

IV

N.º 135

Francisco José Mateus

O Porto

Cesáreo

Tese de doutoramento
apresentada à
Faculdade de Medicina do Pôrto

JULHO DE 1922

1922

—
IMPrensa NACIONAL
DE
JAIME VASCONCELOS
204, Rua José Falcão, 206
PÓRTO

O Parto Cesáreo

Francisco José Mateus

O Parto

Cesáreo

Tese de doutoramento
apresentada à
Faculdade de Medicina do Pôrto

JULHO DE 1922

1922

IMPrensa NACIONAL
DE
JAIME VASCONCELOS
204, Rua José Falcão, 206
PÔRTO

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior

SECRETÁRIO INTERINO

Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários

Anatomia descritiva	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embriologia	Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia geral e especial	Vaga
Farmacologia	Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão
Patologia geral	Dr. Alberto Pereira Pinto de Agular
Anatomia patológica	Dr. António Joaquim de Souza Júnior
Bacteriologia e Parasitologia . . .	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Higiene	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Medicina legal	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Anatomia topográfica e Medicina operatória	Vaga
Patologia cirúrgica.	Dr. Carlos Alberto de Lima
Clínica cirúrgica.	Dr. Álvaro Teixeira Bastos
Patologia médica	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clínica médica	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapêutica geral	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clínica obstétrica	Vaga
História da medicina e Deontolo- gia.	Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos
Dermatologia e Sifillografia . . .	Dr. Luís de Freitas Viegas
Psiquiatria.	Dr. António de Souza Magalhães e Lemos
Pediatria	Dr. António de Almeida Garrett

Professor Jubilado

Dr. Pedro Augusto Dias

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.
(Art. 15.º § 2.º do *Regulamento Privativo da Faculdade de Medicina do Porto*,
de 3 de Janeiro de 1920).



À memória querida de minha Mãe

Como te desejava neste momento junto de mim; seria feliz se te visse por instantes. A tua Imagem, que eu adoro como um ente sagrado, anda sempre gravada no meu coração. Lembrando-te na primeira página d'êste meu trabalho, cumprio um dever sacratíssimo pelo muito que me querias.

Com pungente saudade presto homenagem à tua memória.



A meu pai

Compreendo qual a vossa alegria
ao verdes no fim da sua formatura,
aquele que tanto vos quer.

Só para vós este modesto trabalho
terá valor, visto que representa a con-
clusão das vossas e minhas aspirações.

Permiti que em paga da muita es-
tima, vos ofereça o meu coração e ao
mesmo tempo vos peça a benção.

A meus tios

EM ESPECIAL

Abilio Augusto Mateus

E

Manoel António Mateus

A vós pertence o fruto dêste meu trabalho. Sei bem o quanto vos devo. Nunca esquecerei os vossos conselhos e o favor que de vós recebi.

O meu reconhecimento e gratidão para convôsko serão tão grandes, como grandes foram para comigo os vossos sacrifícios.

A meus irmãos

EM ESPECIAL

Emídio Augusto Mateus

E

Berta da Natividade Mateus

Aceitai a pobre oferta, não pelo que vale mas pelo que significa. Não sei como pagar-vos o que me tendes feito. Conheço a amizade que me dedicais e por isso quero neste momento estreitar-vos num sincero abraço.

Para ti, meu caro Emídio, não encontro palavras com que possa traduzir o meu apreço pelos dotes do teu bondoso coração, e, o meu reconhecimento pela estima que sempre me dispensaste.

A MINHA CUNHADA

Izabel Maria d'Oliveira

Considero-te como irmã. Admiro os
teus bons sentimentos e agradeço a tua
amizade.

A MINHA MADRINHA

Ana Rita

Esquecê-la neste momento seria
uma falta ao cumprimento do meu de-
ver. Saberei avaliar o que me tem feito,
agradecendo reconhecidamente todas
as atenções dispensadas.

A meus primos e primas

Para todos um abraço.

A Alguem ...

Ao meu dedicado amigo

DR. JOSÉ NOGUEIRA NUNES

Por grande que fôsse a minha gratidão para contigo, nunca igualaria a tua amizade. Não calculas qual o sentimento que me val na alma, ao lembrar-me que tenho de deixar a tua leal camaradagem, que durante cinco anos conheci intimamente. Aqui te deixo a mais profunda saudade, com um abraço de despedida.

**Aos meus amigos
em especial**

Dr. Carlos Moreira
Dr. Manoel Antonio Pires
Dr. Cristiano de Moraes
Mario Augusto Lopes
Aquiles José d'Oliveira
Afonso Ligório de Castro

A todos um abraço.

**Aos meus condiscípulos
em especial**

Dr. Henrique Seixas
Dr. Francisco Antonio Rodrigues
Dr. Francisco Vasques de Carvalho
Dr. Augusto Dias de Barros
Dr. João Victor Macedo Pinto
Dr. Manoel Paula de Souza Martins
Dr. João Andrade Lima

Com um saudoso abraço.

À Ex.^{ma} Família de
Ernesto Adolfo d'Oliveira

Em especial a minha madrinha

D. Carlota Joaquina d'Oliveira

Eterna gratidão e profundo reconhecimento de quem tanto vos deve.

AO EX.^{mo} SENHOR

Dr. Artur Nogueira Soares Vieira

e sua Ex.^{ma} Esposa

D. Lucinda d'Oliveira Nogueira Soares

Reconhecida gratidão pelos seus obséquios.

AOS MEUS EX.^{mos} AMIGOS

Dr. José Joaquim d'Oliveira

Homenagem ao seu saber.

Alfredo Adelino d'Oliveira

e

Antonio de Moraes Pimentel

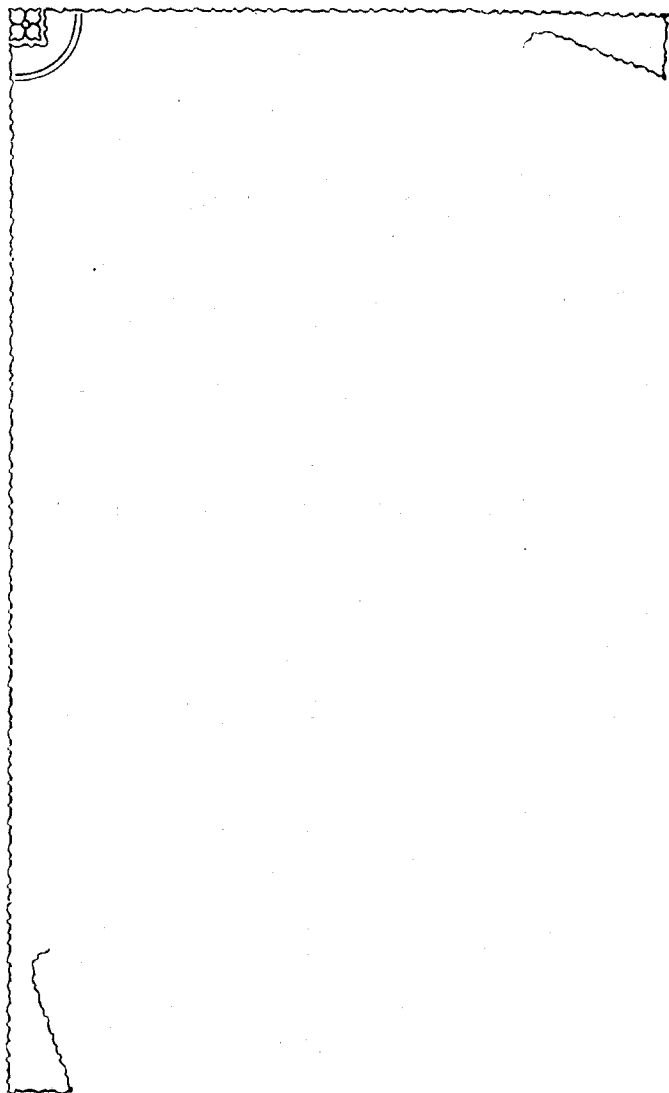
Obrigado pela vossa amizade.

