e terminar pelo forceps ou pela versão.

4.º *Cancro do collo e fibroma ou kysto ovarico.* — Temos aqui, tambem, a considerar os casos de cancros operaveis ou não operaveis.

Se o cancro fôr inoperavel, não será a presença do tumor (fibroma ou kysto ovarico) que mudará o estado de coisas, e a intervenção cirurgica estará contra-indicada.

Se o cancro fôr operavel, então a operação

poder-se-ha fazer, preferindo-se a via abdominal, porque só por esta via é que se poderão evitar dificuldades na ablação radical do tumor e do cancro, dificuldades que certamente não se obteriam se se interviesse pela vagina.

Technica operatoria

Actualmente a hysterectomia abdominal total, para casos de carcinomas uterinos, é uma operação essencialmente atypica. Os processos operatorios estão subordinados ás condições anatomicas do neoplasma, á extensão e á fórma muito variavel das lesões. Outro tanto não acontece com a hysterectomia vaginal, em que a technica operatoria, póde dizer-se d'uma maneira geral, é a mesma qualquer que seja a lesão.

Antigamente, a hysterectomia abdominal de uteros carcinomatosos tinha uma technica operatoria bem regulada, e era a mesma que se dava para os casos de fibromas, limitando-se simplesmente a extirpar o utero.

A operação inicial, porém, modificou-se e

complicou-se d'uma maneira singular. A hysterectomia abdominal não teve os resultados que a principio se esperavam, como o provam as recidivas que nos mostram que ella, muitas vezes é uma operação insufficiente e incompleta. Para se fazer uma obra mais radical tem-se tentado systematicamente a resecção das paredes vaginaes e o esvaziamento da bacia, com dissecção do tecido cellular e extirpação dos ganglios pelvicos.

A ablação do utero carcinomatoso tornou-se uma operação irregular, podendo dizer-se que ha um *modus faciendi* particular, para cada caso. Umaz vezes o cirurgião, encontrando-se em presença d'um neoplasma limitado ao utero, sem propagação para nenhum dos tecidos visinhos, cingir-se-ha simplesmente a uma laparotomia abdominal ou vaginal; outras vezes recorrerá ás manobras vaginaes prévias, taes como a desinserção da vagina em volta do collo, para facilitar a ablação total do utero pela via abdominal; outras vezes não póde completar a sua intervenção sem se empregarem os processos abdominaes e vaginaes.

Finalmente, não se poderá descrever um manual operatorio typico, porque os processos variam segundo ha maior ou menor invasão dos ligamentos largos, dos ganglios ou dos ureteres, que muitas vezes se encontram apertados pela massa neoplasica.

Como o processo operatorio das hysterectomias vaginaes é sensivelmente o mesmo para qualquer que seja a lesão d'esta região, nós tão sómente descreveremos os processos da hysterectomia abdominal, que são aquelles que podem variar conforme se nos apresentar a lesão.

Mas antes de entrarmos na exposição d'estes processos, vamos dizer algumas palavras sobre os cuidados preliminares da operação.

1.º Cuidados preliminares

Póde dizer-se d'uma maneira geral que a gravidade do prognostico operatorio depende dos cuidados preliminares na hysterectomia abdominal total, no caso de carcinoma uterino.

A primeira condição do cirurgião é pôr a doente em estado de poder supportar bem a operação.

Se ella estiver bastante anemica em virtude de perdas abundantes e continuas de sangue, se a cachexia estiver avançada, será util, senão necessario, levantar as forças á doente, dando-lhe injeccões subcutaneas de sôro artificial na dóse de 400 a 1:000 grammas e mais, durante alguns dias antes da operação.

Em segundo lugar, sendo a operação feita n'um utero infectado, o cirurgião deve evitar quanto possivel, por meio d'uma desinfeccão

prévia, tudo o que possa prejudicar o bom exito da intervenção. Para este fim, far-se-hão duas a tres injeccões vaginaes muito quentes e abundantes com uma solução de sublimado a $\frac{1}{1000}$, ou de permanganato de potassio a $\frac{2}{1000}$, ou ainda de formol a $\frac{1}{1000}$, durante alguns dias antes da operação. Depois de cada injeccão, far-se-ha a applicação d'um tampon na vagina com gaze aseptica ou iodoformada.

Os outros cuidados preliminares são os mesmos que para qualquer outra operação, quer por via abdominal, quer por via vaginal.

Na vespera da operação, deve dar-se um banho á doente e em seguida um clyster ou purgante leve.