Ao illustrissimo corpo docente
da Faculdade de Medicina do Pôrto

Ào Ex.^{mo} Professor e meu Ilustre Presidente de Tese

Dr. Carlos Alberto de Lima

Consideração e respeito.



ADVERTÊNCIA

Impõe-nos a lei o pesado encargo de, no final do curso, apresentar um trabalho, a que chamamos tese, sem o qual não obtemos o diploma, que nos permite exercer a profissão clínica. Pelo que me diz respeito, duas dificuldades encontrei, para desempenhar semelhante tarefa: a escolha do assunto e a falta de competência para assumir a responsabilidade de elaborar um trabalho original.

Procurando estudar um problema clínico, reconheci com desalento a exiguidade dos casos interessantes que aparecem nas enfermarias do Hospital de Santo António, cuja falta de recursos se agrava de dia para dia. Por outro lado, cursando o último ano da Faculdade, por força que os meus conhecimentos seriam escassos e reduzida a minha observação, para afoitamente empreender e levar a cabo um trabalho que medianamente me satisfizesse.

Sei bem qual é a importância desta tarefa e por isso declino tão grande responsabilidade.

O modesto trabalho com que hoje pretendo concluir a minha carreira académica é cheio de lacunas, de deficiências; sou o primeiro a vê-las. Espero, entretanto, que

o ilustre e sapientíssimo júri que há-de julgá-lo, faça justiça à minha intenção: o desejo de cumprir um dever, a que não podia furtar-me.

É profunda a minha saudade ao lembrar-me de que, em breve, tenho de deixar a nossa Escola onde passei dias tão alegres e onde encontrei amigos sinceros, para entrar na missão espinhosa que me está reservada mas, ao mesmo tempo, sinto-me satisfeito por vêr realizadas as aspirações de todos aqueles que me são caros.

Não quero neste momento deixar de exprimir a minha profunda gratidão a todos os meus Ex.^{mos} Professores pela maneira como sempre me trataram e a que eu correspondei com o mais alto respeito.

O meu trabalho vai versar sobre a *operação cesariana*. Como o assunto é bastante conhecido pouco ou nada terá de original, — simplesmente algumas considerações sobre êste ou aquele ponto, que me pareça mais importante. Apesar de ser uma operação bastante estudada, tem sido desde o seu início objecto de larga discussão entre os parteiros. Era para eles e é ainda hoje, problema difícil resolver

a escolha entre a histerotomia e outras intervenções, como a sinfisiotomia, o parto prematuro artificial, a aplicação de forceps, a versão, etc., em casos de distócia.

Tendo escolhido um assunto de tão alta importância para a minha dissertação não é pretensão minha resolver este problema, mas sim, fazer algumas considerações sobre o parto cesáreo e apresentar uma estatística das operações cesareanas realizadas na enfermaria da nossa Faculdade, bem assim como mencionar duas observações ocorridas no ano que frequentei a Clínica Obstétrica.

A primeira dessas observações foi colhida por mim, visto que pertence a uma doente de quem fiz um relatório e a segunda foi gentilmente cedida pelo meu colega João Victor de Macedo Pinto, a quem reconhecidamente agradeço.

Uma e outra são incompletas e defeituosas, o que se explica pela circunstância de terem sido redigidas para um simples relatório e sem que pela mente me passasse a ideia de que viria a aproveitá-las para a minha tese de doutoramento.

Antes de concluir, resta-me agradecer sumamente

penhorado ao Ex.^{mo} Sr. Dr. Alberto Saavedra, a gentileza com que sempre me recebeu e o auxílio que me dispensou, orientando-me na elaboração dêste trabalho, bem assim como ao meu Ex.^{mo} Professor, Sr. Dr. Carlos Alberto de Lima por me ter dado a subida honra de presidir a esta dissertação.

DEFINIÇÃO

Chama-se *parto cesáreo* ou *operação cesareana*, a extracção de feto através duma abertura criada nas paredes abdominal e uterina.

A operação ainda é conhecida por *histerotomia abdominal*, (1) nome que hoje está bastante em desuso.

Segundo a lenda esta operação deve o seu nome a Julio César que, na opinião de Plinio, foi um dos primeiros que nasceu pela histerotomia, praticada *post-mortem* em sua mãe.

(1) Devo esclarecer, furtando-me a inevitável reparo, que exclusivamente me refiro à cesareana clássica tal como a compreenderam Rousset e os seus continuadores, não me preocupando com outras intervenções muito diversas, embora impropriamente tragam o rótulo de cesáreas, como a cesárea vaginal de Dührssen.

HISTÓRIA

Seria empresa difícil o traçar pormenorizadamente a história da operação cesareana. Não me abalanço a tanto, limitando-me a recordar os factos basilares, colhidos na leitura de algumas obras, em que o assunto é versado com largueza.

Esta operação parece ter sido conhecida desde remotas eras. Assegura-se que já os romanos a praticavam algumas vezes, pelo menos *post-mortem*.

No dizer de Plínio, a vida dos homens célebres, Scipião o Africano, Manílio e Julio César, foi salva por uma lei, promulgada por Numa Pompílio, a qual proibia o enterramento das mulheres que morressem grávidas, sem primeiro lhes ser aberto o ventre.

Em 1740 o rei da Sicília promulgou um édito, condenando à morte todos os médicos que deixassem de praticar a operação cesareana nas mulheres que morressem nos últimos meses da gravidez.

No ocidente os judeus também conheciam a operação cesárea, e negavam o direito de progenitura às crianças nascidas por abertura do ventre.

Dando crédito a Guillemeau, entre os Sanchos que reinaram na Navarra, um teria nascido por inconsciente intervenção cesárea dum mouro, que prostrou em terra a rainha grávida com um golpe no ventre, através do qual logo saiu um braço, a seguir o corpo, acabando um fidalgo de nome Guevara por exteriorizar o feto.

Além dêste, outros casos são citados durante esta época.

Ao findar a idade média e no comêço da renascença, a operação cesárea tornou-se mais freqüente.

Afirma Sacombe que Eduardo vi, filho de Henrique viii, nasceu em 1537, por uma intervenção cesárea executada por sua mãe Joana Seymóur.

Um médico italiano, Matias Cornax, em 1550 narra um caso de Margarida Karlinger, que pela operação cesareana foi aliviada duma criança morta que trazia no ventre havia 4 anos, e, que morreu duma segunda gravidez por não lhe terem praticado a mesma operação.

Apesar de não poder ao certo fixar-se a época em que se empregou pela primeira vez a operação cesareana, o primeiro facto autêntico que nos historiadores se encontra, é citado por Nicolas Falcon em 1491 e segundo Jean Goulin já tinha sido praticado em 1424 numa mulher chamada Graon, que escapou, assim como o filho.

Um caso muito interessante vem citado na tese de concurso do malogrado professor Dr. João de Meira a pág. 4, que diz pouco mais ou menos o seguinte:

No ano de 1500, Isabel Alespachin, mulher de Jacques Nuffer, castrador de porcos da aldeia de Siergerskensen Thurgóvia, estando grávida do primeiro filho e sentindo as dores da maternidade, mandou chamar umas parteiras; estas esperavam que o parto se desse; passaram-se 5 ou 6 dias e as dores sendo cada vez mais vivas, o marido

propoz-lhe uma operação que com a graça de Deus podia levar as coisas a bom fim, o que ela aceitou, visto que os cirurgiões lhe disseram que só mediante esta operação ela podia aliviar-se.

Jacques Nuffer pediu autorização ao juiz que apesar de se opôr, a princípio, veio a consentir. Jacques Nuffer voltando para casa implorou o socorro divino e deitou a mulher sobre uma mesa; praticou uma incisão no ventre, entrou no utero, tirou a criança e em seguida costurou a parede abdominal. A ferida cicatrizou e a mulher salvou-se.

Apesar dêstes factos, na opinião geral dos cirurgiões pelo meado do século xvi, pois nenhum outro caso se conhece até esta data, a operação cesareana era mortal, motivo por que esteve bastante tempo sem o verdadeiro desenvolvimento, a ponto de Ambrósio Pareu afirmar que só por milagre podia ser bem sucedida e por isso a impossibilidade de a praticar.

Passados 20 a 25 anos, aproximadamente, depois desta data, em 1581, appareceu um trabalho de Rousset, que inicia a era scientifica da operação cesareana.

Êste grande operador defende calorosamente esta operação, mas apesar disso, nos dois séculos seguintes, poucas vezes foi empregada, e quando era, quási sempre com resultados funestos.

Mostra êste grande cirurgião qual a necessidade da operação cesárea quando o parto parece impossível pelas vias naturais, como sendo o único meio de salvação para a mãe e para o filho, acentuando a possibilidade feliz da operação por meio de várias experiências e observações, afirmando que os accidentes eram muito mais graves quando a operação não era praticada e por isso podiam evitar-se por tal meio.

Fala também dos exitos que teve nas suas operações,

pormenorizando ao mesmo tempo a sua técnica e vantagens.

Rousset recomenda a incisão aos lados do abdômen com um comprimento de 16 centímetros, costeando o músculo recto, sem lhe tocar, a todo o seu comprimento.

Aconselha também a costura do abdômen e a drenagem da cavidade uterina, através do colo e vagina.

Como era natural encontrou muitos adversários das suas doutrinas, visto que os mais abalisados cirurgiões daquele tempo eram de opinião contrária, a respeito desta operação, praticada na mulher viva.

Rousset, em 1590, lutou com as objecções dos seus adversários, descrevendo desta vez a operação com grande minucia, defendendo-a com entusiasmo e animando os cirurgiões a praticá-la.

Êste trabalho teve críticas, principalmente da parte de Marchant, que combate energicamente a operação cesareana, procurando demonstrar que as observações de Rousset eram falsas.

Guillemeau combateu também as ideias de Rousset atacando as suas doutrinas.

Neste mesmo ano, Rousset publicou a sua defesa com novas observações mas, apesar disto, os seus adversários continuavam sempre intransigentes na prática da operação na mulher viva, dizendo que várias vezes tinham experimentado, mas sem nenhum êxito.

Destas grandes discordâncias resultou grande retraimento na prática da operação cesareana, de maneira que no século xvii ficou quasi esquecida.

No século xviii é que a operação se generalizou, depois dos esforços de vários operadores, como Auleau (1704), Simon (1761), Delamote (1765), Levret (1770), Deleurye (1777), Lauverjat (1788), etc.

Nos começos dèste século, J. Ruleau, cirurgião de Xaintes, publicou um tratado em que recorda todas as razões de Rousset, citando ao mesmo tempo o caso feliz duma mulher operada por êle, que havia dias estava com dores, correndo a operação sem nenhum acidente.

Não podia êste caso de êxito ficar sem encontrar adversários. Mauriceau rejeita esta operação na mulher viva, mas apesar disto êste operador contribuiu bastante para o aperfeiçoamento da técnica operatória, que mais tarde foi usada.

Ainda no século XVIII, François Simon, célebre cirurgião francês, numa das memórias apresentadas à Academia Real de Cirurgia, estuda minuciosamente quais os casos em que devia ser indicada a operação cesareana e por êste motivo o seu trabalho é um dos mais importantes que apareceram nesta época.

Como se vê, todos os autores expendiam as suas opiniões, mas nenhum se preocupava com a costura do útero.

Neste momento, a técnica operatória começou também a preocupar os cirurgiões.

Rousset, como já disse, aconselhava a incisão aos lados do abdómen, ao passo que Mauriceau recomendava a incisão na linha média. Simon nas suas observações, ora prefere a linha média, ora os lados do abdómen.

Êste aperfeiçoamento de técnica foi cada vez maior, muito principalmente pelo que respeitava à incisão abdominal, pois diziam os cirurgiões «que do lugar da incisão dependia o bom êxito operatório».

Neste tempo aparece Baudelocque, que depois de apreciar a técnica das incisões até aî conhecidas, optou pela incisão média, dizendo que as outras podiam trazer graves inconvenientes.

Este operador estudou também o momento da intervenção, maneira de extrair o feto e modo de combater a hemorragia.

Em 1798, fez com que a Sociedade de Medicina de Paris consagrasse a operação cesareana, declarando que era o único meio de, em certos casos, salvar a mãe e o filho.

Baudelocque ocupa na história da operação cesareana um lugar ao lado de Rousset. Com este cirurgião começou uma nova era para esta operação, mas devido à falta de cuidados de assépsia, que neste tempo era desconhecida, contavam-se vários casos de morte, motivo por que os cirurgiões se recusavam a intervir na mulher viva.

As causas mais frequentes de morte eram os septi-cemias e as peritonites e compreende-se que a falta de assépsia desse tais resultados.

Pela criação da sinfisiotomia, nos fins do século XVIII, apareceram adversários da operação cesareana, mostrando-se partidários desta nova operação, de maneira que houve uma verdadeira luta entre os cesaristas e sinfisiotomistas, fazendo como já sabemos Baudelocque parte dos primeiros.

Em 1876 Porro, vendo a elevada mortalidade da operação cesareana, preconizou a sua operação (amputação do utero por cima do colo depois da extracção do feto), com grande sucesso em França, encontrando vários adeptos.

Porro mostrou aos operadores que a antisepsia nesta operação era tudo, assim como o manual operatório.

A partir desta época o prognóstico da operação cesareana melhorou.

Vários foram os processos de técnica preconizados

pelos parteiros, até que nos fins do século xix se foi aperfeiçoando cada vez mais, assim como o rigor de assépsia cirúrgica.

Preocupavam-se também os cirurgiões com a duração da operação por causa da dor e da hemorragia que havia na ocasião da intervenção; desta maneira chegaram-se a fazer operações em menos de um quarto de hora, chegando mesmo a mencionar-se casos em que ela não durou mais que três minutos.

A maioria dos cirurgiões no começo do século xix, não costuravam a parede uterina e foi este tempo da operação que mais preocupou a imaginação dos parteiros.