A vulva é lavada com sabão e barbeada, do mesmo modo que o abdomen. Em seguida applica-se um penso, que só se tirará na occasião da intervenção.

Immediatamente antes da operação deve-se esvaziar a bexiga do seu conteúdo, por meio do catheterismo vesical. Alguns cirurgiões dizem que o catheterismo da bexiga, feito immediatamente antes da operação, não só é dispensavel, mas até é conveniente que a bexiga não fique completamente vazia, reconhecendo-se assim, mais facilmente, a sua situação e relações.

No momento da operação procede-se a uma nova limpeza bastante cuidadosa do abdomen,

da vulva e da vagina, que devem lavar-se bem com sabão e com uma escova. Depois tira-se o sabão com uma solução de sublimado ou de formol a $\frac{1}{1000}$, applica-se em seguida ether e alcool, e termina-se com uma nova lavagem de sublimado.

Os ajudantes deverão ser em numero de tres: o cirurgião tomará os ferros que um unico ajudante lhe fará chegar á mão directamente. Um outro está encarregado da chloroformisação, e o terceiro, cujo papel é secundario e que não deve tocar nem na operação nem nos instrumentos, ficará prompto a introduzir uma pinça na vagina para fazer salientar os fundos de sacco, se no processo empregado se abrem estes fundos de sacco, sobre uma pinça vaginal.

A doente é collocada na cama d'operações e posta, depois de chloroformisada, na posição de Trendelenburg, e o operador começa a intervenção. A posição de Trendelenburg é d'uma utilidade incontestavel para todas as intervenções dos órgãos pelvicos, mas principalmente para o caso de hysterectomia abdominal, e para os casos de carcinomas uterinos. Esta posição não só offerece a vantagem de impedir efficazmente a sahida do intestino, que é conduzido para o diaphragma e facilmente protegido e isolado por um leito de compressas esterilizadas, mas tambem permite examinar em toda

a sua extensão e encontrar facilmente as massas ganglionares, quando existem.

2.º Processos operatorios

Processo de Freund. — Nas suas primeiras operações, Freund tirava o utero pela via abdominal, sem manobra vaginal, e sem se occupar mais com os lymphaticos nem com os ganglios pelvicos, posto que em 1881 tivesse aconselhado a extirpação larga nos tecidos peri-uterinos.

A technica actual é inteiramente differente. O principal é extirpar tudo o que esteja contaminado pelo neoplasma, curetando a pequena bacia exactamente como se cureta a axilla nos casos de cancro do seio :

a) Incisão circular da vagina em volta do collo uterino, vinte e quatro horas antes da operação. Nos casos em que as vegetações carcinomatosas do collo são muito exuberantes, faz-se a ablação n'uma sessão anterior ;

b) No dia seguinte faz-se a laparotomia e a hysterectomia abdominal total, depois de ter circumscripto o utero e os ligamentos largos por meio de grandes incisões, que permitem mais facilmente isolar a bexiga e o recto ;

c) Dissociação dos ligamentos largos ;

d) Investigaçào dos ganglios iliacos, que se tirarão depois de fazer no peritoneo uma

incisão paralela ao uretere, mas sómente quando estes ganglios não estejam muito adherentes aos vasos.

Processo de Riess. — A dupla característica da operação, é que na vespera da intervenção este cirurgião sutura o focinho de tenca com sêda, ou fecha-o com um retalho vaginal auto-plastico, e não faz a hysterectomia abdominal senão depois de ter curetado a bacia:

a) Incisão da vagina em volta do collo uterino;

b) Laparotomia e exploração minuciosa para procurar se ha ou não ganglios degenerados;

c) Laqueação dos vasos utero-ovaricos, depois secção do ligamento largo entre o qual e o utero se colloca um clamp;

d) Incisão do peritoneo ao nivel e parallelamente ao uretere que se disseca, até ao nivel da bifurcação da iliaca primitiva, para tirar o tecido celllular e os ganglios;

e) Secção do ligamento largo ao longo do utero depois da applicação d'um clamp, e dissecção do uretere até á face posterior da bexiga, que se isola e repelle para longe;

f) Laqueação dos vasos uterinos;

g) As mesmas manobras do lado opposto;

h) Termina-se, finalmente, pela ablação do utero, desembaraçando o fundo de sacco de Douglas, acabando assim a sua desinserção.