Realizada a histerotomia, o utero era abandonado aberto, assim como o abdómen. Essa ferida precisava, segundo eles pensavam, de ficar aberta para evitar a retenção dos lóquios na cavidade abdominal; não nos pode causar surpresa a rapidez com que então se manifestavam os accidentes de peritonite ou de septicemia. O intestino participava também destes accidentes, chegando por vezes a perfurar-se, o que originava fístulas estercorais.

Os cirurgiões impressionavam-se bastante, e por isso é natural que se esforçassem por evitar estes accidentes, voltando à histerorrafia, que já Rousset e Baudelocque aconselhavam e alguns cirurgiões praticavam.

Não houve costura, por mais complicada que fôsse, que não tivesse sido usada; costuras superficiais, profundas, costuras em 8, umas simples outras complicadas etc., até a actual simplificação.

As primeiras costuras uterinas que foram empregadas, eram constituídas por sêda, crina, cânhamo, e fio de ferro. Mais tarde os cirurgiões recorreram aos fios de prata e *cat-gut*, em que depositaram todas as esperanças.

Hoje usa-se, como veremos, a sêda.

Apesar de tudo isto ainda houve alguns insucessos, certamente pela falta de assésia.

*

*

*

Bosquejando a evolução do parto cesáreo através dos séculos, cumpre-me dedicar algumas linhas, ainda que rápidas, à *historia da operação cesareana em Portugal*.

Pelas investigações do falecido professor Dr. João de Meira, até 1908 o parto cesáreo só tinha sido praticado umas duas dezenas de vezes no nosso país.

Vários autores que exerceram clínica nos séculos xvii e xviii, não se referem nos seus trabalhos a esta operação, mas segundo a tradição, parece que algumas vezes foi praticada.

Segundo a lenda, D. Goçoy teria sido retirado do ventre de sua mãe *post-mortem*, em Cabeceiras de Bastos, no século x, sendo a operação praticada por seu próprio pai.

D. Goçoy, a quem se refere a tradição, tendo sido assim retirado do utero, foi metido no corpo de várias rezes para o ir aquecendo, porque se não era invital.

D. Goçoy foi cognominado *Nonnato* por não ter chegado a nascer naturalmente.

A observação mais digna de crédito, é citada por Francisco Correia de Amaral Castelo Branco numa obra que foi impressa, intitulada «*Noticia de hum caso raro*». Êste caso raro a que se refere Castelo Branco, passou-se em Vila Franca de Xira no ano de 1733 e vem referido nos Arquivos de História da Medicina Portuguesa relati-

vos ao ano de 1914, num artigo do ilustre professor Dr. J. A. Pires de Lima que passo a resumir:

Tereza da Silva, residente em Vila Franca de Xira, tendo já oito filhos, apareceu aos 50 anos grávida. A 4 de Março de 1733, devido a um traumatismo, começaram-lhe dores violentas na região umbilical e depois nos órgãos genitais. Castelo Branco, ao cabo de várias tentativas e de conferências com outros médicos, não podendo pensar na extracção do feto por via vaginal, applicou à doente uma cataplasma na região umbilical. Formou-se ali um abcesso com flutuação, que abriu por várias fístulas; estas aumentaram até constituírem uma abertura única.

A 21 de Abril, isto é, 48 dias depois do traumatismo, appareceu na brecha uma parte fetal, sendo por esse motivo Castelo Branco obrigado a intervir; abriu mais largamente, depois de deitar a mulher em decúbito dorsal com os pés da cama levantados, para evitar a saída dos intestinos pela abertura da parede abdominal ⁽¹⁾.

Incisou cuidadosamente os diversos planos da parede abdominal e acabou por extrair a parte do feto que aflorava, que eram os pés: puxou por eles até saírem as pernas e depois o tronco e cabeça, dando esta última muito trabalho a extrair. Introduziu depois na cavidade uterina um lenço fino, embebido num elixir quente.

A criança era corpulenta, mas faltava-lhe a parte anterior do crânio e exalava um cheiro fétido.

⁽¹⁾ Devo sublinhar a fina intuição cirúrgica do nosso compatriota, que dispondo a doente na posição de declive, para aliviar da turbulência intestinal o campo operatório, se tornou um legítimo ainda que ignorado precursor de Trendelenburg.

Tirou a seguir da cavidade uterina o osso que faltava, com um instrumento apropriado.

Procedeu depois à lavagem com um líquido anti-séptico de base alcoólica aplicando um penso da mesma natureza. Prescreveu dieta líquida e uma poção diurética e mandou *«que pela via postea se lançassem no intestino recto enemas de cozimento de cevada com ervas balsâmicas, com alguma termentina dissoluta em gêma d'ovo e mel rosado....»*

No dia imediato à operação o estado geral da doente era melhor.

A supuração era bastante abundante, mas com os cuidados do cirurgião, as melhoras foram-se acentuando, e quinze dias depois da intervenção a cicatrização ia avançando e já não se viam os intestinos.

Passados 40 dias, já só existia da abertura uma pequena solução de continuidade muito superficial.

A mulher curou.

Mostra este caso que Castelo Branco praticou em 1733 um esboço da operação cesareana numa mulher viva, ainda que fôsse para a extracção dum feto morto.

Ainda no artigo do mesmo professor vem citado um outro caso muito semelhante ao que foi narrado por Castelo Branco, que está representado num quadro de madeira pintado a oleo, existente na sacristia da Ordem do Terço desta cidade e que tive interesse em examinar.

Sob os estragos do tempo, os personagens estão bastante apagados, mas o que o torna interessante e o que despertou mais a minha atenção, foi a legenda que se encontra na parte inferior que diz o seguinte:

*«M. L. F. W. I.^a Doterço, e caridade no seu Hospital
a Anna Victória mulher de Manoel Payva m.^{ra} navieira de*

caramujo freguezia de S. Ildefonso, q uindo pejada de 15 mezes logo nodia 25 de Julho de 1782 pelas noue horas da manham appareceaõ João Marques, e Jose Pr.^a cirurgioins do dito Hospital eporeles foi feita hua Operação nabarriga damulher pegada aoembidio, pela coal lhe tiraraõ hua criança do tamanho de 2 palmos emeio econheciase ser menino postog vinha combastante podridão e a May se lhe tomarão asserventias, q fazia assuas operacoins poronde selhe tirou acriança; sendo mordomos actuais do Hospital o R.^{do} conigo Jose Maria, e Souza Provedor, e seu companheiro idepotado o capitão Jose Bernardo Coelho ep.^a memoria deste milagre nunca succedido mandou fazer adita Irmandade aprezenste Estampa — pela dita m.^{er} viver esem lesão ficar».

Como se vê, a operação cesareana em Portugal só muito tarde é que entrou no dominio da cirurgia obstétrica, certamente pelos grandes receios que havia em praticá-la. Na mulher morta já era praticada há mais tempo, mas na mulher viva só recentemente é que teve o seu verdadeiro emprêgo. Pelos aperfeiçoamentos da técnica e da assépsia, a cesareana é hoje aproveitada em larga escala pelos parteiros e com bastante benignidade.

INDICAÇÕES

A operação cesareana tem indicações *absolutas* e indicações *relativas*.

As primeiras existem sempre que outro qualquer meio não permita extrair pelas vias naturais o feto, ainda que fragmentado. Assim acontece nos apertos extremos da bacia (diâmetro conjugado verdadeiro inferior a 5 centímetros), em que a própria basiotripsia não pode praticar-se, porquanto o instrumento com os seus três ramos completamente apertados mede 4^{cm.}05 de largura ⁽¹⁾.

A existência de tumores pélvicos, a atresia mais ou menos pronunciada do colo, da vagina e da vulva, realizam também indicações absolutas do parto cesáreo.

Quando uma mulher morra nos fins da gestação, deve o parteiro praticar sem demora a operação cesareana,

⁽¹⁾ Segundo W. Williams é na raça negra que a operação cesareana por motivo de viciações pélvicas, é mais frequentemente praticada, provavelmente pela predominância que esta raça tem para as bacias apertadas.

tomando as mesmas precauções que a intervenção executada na mulher viva exigiria.

As indicações relativas da operação cesareana são cada vez mais numerosas e a sua apreciação requiere por vezes um critério delicado. Em algumas viciações pélvicas, é lícito discutir se a extracção do feto deverá obter-se à custa de secção cesareana, do parto prematuro artificial, da sinfisiotomia ou da pubiotomia. O parto prematuro não deve empreender-se antes do oitavo mês, medindo a bacia pelo menos 8 centímetros de diâmetro útil. A sinfisiotomia e a pubiotomia só estão indicadas quando o diâmetro promonto-púbico mínimo é pelo menos igual a 6,5 centímetros. A embriotomia está posta de parte, desde que o feto se encontre vivo ⁽¹⁾.

O parteiro traçará a sua linha de conduta, conforme as suas preferências pessoais e as circunstâncias inerentes ao caso clínico, examinando cuidadosamente os prognósticos materno e fetal.

A operação cesareana respeita por completo os interesses do feto, ao passo que a pubiotomia ou a sinfisiotomia, só imperfeitamente os salvaguardam.

Pelo contrário, os riscos operatórios imediatos (hemorragia, choque), são maiores para a mãe na operação cesareana, do que na hebotomia ou sinfisiotomia.

Havendo a mínima falta de assépsia, o parto cesáreo faz correr à mãe mais perigos que a operação de Gigli,

⁽¹⁾ Independentemente das viciações pélvicas, a cesareana pode em certos casos de distócia (procidência do cordão, excesso de volume total ou parcial do feto), opôr-se à intervenção pelas vias naturais, como aplicação de forceps e a versão.

mas praticado assepticamente, é mais benigno do que as outras intervenções.

Assim, quando o trabalho ainda não começou, ou está no seu início, deve preferir-se a operação cesareana, desde que possa operar-se em meio asséptico, e a doente apresente bom estado geral. Mas, sempre que o trabalho se tenha prolongado, as membranas se hajam rompido prematuramente e a extracção do feto vivo e vital não pareça ser estorvada pela rigidez das partes moles (múltipara), nem pelo colo (trabalho rápido, dilatação completa), é judicioso preferir a pubiotomia.

A operação cesareana pode ainda ser praticada em certos casos de placenta viciosamente inserida, quando a hemorragia é muito grave e o colo não está modificado (primípara).

Nos acessos eclámpticos o parto cesáreo tem razão de ser, quando, apesar do tratamento médico, o estado da mãe é melindroso, o feto se encontra vivo e o estado do colo torna as manobras de dilatação impossíveis.

Em casos de procidência irreductível do cordão, a cesareana tem sido praticada com êxito para a mãe e para o filho. Potocki e Powilewez lembram a conveniência de em certas circunstâncias estudarmos a constituição fetal antes de praticar a cesareana, averiguando especialmente pelas reacções de Bordet-Wasserman, se o feto apresenta uma infecção sífilítica ou tuberculosa. É claro que, a menos que se tratasse duma indicação absoluta de parto cesáreo, o conhecimento da tuberculose ou sífilis do feto, contraindicatoria por vezes a operação cesareana, pois nem sempre seria legítimo sujeitar uma mulher aos perigos da histerotomia quando o feto mostrasse duvidosas condições de resistência.

Infelizmente, aquelas reacções não permitem determi-

nar o grau de infecção do feto, para saber se sim ou não devemos praticar a operação ⁽¹⁾.

Com os sucessivos aperfeiçoamentos da obstetrícia, as cesareanas mutiladoras vão encontrando indicações cada vez mais raras. Na maior parte dos casos, constituem operações a que se recorre, para evitar as consequências dum caso menos feliz de cesareana conservadora, ou para fazer face a circunstâncias com que se não contava. Assim, por exemplo, quando ao praticar uma histerotomia, se encontra o útero com todos os sinais duma infecção profunda, a histerectomia impõe-se; mas, se prevendo uma tal hipótese, havíamos adquirido a certeza dessa infecção, era preferível não executar a cesareana.

As cesareanas mutiladoras são operações que visam a saúde da mãe, nada se preocupando com a vida e saúde de feto. Não são intervenções destinadas a substituir os meios normais do parto no trabalho fisiológico da expulsão fetal, são apenas meio de remediar complicações, propriamente alheias ao parto; e se não fôsse a circuns-

(1) A título de curiosidade menciono o método de Prochownich que, supponho não chegou a entrar abertamente na prática clínica.

Alimentando a grávida, especialmente nos últimos meses da gestação com frutos ácidos e vegetais, a cabeça fetal incompletamente ossificada, seria capaz de atravessar uma bacia cuja viciação não fôsse muito notável.

Desta forma produzir-se-iam partos espontâneos a termo com fetos vivos, em mulheres que, em partos anteriores exigiam a aplicação de forceps ou a versão.

tância da sua execução no momento da extracção fetal, mais lógico seria classificá-las no domínio da ginecologia, do que no da cirurgia obstétrica.

O notável professor Alfredo da Costa, de cujo trabalho nos socorremos ao escrever estas linhas, concretizou desta forma as suas considerações a propósito das cesareanas mutiladoras. As indicações múltiplas da amputação útero-ovárica podem resumir-se nesta afirmação geral. Podemos aconselhá-la em todos os casos em que a permanência do útero considerado doente é, ou pode tornar-se prejudicial para a mulher. A infecção ou os tumores, a osteomalácia ou a tuberculose, as grandes lacerações ou as grandes hemorragias podem conduzir a uma operação mutiladora, mas é preciso reconhecer que, entre esta e a conservadora existirá uma diferença que as coloca em pontos de vista distintos; enquanto a segunda é uma operação destinada a úteros sãos em mulheres que apresentam uma bacia anormal, a primeira é uma intervenção especialmente reservada aos úteros doentes, mesmo em mulheres cujas bacias são típicas.

Exceptuados os casos de osteomalácia, e mesmo nestes, não é o defeito pélvico que se pretende remediar, mas sim a doença geral que se procura curar.

OPORTUNIDADE OPERATÓRIA

Antes de descrever a técnica da operação julgo útil fazer algumas considerações sobre a oportunidade operatória.

Divergem as opiniões sobre o momento mais favorável para a execução da hysterotomia.

Segundo vários cirurgiões franceses, entre os quais se destacam Bar e Tarnier, deve operar-se antes do início do trabalho, mas tão próximo dêle quanto possível; segundo outros parteiros, como Everke, Cameron, Pinard, etc., convém que o trabalho se declare e as contracções uterinas se produzam, com maior ou menor intensidade.