Processo de Clark. — a) Primeiramente intro-

duzem-se sondas nos ureteres de maneira a poderem palpar-se facilmente;

b) Laparotomia na posição Tréndelenburg;

c) Ligadura da parte superior do ligamento largo perto da parede da bacia, comprehendendo parte do ligamento redondo e da arteria ovariana;

d) Incisão do folheto anterior do ligamento largo e do peritoneo vesico-uterino, o que permite repellir a bexiga, desviar os dois folhetos do ligamento, para ir á procura da arteria uterina, que se isola e disseca até dois centímetros do utero, isto é, perto da sua origem, e liga-se antes da emissão do seu ramo vaginal. Disseca-se ao mesmo tempo o uretere livre na base do ligamento;

e) Ligadura do que resta do ligamento largo, perto dos vasos iliacos. Este fragmento é então destacado da bacia, o que faz com que o ligamento largo seja extrahido inteiro;

f) As mesmas manobras do lado opposto;

g) Perfuração da vagina com uma tesoura, puxando o utero com pinças de garras, de maneira a fazer tracções sobre a vagina e distender as suas paredes; ligadura por pequenos segmentos (um centimetro), e secção de cada segmento depois de o ter ligado. Póde-se tirar maior ou menor porção de vagina, conforme o que fôr necessario;

h) Introducção d'uma mecha de gaze iodo-

formada, no espaço deixado vazio pela hysterec-
tomia. Esta mecha introduz-se pela abertu-
ra da laparotomia, sae pela vagina, e reune em
cima o peritoneo vesical ao peritoneo parietal ;

i) Sutura do abdomen sem drenagem.

Processo de Peiser. — a) Catheterismo previo
dos ureteres segundo o methodo de Clark ;

b) Laparotomia na posição inclinada de
Trendelenburg ;

c) Ligadura dos vasos utero-ovaricos na
parte mais elevada e mais externa dos ligamen-
tos largos ;

d) Incisão, sobre uma sonda cannelada, do
peritoneo parietal, parallelamente ao uretere, e esten-
dendo-se para a parede posterior da pequena
bacia até á bifurcação da iliaca primitiva ;

e) D'esta primeira incisão peritoneal, con-
duz-se uma outra, circular e superficial, para
deante e para traz, que comprehende o perito-
neo cervico-uterino e o peritoneo do espaço
de Douglas, sem interessar o tecido conjuncti-
vo sub-jacente ;

f) Depois, seguindo sempre a direcção do
uretere, dissecam-se cuidadosamente os dois
folhetos ou retalhos peritoneaes para traz e para
diante do utero ;

g) A principio descobrem-se os ganglios
situados para fóra da iliaca primitiva e ao lado
da iliaca externa ; depois faz-se a ablação d'el-
les. Estes são os ganglios iliacos externos ;

h) Em seguida tiram-se os ganglios hypogastricos e todo o tecido cellular comprehendido no triangulo formado pelas arterias iliacas interna e externa e pelo pubis;

i) Prolonga-se esta extirpação para além dos vasos hypogastricos, limpando-se tudo o que estiver para dentro da arteria hypogastrica e para traz d'esta, até á visinhança da origem da arteria uterina;

j) Ligadura da arteria e da veia uterinas, e secção entre estas duas ligaduras. No caso em que seja difficil encontrar-se a arteria, é preciso apanhar o ligamento largo com uma pinça longa, para que a extase sanguinea a faça sobresahir melhor;

k) Separa-se em seguida completamente o ligamento largo da parede lateral da bacia até ao pavimento pelvico, tendo sempre em vista o uretere, que se reclina para fóra;

l) Extirpa-se depois um ou ambos os ganglios sagrados, e enuclea-se o tecido conjunctivo e adiposo até ao nivel da porção vaginal do collo;

m) Separa-se o utero do recto, utilizando a incisão circular mencionada mais acima, o que permite ao mesmo tempo curetar o fundo de sacco de Douglas;

n) A bexiga é attrahida para diante, os ureteres para fóra, e separam-se estes dois órgãos da vagina e do collo;

o) As mesmas manobras do lado opposto;

p) Feito isto, secciona-se a vagina, a um centimetro e meio ou dois centimetros abaixo do collo, com o thermocauterio;

q) Reunião do peritoneo visceral ao peritoneo rectal;

r) Finalmente fecha-se o abdomen sem drenagem.