No congresso internacional de Lisboa de 1906 o falecido professor Alfredo da Costa, defendendo entusiasmada e judiciosamente o critério daqueles que só praticam a secção cesareana depois do trabalho declarado, afirmou que as pretendidas vantagens duma antecipação cirúrgica visam mais directamente a comodidade do operador do que os resultados operatórios. Com efeito, em tais condições vários obstáculos se encontram, como sejam: 1.º — A determinação precisa da idade da gravidez que, como

sabemos, é um pouco difícil, tanto mais que, muitas vezes a grávida não nos dá informações seguras. 2.º—A extracção dum feto prematuro, incompleto debaixo de vários pontos de vista; com menos pêso ⁽¹⁾, menos vigoroso e portanto menos preparado para resistir à vida extra-uterina. 3.º—A falta de energia das contracções uterinas, e como consequência, a atonia uterina seguida de hemorragia, que é o mais grave acidente que pode ocorrer no parto cesáreo e às vezes em tais condições, que o operador precisa de estar armado para praticar a operação do Porro, se por acaso ela resiste a todos os meios empregados. 4.º—A menor facilidade de escoamento dos lóquios.

A operação executada antes do trabalho quando a dilatação do colo ainda se não produziu, estorva a drenagem útero-vaginal, expondo a complicações infecciosas.

É certo que a operação praticada antes do começo do trabalho executa-se com maior tranquilidade, sem precipitações, sem o feto estar encravado, com tempo para preparar tudo o que é necessário (ferros, pensos, etc.), mas as contraindicações que enumerei são mais fortes do que as vantagens, levando-nos a rejeitar este momento da operação, embora as estatísticas mostrem que o parto cesáreo é tanto mais feliz quanto mais próximo do começo do trabalho.

Esta intervenção deve ser feita em seguida às primeiras contracções uterinas, isto é, antes de se ter reco-

(1) Não é fácil fixar-se a diminuição de resistência que exactamente corresponde a cada período de antecipação ao nascimento. Essa diminuição verifica-se, porém, de maneira sensível, pois que, nas observações do professor Alfredo da Costa, em 10 dias ela se traduzia em média, por um desfalque de 300 gramas na ocasião do nascimento.

nhecido a impossibilidade de expulsão. A operação praticada nesta altura, dizem os operadores, tem para a criança todas as vantagens e para a mãe os perigos de infecção serão mínimos, visto que as membranas se conservam intactas.

Outras razões podiam ser apontadas para pôr de parte a intervenção antecipada, mas julgo que as mencionadas acima permitem, na minha opinião, concluir que a intervenção deverá sómente praticar-se depois do trabalho declarado, mas tão próximo quanto possível do seu início.

TÉCNICA OPERATÓRIA

Neste capítulo estudarei sucessivamente:

- (a) — Preparativos da operação.
- (b) — Anestesia.
- (c) — Incisão abdominal.
- (d) — Eventração do útero.
- (e) — Incisão uterina.
- (f) — Extracção do feto, placenta e membranas.
- (g) — Tamponamento uterino.
- (h) — Costura uterina.
- (i) — Costura abdominal.
- (j) — Tratamento post-operatório.

É com algumas alterações, esta a ordem que o professor Dr. João de Meira segue na sua dissertação de curso.

Preparativos

São pouco mais ou menos os de qualquer laparotomia:

Assépsia perfeita da mulher (tanto da parede abdominal como da vagina), assépsia dos instrumentos e das mãos do operador e ajudante, que calçarão luvas de borracha esterilizadas.

Depois de escolher a sala própria para a operação, que deve ser ampla, bem iluminada e aquecida à temperatura de 25° a 30°, manda-se transportar a doente para a mesa de operações, colocando-a em decúbito dorsal e com a cabeça um pouco levantada por uma almofada.

A mulher, que na véspera da operação terá tomado um purgante, deve estar em jejum, a fim de tolerar melhor a anestesia.

Antes da operação faz-se uma sondagem da bexiga e a evacuação do intestino por meio dum clister; deve também aplicar-se, e nisto há toda a conveniência, com o fim de diminuir a hemorragia, uma injeção de ergotina.

A *toilette* vaginal faz-se da seguinte maneira: barbeiam-se os pêlos do púbis e lava-se muito bem com sabão a vulva e as partes vizinhas, depois com álcool e, a seguir com sublimado. Pode ainda dar-se, multiplicando assim os cuidados de antisepsia, uma irrigação de soluto de Tarnier, e aplicar em seguida um tampão vaginal. Era este o processo seguido na Clínica Obstétrica quando frequentei esta cadeira.

A *toilette* da parede abdominal faz-se também com as mesmas substâncias. Envolve-se a parede abdominal e protege-se a vagina com um penso seco asséptico e assim está pronta a mulher para ser operada.

O material cirúrgico deve ser convenientemente esterilizado como para qualquer laparotomia, e, os instrumentos necessários são os mesmos que para a histerectomia. Escusado será dizer que não deverá esquecer tudo o que seja necessário para socorrer a doente em qualquer aci-

dente que possa surgir no decorrer da operação, como toni-cardíacos, sôro fisiológico, balões de oxigênio, etc. Tudo isto deve estar o mais possível ao nosso alcance, para nos livrarmos de embaraços, que por vezes chegam a ser sérios.

Retirado o penso, procede-se a nova antisepsia da parede abdominal, utilizando habitualmente o método de Grossich, pintando a pele com tintura de iodo cujo excesso é retirado pelo álcool.

Estando tudo assim disposto, cobre-se a doente com lençóis esterilizados, deixando só o campo operatório a descoberto, para evitar que possam infectar-se o operador ou os instrumentos (¹).

Anestesia

Pode ser feita pelo clorofórmio, pelo éter, ou ainda pela raquianestesia, sendo neste último caso a substância mais empregada a estovaina.

Cada uma das duas primeiras substâncias tem as indicações especiais que julgo escusado citar aqui, mas visto que menciono a raquianestesia, aproveito a oportunidade para expor o que pensa o nosso professor, Sr. Dr. Morais Frias sôbre êste assunto.

Diz no seu trabalho, que raras vezes se tem usado em Portugal a raquianestesia nas intervenções obstétri-

(¹) Refere Bar que, até 1905, realizava a operação cesariana com a doente em posição horizontal; porém, depois da comunicação de Pestalozza ao congresso de Budapeste (1909), convencido das vantagens da posição de Trendelenburg, praticou 46 intervenções com a doente nessa posição, obtendo os melhores resultados.

cas. Foi empregada a primeira vez no Pôrto em Abril de 1901 pelo professor Dr. Candido Pinho numa extracção manual de feto e numa extracção a forceps. Dá o seu parecer sobre a raquianestesia em obstetricia, dizendo que em 12 vezes que a empregou obteve sempre bons resultados, acabando por se exprimir da seguinte maneira:

«A despeito de alguns inconvenientes que ninguem lhe nega, forçoso é reconhecer-lhe consideráveis e não poucas vantagens sobre a anestesia geral».

Descreve um caso duma operação cesareana sob raquianestesia, a primeira feita em Portugal, empregando 5 centigramas de estovaína associada à adrenalina acidificada, obtendo uma anestesia completa do campo operatório e sem incidente algum como se pode verificar, lendo a observação citada.

Notou a ausência completa de choque operatório e psíquico. Refere ainda como principal vantagem a diminuição considerável da hemorragia, atribuída às acções ocitócica da estovaína e hemostática da adrenalina.