Segundo Peiser, este processo seria mais rapido que o de Clark, e teria a vantagem de alargar o limite dos casos operaveis. Sómente nos casos em que os tecidos peri-uterinos estejam levemente atacados e os ureteres ainda intactos, é que se poderá intervir; no caso contrario, isto é, quando os tecidos peri-uterinos já estejam mais profundamente alterados pela degenerescencia neoplasica, ou o utero já se encontre intimamente adherente ás paredes da bacia, ou quando os ureteres, o recto e a bexiga sejam invadidos, a operação não deve fazer-se nem por este processo nem por qualquer outro.

Processo de Chalot.—A operação de Chalot, na qual se pratica a transplantação systematica dos dois ureteres, e a ligadura preventiva das duas arterias iliacas internas, foi proposta para extirpar os cancros diffusos e propagados á bexiga, porém, mais como intervenção palliativa do que como tratamento radical:

a) Laparotomia sobre um plano com uma inclinação de 45°;

b) Enquanto um ajudante levanta o utero para a symphise pubica com uma pinça de garras, transplanta-se um uretere ou os dois ureteres, segundo os casos, para a bexiga, ou para o recto ou para outra qualquer parte do intestino grosso;

c) Ligadura successiva de cada arteria hypogastrica que se encontra immediatamente depois de ter reconhecido, batendo com força debaixo do index, o angulo de bifurcação e os ramos da iliaca primitiva. A pequena ferida peritoneal, que serviu para isolar o uretere, serve tambem para isolar o tronco hypogastrico que está ligado cerca de 12 millimetros da sua origem;

d) Feitas estas ligaduras, ligam-se e cortam-se para a direita e para a esquerda os feixes vasculares tubo-ovaricos e os ligamentos redondos; depois continua-se a ligar e a cortar por pequenos feixes, indo da extremidade inferior dos ligamentos largos até ao pavimento da bacia;

e) Descollamento da bexiga do collo do utero e da vagina e secção dos topos periphericos dos ureteres, perto da bexiga; ou então, quando se trata d'um cancro propagado á bexiga, resecção d'esta ultima em volta da parte affectada, que se deixa adherente ao utero;

f) Abrir com uma tesoura o fundo de sacco ou a parede anterior da vagina; depois seccionar circularmente a extremidade superior da vagina para tirar em bloco todos os órgãos genitales internos;

g) Drenagem pela vagina e pela ferida abdominal;

h) Finalmente sutura da ferida abdominal por cima das mechas que constituem o drenô.

Este processo, que suppõe estragos consideraveis, sómente traz um allivio á doente e não constitue uma cura radical, a não ser que a lesão esteja muitissimo limitada.

Processo de Pryor. — Pryor, de New-York, propoz e praticou tambem a ligadura preventiva das duas arterias iliacas internas. Póde ser empregado não só quando se quer atacar cancros do utero, diffusos e propagados, mas tambem nos casos de recidiva depois da hysterectomia vaginal e, d'uma maneira geral, em todos os casos inoperaveis, que não devem ter um tratamento curativo, mas sim beneficia-dos por meio d'um tratamento palliativo.

Segundo Pryor, a ligadura das hypogastricas é preferivel á do ramo anterior do tronco hypogastrico, já aconselhada por Polk, porque este ultimo ramo, profundamente situado na bacia, é de ordinario muito curto, podendo até faltar e apresentar frequentes anomalias nas suas divisões.

O processo é o seguinte :

a) Laparotomia na posição de Trendelenburg ;

b) Enquanto um ajudante mantém o intestino desviado debaixo d'uma compressa, procura-se a bifurcação da aorta, e segue-se com o dedo a iliaca primitiva até á sua divisão ; deslisa-se em seguida o dedo explorador ao longo e debaixo do lado externo da iliaca interna. Determina-se então a situação do uretere, cujas fibras mais pallidas que o peritoneo, se percebem facilmente, e além d'isso tornam-se mais salientes por uma leve compressão exercida perto da iliaca interna, o que conduz á sua repleção. Ao lado dos ureteres, pinça-se o peritoneo que é cortado, e dissecase a arteria de cima para baixo, ligando-a em seguida ;

c) As mesmas manobras que do outro lado, não esquecendo que á esquerda é preciso ter cuidado de reclinar o recto para a direita ;

d) Laqueação das arterias ovarianas perto da parede lateral da bacia, e do bordo superior e externo dos ligamentos largos ;

e) Feito isto, tem-se um campo operatorio pouco mais ou menos exsangue, o que facilita singularmente o esvaziamento dos ligamentos largos, a extirpação dos ganglios com o tecido cellular pelvico, e emfim a ablação do utero ;

f) Sutura da parede abdominal.

Como muitos tumores malignos diminuem depois de se ligarem os seus vasos, muitos cirurgiões foram levados a tratar systematicamente os sarcomas e os epitheliomas do pescoço por meio da ligadura dos seus vasos, de maneira que o processo de Pryor, apesar de não constituir uma cura radical, tem a vantagem de facilitar a curetagem da bacia, e de ser uma operação palliativa nos casos inoperaveis (recidivas depois da hysterectomia vaginal, cancros uterinos propagados a todas as visceras da pequena bacia), retardando a sua evolução pela suppressão da chegada do sangue aos tecidos doentes.

Processo de Werder. — Werder propoz um processo abdomino-vaginal, bastante engenhoso, para fazer a ablação em massa do utero e da vagina, nos casos em que as paredes vaginaes estejam largamente invadidas pelo processo neoplasico, e a bexiga e o recto ainda tenham sido respeitadas :

a) Abertura do abdomen, estando a doente na posição de Trendelenburg;

b) Incisão do peritoneo vesico-uterino, e dissecação da bexiga, que está separada não só do utero, mas tambem dos ligamentos largos, tão longe quanto possivel, com o fim d'afastar os ureteres. Depois da laqueação das uterinas, um ajudante introduz dois dedos na vagina para servir de marca, e a dissecação entre a va-

gina e a bexiga prolonga-se bastante para o lado da vulva, a fim de ultrapassar amplamente os limites da infiltração cancerosa ;

c) Para traz, secção dos ligamentos utero-sagrados; o recto é separado do fundo de sacco de Douglas, e o descollamento do septo recto-vaginal prolonga-se tanto quanto seja necessario ;

d) O utero e a vagina só estão retidos pela base dos ligamentos largos e pelas paredes lateraes da vagina, que se libertam seccionando-as com umas tesouras. Uma vez libertados, o utero e a vagina, são repellidos para a vulva, suturando tanto o peritoneo vesical como o peritoneo rectal ;

e) Sutura da parede abdominal sem drenagem ;

f) Estando a doente na posição horisontal e collocada na de talha, o utero que já está saliente na vulva é puxado completamente para fóra, e a vagina soffre uma inversão, que permite seccional-a com o thermocauterio por cima do fundo do utero em prolapso ;

g) Finalmente introduz-se um tampão vaginal de gaze iodoformada ou esterilizada.

Vê-se que n'este processo todos os tempos operatorios se executam sem que os dedos do operador toquem o collo doente, e sem que este collo infectado possa estar em contacto com uma superficie cruenta. Evita-se d'este

modo a possibilidade d'inocular as partes sãs com os elementos cancerosos.

Processo de Jacobs.—Jacobs faz a hysterectomia abdominal total em dois tempos: na primeira, ablação do corpo do utero, na segunda, ablação do collo:

a) Depois d'uma desinfecção prévia da vagina e do collo com injecções antisepticas, ou mesmo por meio de cauterisações profundas no collo doente, e depois de collocar a doente na posição de Trendelenburg, faz-se a laparotomia;

b) Libertação do utero e dos annexos, que se puxam para fóra das paredes abdominaes;

c) Os ligamentos largos são cortados para fóra dos annexos, e collocam-se tres pinças hemostaticas de Péan nas arterias ovarianas, arterias uterinas e ligamentos redondos. A incisão dos ligamentos largos deve ser feita até ao nivel do orificio interno do collo;

d) Depois de se cortar rapida e transversalmente o collo, faz-se a ablação do utero e dos annexos. Fazem-se leves cauterisações com o thermocauterio na secção do canal, e dentro da cavidade cervical;

e) Laqueação immediata de cada uma das arterias, em separado, para desembaraçar o campo operatorio, facilitando assim o desdobramento dos ligamentos largos;

f) Extirpação de todos os ganglios lymphaticos.

ticos, dispersos pelo tecido cellular pelvico, e ao longo dos vasos (ganglios iliacos internos, iliacos externos, sagrados) depois d'uma investigação cuidadosa, por causa da visinhança dos ureteres, que se poderão catheterisar quando os ligamentos largos estejam profundamente atacados. A principio fecham-se os dois folhetos entre-abertos dos ligamentos largos por uma fina sobreposição até á visinhança do collo;

g) Depois ablação do collo uterino: o collo é fortemente attrahido para cima por duas pinças de tracção; introduz-se um dos ramos da tesoura no canal cervical e corta-se o collo directamente de cima para baixo. Quando a incisão chega á porção vaginal do collo, a vagina encontra-se aberta, e immediatamente o index esquerdo será ahi introduzido para guiar as tesouras no corte da circumferencia da vagina, quer ao nivel das suas inserções no collo, quer mais abaixo, e para além dos tecidos invadidos pelo neoplasma, se os fundos de sacco não estiverem indemnes;

h) Sutura da parede abdominal.