Num outro trabalho, o Sr. Dr. Morais Frias insiste nas vantagens desta anestesia, mencionando 35 observações, sendo 29 operadas por si, obtendo invariavelmente bom êxito. Serviu-se sempre de duas substâncias para esta anestesia lombar: a novocaína e a estovaína, ou só ou associadas à adrenalina acidificada, ou ainda com o sulfato neutro de estricnina ⁽¹⁾.

Termina as suas considerações pelas conclusões seguintes:

(1) Ultimamente o professor Morais Frias abandonou o processo de Poenaru, substituindo-o pelo de Jonnesco (última técnica) utilizando exclusivamente a estovaína.

«A supressão da excitação do início da narcose eterea ou clorofórmica, a resolução muscular perfeita, a paresia intestinal, a diminuição do choque operatório, a supressão da acção tóxica sobre o fígado, rins, brônquios, etc., dos anestésicos gerais, principais vantagens estas reconhecidas à raquianestesia, encontram plena confirmação, quando aplicada à operação cesareana.

O emprêgo da estovaína e adrenalina (Poenu) dá uma notável acção ocitócica e conseqüente diminuição da hemorragia no parto cesáreo.

Para ultimar esta operação, o tempo que dá a raquistovainização é largamente sufficiente».

Pelas observações apresentadas pelo nosso professor e pelas suas conclusões, se vê qual é a vantagem da raquianestesia sobre os processos de anestesia geral, e por isso pênha é que não seja mais largamente empregada, sendo para esperar que de futuro os parteiros a ela recorram, muito principalmente na operação cesareana, visto que os seus resultados são tão coroados de êxito.

Incisão abdominal

No capítulo sobre história fiz já referência à incisão abdominal, dizendo quais foram as variadas opiniões propostas pelos operadores e a importância que attribuíam à direcção de corte abdominal. Hoje é ponto assente, que a incisão abdominal deve ser feita na linha média, abandonando as incisões laterais. Pode por excepção recorrer-se a esta última no caso da doente ter já sofrido outra laparotomia. Nestas condições far-se há a incisão aos lados da linha branca, fóra da primeira cicatriz.

A técnica actualmente seguida é o seguinte:

Faz-se uma incisão de 16 a 20 centímetros de com-

primento, conforme o volume do útero, começando três ou quatro dedos acima da sínfise púbica e terminando de maneira que os dois terços superiores desta incisão fiquem acima do umbigo. Paul Bar faz também o corte na linha média. Lepage propõe também na mesma linha, começando abaixo do umbigo: abre o peritoneu, e em seguida, com uma tesoura prolonga este corte até um pouco acima do umbigo e, para baixo, até dois dedos acima do púbis.

Qualquer que seja a técnica seguida pelos operadores, a incisão deve contornar *à esquerda o umbigo*, para não ferir o ligamento suspensor do figado.

Este corte deve ser feito com cuidado para não ferir prematuramente o útero e por sua vez o feto, ou ainda o intestino como refere o professor Alfredo da Costa, narrando um acidente que esteve para lhe suceder se não tivesse sido cuidadoso na sua técnica, ofendendo uma ansa intestinal que estava introduzida entre a parede abdominal e o útero. Esta ansa tinha criado aderências com a parede abdominal, consecutivamente a uma laparotomia que a mulher sofrera tempos antes. Em virtude deste facto será bom fazer este corte com precaução, para evitar tal precalço que, embora raro, pode aparecer. É bem verdade que normalmente não se encontram órgãos importantes que possam ser feridos, mas basta o facto apontado para que se deva ser cauteloso.

Depois de feita a abertura do abdómen, encontra-se o útero um pouco inclinado para a direita e ligeiramente torcido, apresentando por este motivo não a sua face anterior, mas o bordo esquerdo, ainda que incompletamente.

Faz-se a destorsão e encosta-se para a esquerda, de

maneira que o eixo longitudinal anterior coincida com a abertura abdominal.

Chegado a este momento dois caminhos se oferecem:

Segundo uns, deve fazer-se a incisão com o útero *in situ*; segundo outros, deve fazer-se primeiramente a eventração uterina. Os primeiros expõem as suas razões, alegando que acham desnecessário a enucleação uterina, evitando assim grandes incisões abdominais e traumatismos uterinos. É esta opinião seguida por Paul Bar, para quem a luxação uterina expõe o órgão a grande perda de calor.

A objecção é de pouca importância, visto que se pode evitar este inconveniente, desde que o acto operatório seja pouco demorado, ou ainda cercando o útero de compressas quentes, o que não é difícil.

Os que preferem a eventração uterina dizem que o cirurgião não pode ter confiança na assépsia do líquido amniótico, visto que as observações confirmam que só muito raro se praticam estas operações com o ovo íntegro. Desta maneira haverá muito maior facilidade em proteger o peritoneu, fazendo a eventração uterina do que fazendo a incisão *in situ*, pois sabemos bem quais são os perigos do líquido amniótico infectado em contacto com o peritoneu, o que será muito difícil ou quasi impossível evitar.

Nos livros de obstetrícia, referindo-se a este assunto, encontram-se muitos casos citados em que os operadores seguem uma e outra prática.

Se me é permitido emitir a minha despretenciosa opinião, entendo que, quando se possa realizar a eventração uterina, se deve fazer, muito principalmente com a rotura das membranas; mas no caso de haver aderências e o ovo estar íntegro, julgo que não há necessidade de

expôr o órgão à acção exterior da atmosfera, que como sabemos muito difficilmente está isenta de germes infectuosos.

Nas observações que cito noutro lugar, fez-se a exteriorização do útero, apesar de o ovo estar intacto.

Vejamos como devemos proceder para fazer esta exteriorização.

Mete-se a mão direita suavemente, deprimindo pela face dorsal o lábio esquerdo da incisão abdominal, enquanto a mão esquerda faz pressão sobre o corno direito através da parede abdominal.

Estas manobras devem ser feitas com cuidado para não haver tracções ou mesmo lacerações dos ligamentos largos.

Desde que o útero está fóra do ventre, protege-se com compressas, colocando a primeira atrás do útero para cobrir a massa intestinal e interpondo mais lateralmente, entre o útero e a parte inferior dos lábios da incisão abdominal.

Incisão uterina

Variadas tem sido as opiniões sobre a linha em que deve praticar-se a secção uterina.

Kehrer faz a incisão transversal, um centímetro acima da préga vesico-uterina, para evitar as grandes hemorragias, em razão da pequena espessura uterina no ponto escolhido; a incisão transversal teria ainda como vantagens a mais fácil coaptação dos lábios da ferida, visto o útero estar normalmente em ante-flexão, a menor probabilidade de cair sobre a placenta e a mais fácil extracção da cabeça fetal. Estas vantagens não foram confirmadas pela experiência como tendo valor real; antes,

pelo contrário, podem apresentar inconvenientes, sendo um dos mais importantes, o risco de ferir a bexiga.

Ainda um dos principais inconvenientes desta incisão, está na maior vantagem que o autor lhe atribui, que é a falta de aderência do peritoneu à parede uterina, visto que o sangue podia derramar-se entre a serosa e a parede muscular, facilitando a formação de hematomas sub-peritoniais.