Segundo Jacobs, em onze operadas teve uma morte e dez curas, apesar das intervenções terem sido feitas em condições pouco favoraveis.

Processo de Penrose.—A operação faz-se igualmente em dois tempos; mas Penrose ado-

pta o methodo abdomino-vaginal, isto é, tira primeiro o utero por via abdominal, e depois faz a extirpação do collo pela vagina.

Este methodo tem a vantagem de se praticar em ultimo logar e fóra da cavidade peritoneal — o tempo mais perigoso da operação — pois que o collo infectado e degenerado é tirado pela vagina no fim da intervenção.

Processo de Terrier.—O processo d'este operador é variavel, segundo os casos: assim nos casos simples faz-se a ablação do utero pelo abdomen e n'um só tempo, seccionando primeiro a vagina para diante; depois pouco a pouco para a direita e para a esquerda, segundo as regras ordinarias da hysterectomia abdominal total. Outras vezes, sobretudo quando se trata de uteros já augmentados de volume pela degenerescencia carcinomatosa, pratica-se a ablação do orgão em dois tempos, como faz Jacobs: primeiro a hysterectomia supra vaginal, e depois a extirpação do collo.

Processo de J. L. Faure.—Faure aconselha para a ablação dos uteros carcinomatosos a secção mediana anterior do utero, exactamente pelo mesmo processo de que se serve nas hysterectomias nos casos de suppurações periuterinas. Este processo tem o inconveniente de infectar o peritoneo, quando ha retenção de pús nos uteros carcinomatosos.

Processo de Ricard.—Ricard liga preventi-

vamente as arterias uterinas, depois de ter seccionado os ligamentos largos ao longo do utero.

Em seguida á ablação dos annexos, extirpa em massa o utero e a vagina que têm sido dissecados e separados da bexiga e do recto tão longe quanto seja necessario, chegando algumas vezes até $\frac{1}{3}$ do nivel inferior da vagina. O processo de Ricard differe do de Werder, em ser a ablação toda feita pela via abdominal.

Em summa, como acabamos de vêr, não ha um processo typico para a ablação do cancro do utero pela via abdominal. Em qualquer dos processos apresentam-se circumstancias variaveis, segundo os casos, pois que os tempos operatorios devem necessariamente regular-se pela séde e fórma das lesões, pela sua maior ou menor extensão, presença de adherencias ou de lesões annexiaes, e coexistencia d'outros tumores, etc.

Algumas indicações geraes, porém, se devem reter.

1.º Todas as doentes devem ser operadas n'um plano inclinado e na posição de Trendelenburg.

2.º A curetagem ou ablação das vegetações exuberantes do collo uterino, por meio do thermocauterio, e ainda a sutura do orificio uterino no caso de cancro do corpo, são excellentes precauções para evitar os accidentes septice-micos.

3.º Muitas vezes facilita-se o isolamento do collo pelo abdomen, e evitam-se mais facilmente as feridas da bexiga e do recto, pela incisão prévia da vagina em torno do collo uterino.

4.º Os diferentes tempos da hysterectomia são facilitados pela ligadura preventiva das arterias uterinas.

5.º É preciso extirpar o utero em bloco sem o abrir nem lacerar, sempre que seja possível, porque muitas vezes é inteiramente impossível em consequencia da sua friabilidade.

6.º Finalmente, apesar da contra-indicação de muitos cirurgiões, seria conveniente estabelecer uma drenagem abdominal.

Accidentes e complicações

Os accidentes e as complicações da operação podem sobrevir quer durante a operação, quer depois da operação.

1.º Accidentes ou complicações que podem sobrevir durante a operação

Estes accidentes não são particulares á hysterectomia abdominal, porque se podem encontrar em qualquer laparotomia, cuja intervenção seja dirigida para a pequena bacia. São por ordem de frequência :

Adherencias do utero com os órgãos visinhos ;

Hemorragias ;

Feridas da bexiga ;

Ferida ou ligadura dos ureteres ;

Feridas do recto.

a) *Adherencias do utero com os orgãos visinhos.* — Estas adherencias podem ser do utero com o epiploon, do utero com o peritoneo parietal, do utero com o intestino, etc.

1.º *Adherencias do utero com o epiploon ou adherencias epiploicas.* — Estas adherencias rompem-se facilmente com o dedo, quando são pouco solidas; no caso contrario, cortam-se entre duas ligaduras.

2.º *Adherencias do utero com o peritoneo parietal.* — Estas adherencias, em geral, são pouco resistentes, e libertam-se facilmente com o dedo.

3.º *Adherencias do utero com o intestino.* — De todas as adherencias do utero com os orgãos visinhos, aquellas que constituem um caso mais complicado, são as do utero com o intestino, e, ainda assim, facilmente se destacam a maior parte das vezes. Comtudo é preciso proceder branda e lentamente com o dedo, e de vez em quando ir destacando as adherencias com auxilio da tesoura. Se, apesar de todos os cuidados, as adherencias estão intimamente unidas ás tun.cas intestinaes, e estas são tão friaveis que venham a romper-se e que o intestino seja lacerado ou aberto, é preciso praticar immediatamente a sutura d'este intestino. Esta sutura faz-se n'um plano sero-muscular ou em dois planos sero-serosos.

Algumas vezes as adherencias fazem-se com o appendice ilio-coecal, e então far-se-ha a resecção nos casos em que a sua libertação seja mais ou menos difficilissima.

b) *Hemorrhagias.* — As hemorrhagias na hysterectomia abdominal raras vezes causam accidentes graves, porque os vasos facilmente são pinçados e laqueados; porém, nos casos de carcinoma uterino a hemostase é por vezes difficil em consequencia da compressão que as arterias uterinas soffrem pelo neoplasma, e por estarem atrophiadas no meio dos tecidos ambientes. Por isso são difficeis d'encontrar, e pela sua friabilidade, difficeis de laquear, porque são cortadas pelas ligaduras. N'estes casos, a hemorrhagia é suspensa muitas vezes pela compressão, por causa da estreiteza do calibre dos vasos.

Outras vezes as hemorrhagias são produzidas por uma ferida da arteria iliaca externa, consecutiva á ablação dos ganglios intimamente adherentes a estes vasos.

c) *Feridas da bexiga.* — As feridas da bexiga, apesar de serem menos frequentes do que nos casos de hysterectomia vaginal, ainda se produzem. N'estes casos a sutura faz-se com o auxilio de tres planos sero-serosos. Em geral este accidente não traz nenhum incidente consecutivo.

d) *Ferida ou ligadura dos ureteres.* — Este

accidente, embora facil d'evitar, póde produzir-se no momento da separação do collo uterino e da ligadura das arterias uterinas.

Quando o uretere está englobado pelo tecido neoplasico, de maneira que constitue quasi um tecido commum, ou quando está comprimido pelos ganglios degenerados, é preciso, para evitar que seja ferido ou ligado, catheterisal-o para o libertar e dissecar, o que se consegue com muita difficuldade, e algumas vezes até será impossivel. Porém, se o uretere fôr cortado, então deve praticar-se a ureterocysto-neostomia.

e) *Feridas do recto.* — Estas feridas são muito raras e inteiramente excepçionaes.

2.º Accidentes ou complicações post-operatorias

Os principaes accidentes que podem sobrevir depois da intervenção são o shock operatorio e as hemorragias.

a) *Shock operatorio.* — Entende-se por shock operatorio o estado de fraqueza e de abatimento extremo, em que se encontra a doente depois da operação, e que resulta, d'uma parte, do esgotamento nervoso inherente a toda a operação grave com anesthesia prolongada, e d'outra parte, da perda de sangue soffrida durante a intervenção.

Na hysterectomia abdominal total o shock

operatorio, quando existe, apresenta maior gravidade, principalmente, nas doentes idosas ou muito anemiadas; ou que ainda soffrem uma affecção renal ou cardiaca, etc.

Outras vezes o shock operatorio apresenta-se de modo differente: o pulso é rapido, pequeno, irregular; ha hypothermia ou hyperthermia, e então deve ser mais considerado como sendo consecutivo a uma septicemia, a uma infecção, do que devido a uma hemorragia ou ao esgotamento nervoso.

b) *Septicemia*. — A hysterectomia abdominal total, applicada aos casos de carcinoma uterino, é aquella que mais vezes é seguida de septicemia, que resulta antes de condições inherentes á doença do que do processo operatorio. Os cuidados rigorosos de asepsia, a posição inclinada de Trendelenburg, o isolamento cuidadoso da cavidade peritoneal, fazem com que estes accidentes infecciosos diminuam cada vez mais.

c) Como accidentes tardios, observados em consequencia da hysterectomia abdominal total nos casos de cancros uterinos, temos ainda a assignalar fistulas urinarias (algumas vezes uretero ou vesico-abdominaes, mas sobretudo vesico-vaginaes), e fistulas intestinaes (principalmente recto-vaginaes), que algumas vezes se reparam rapida e espontaneamente, e outras vezes precisam d'uma intervenção.

Resultados da hysterectomia abdominal total como tratamento dos carcinomas uterinos

Resultados immediatos

Os resultados immediatos da hysterectomia abdominal são : o shock operatorio, as hemorragias arteriaes e a septicemia.

1.º *Shock operatorio.* — O shock operatorio depende do tempo que leva a fazer a hysterectomia e da hemorragia. Antigamente uma hysterectomia abdominal era sempre muito demorada, ultrapassando muitas vezes mais de duas horas ; a hemorragia era abundante em consequencia da hemostase ser imperfeita. O traumatismo intestinal era consideravel, porque as ansas intestinaes, mal protegidas, ficavam expostas ao ar durante muito tempo.

2.º *Hemorrhagias arteriales*. — As ligaduras eram difficeis d'applicar, sobretudo as da parte inferior dos ligamentos largos, e muitas vezes não preenchiam perfeitamente o seu papel.

3.º *Septicemia*. — Esta complicação era a mais commum e a peor que se podia apresentar n'uma hysterectomia abdominal, porque a antiseptia e asepsia ainda estavam mal reguladas, e não se sabia proteger bem as ansas intestinaes e a cavidade peritoneal. A maior parte da mortalidade n'estas intervenções era devida á septicemia, sendo por isso que os operadores optavam pela hysterectomia vaginal, onde a percentagem na mortalidade era relativamente menor. Hoje os resultados immediatos do shock operatorio, hemorrhagias e septicemia diminuiram muito em virtude dos progressos de cirurgia abdominal e de uma asepsia rigorosa.

Resultados remotos

De tudo o que nós vimos, conclue-se que, no tratamento dos carcinomas uterinos, a hysterectomia abdominal total não é mais grave do que a hysterectomia vaginal; porém, o que importa sobretudo estabelecer, são os resultados remotos, e o resultado therapeutico d'esta operação. Segundo Labadie-Lagrave e Legueu não se trata aqui de vêr quanto tempo viverá a doente, mas sim o tempo que a doente per-

manecerá sem recidivas. O periodo de integridade que a operação confere, constitue o seu unico beneficio; e a duração d'este periodo é tambem o unico meio que permite julgar o valor da operação. Dada uma vez a recidiva, a doente considera-se condemnada, e pouco importa que ella tenha ainda por algum tempo uma existencia dolorosa.

O que mais interessa ao cirurgião na intervenção dos casos de carcinomas uterinos, é a não recidiva da neoplasia; mas, como as estatisticas nos mostram que, na maioria dos casos, a recidiva é que tem logar, e até em muitos dos casos considerados como curados e não recidivados, é muito provavel que não tivesse havido um diagnostico rigoroso e se tratasse de lesões differentes das de cancro do utero, conclue-se que tão sómente se deverá intervir quando haja possibilidade de extirpar todo o mal.

FIM

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — A origem e distribuição dos lymphaticos no utero não é a mesma no corpo e no collo.

Physiologia. — Ha sempre destruição d'uma certa quantidade de materias albuminoides no organismo.

Materia medica. — De todas as substancias purgativas são os calomelanos que mais indicações têm em pediatria.

Pathologia externa. — No tratamento do anthrax opto pela abertura precoce.

Pathologia interna. — Só a bacteriologia pôde diagnosticar com segurança a diphteria.

Medicina operatoria. — Nos casos de carcinoma uterino localizado no collo, prefiro a hysterectomia vaginal á hysterectomia abdominal.

Partos. — A apresentação de face é uma modificação da apresentação de vertice.

Anatomia pathologica. — Ha suppuração sem microbios.

Hygiene. — Em geral um clima é tanto mais salubre quanto mais afastado estiver do equador.

Pathologia geral. — Os neoplasmas malignos podem transmittir-se por hereditariedade.

Visto.
A. Brandão.

Pôde imprimir-se.
O. Monteiro.