Caruso faz a incisão no sentido sagital, metade na face anterior e metade na face posterior do útero, atribuindo à sua técnica as superioridades seguintes: Não interessar, a maior parte das vezes, a placenta, visto que, de ordinário, ela se insere na face anterior ou posterior e raramente no fundo uterino; maior facilidade na apreensão dos pés do feto, que geralmente estão voltados para o fundo do útero; obtenção duma costura mais sólida; evitar mais facilmente a hemorragia e a rotura do útero em gravidez ulterior; menos facilidade na infecção uterina, visto que a acumulação dos lóquios e do sangue é menor.

Êste processo de incisão foi algumas vezes praticado pelo professor Alfredo da Costa e parece que com vantagens.

Dizia êste professor «não ter grandes inconvenientes o cair sôbre o bordo placentário, mas é incontestavelmente mais seguro, mais limpo e mais útil para o feto, poder extraí-lo, conservando a placenta inserida». Outras incisões foram propostas, como a incisão transversal do fundo do útero que Fritsch aconselha, dando como vantagens dêste método a menor hemorragia (a resultante da fenda uterina), e mais fáceis hemostase e extracção do feto. Uma outra superioridade ainda a favor desta incisão é a menor probabilidade de interessar a placenta, o que não

acontece com a longitudinal mediana. Apesar de Fritsch encontrar alguns adeptos que seguiram o seu processo, outros operadores apontaram vários acidentes, atribuindo-os à incisão uterina. Um destes acidentes é narrado por Josephson no caso duma cesareana praticada numa primípara com bacia de Naegele:

Depois de dois dias e meio, aproximadamente, de trabalho de parto, a bolsa das águas estava intacta e o feto ainda se mantinha acima do estreito superior.

Foi praticada a incisão de Fritsch, correndo a operação sem acidentes, o mesmo acontecendo nos dez primeiros dias que se seguiram. Ao undécimo dia, a doente foi acometida de sintomas de oclusão intestinal. Fazendo uma nova laparotomia, encontraram-se algumas ansas de intestino delgado e o epíloon aderentes à ferida uterina.

Para evitar outra recidiva, depois de libertadas essas aderências, fixou-se o útero à parede abdominal.

De todas as incisões preconizadas até hoje, a incisão longitudinal mediana anterior é a mais usada. Foi praticada por Säger e é actualmente seguida pela maior parte dos operadores, podendo dizer-se que as outras estão completamente abandonadas.

É a incisão adoptada por Paul Bar, por Tarnier e pela generalidade dos operadores franceses, assim como por muitos cirurgiões alemães. Esta incisão não interessa ramos arteriais importantes, mas apenas algumas finas anastomoses. Entretanto, a incisão de Fritsch é evidentemente preferível em caso de operação iterativa, quando a parede anterior apresente as cicatrizes de duas ou três incisões.

A hemissecção do útero grávido é, naturalmente, acompanhada duma certa hemorragia, cuja abundância

será tanto menor, quanto maior fôr o tónus muscular hemostático.

Esta hemorragia é habitualmente moderada, mas para maior segurança devemos aplicar uma inecção de ergotina ou pituitrina no momento em que o útero vai ser incisado; não será necessário applicá-la mais cedo porque a sua acção é bastante rápida.

Por outro lado, a exteriorização uterina será mais difficil de fazer, desde que o útero esteja endurecido pela contracção, que será mais acentuada se anteriormente tivermos injectado a ergotina; vale mais, por tal motivo, dar a inecção depois da exteriorização e antes da incisão uterina, como acima mencionei.

Para prevenir a hemorragia, antigamente faziam a constrição do segmento inferior do útero ao nível do colo, por meio dum laço elástico; êste processo está já hoje abandonado em razão da sua inutilidade e da atonia secundária que pode provocar no músculo uterino.

Como já disse, Paul Bar, prefere a incisão uterina longitudinal anterior, que tem como vantagem, segundo êste operador, a firme adesão do peritoneu à camada muscular nesta região, permitindo realizar a costura uterina em condições particulares, facilitando a cicatrização por primeira intenção.

A técnica seguida por êste parteiro é a seguinte:

Escolhendo um ponto na parede do útero que não corresponde a nenhuma parte fetal e onde não corram grandes vasos (não se importando de praticar a incisão sobre a placenta), faz com o canivete uma punção, criando uma botoeira de forma à introdução fácil do indicador esquerdo.

Se a basal não foi suficientemente aberta, a extremidade do dedo abre-a e rasga sem dificuldade a lâmina

resistente, penetrando assim no ôvo. Depois disto, introduz sôbre a face palmar, voltada para cima, um canivete botonado ou uma tesoura (Tarnier) e secciona num só tempo toda a espessura da parede uterina, primeiro para baixo, não avançando além do anel de Bandle e depois para cima, fazendo uma incisão de quinze a dezasseis centímetros ou mesmo vinte, por causa da retracção que tende sempre a diminuí-la, de maneira a poder extrair o feto sem dificuldades.

Quando esta incisão cair sôbre a inserção placentária, corta-se sem hesitação, até entrar no ôvo. Não haverá nisto grande inconveniência pelo que diz respeito à hemorragia, visto que o essencial nesta operação é que a retractibilidade uterina não falte e que o tónus muscular hemostático seja suficiente para sustar a hemorragia.

Extracção do feto, placenta e membranas

Depois de aberto o útero pelo processo exposto e aconselhado por Bar, jorra abundantemente o sangue misturado com líquido amniótico. O ajudante terá o cuidado de colocar compressas em cima e aos lados do útero, para evitar quanto possível a conspurcação da cavidade peritoneal.

Em geral, o feto apresenta-se pelo seu pólo inferior. Caso seja possível, deve fazer-se o diagnóstico da apresentação antes da intervenção cesárea, para maior facilidade na extracção.

Êste momento da operação deve fazer-se com grande rapidez para evitar os inconvenientes a que está sujeito o feto, bem assim como os perigos da mãe, devidos à hemorragia.

Apresentando-se ordinariamente como já disse pelo pólo inferior, um pé aparece na ferida uterina; o operador faz a extracção lançando mão dêle.

Se é a cabeça que se nos apresenta, pode começar-se a extracção por ela, havendo nisso facilidade, mas ordinariamente, prende-se um ou os dois pés como acima, e retira-se do útero por um processo que lembra a versão por manobras internas. Durante todo êste tempo o ajudante manterá a parede abdominal aplicada contra o útero, para assim poder evitar a saída do intestino que é susceptível de fazer hérnia exterior, seguindo a retracção uterina.

Duas dificuldades aparecem, por vezes, durante a extracção.

Na primeira pode acontecer que a ferida uterina se reduza, a ponto de não dar passagem à cabeça fetal. Recorre-se à manobra de Mauriceau que resolve em geral a dificuldade. Acentuando-se a redução da ferida uterina, ameaçando mesmo a vida do feto, proceder-se-há do modo seguinte: Não exercendo violências, o operador entrega os pés do feto a um ajudante, enquanto êle abre mais largamente a ferida, com uma tesoura ou um bisturi botonado, para o fundo do útero.

A segunda, citada pelo professor Alfredo da Costa, consiste no encravamento parcial do feto no estreito superior ou ainda na retracção do anel de Bandle, ao nível do qual o feto é constrangido. Para evitar tais dificuldades, aconselha metodicamente êste operador, que um ajudante introduza dois dedos da mão direita na vagina da mulher, apoiando-se sôbre a apresentação e propelindo-a para cima quando o operador lho indicar.

Exteriorizado o feto, pinçado e seccionado o cordão, entrega-se a um ajudante que lhe prestará todos os

cuidados necessários, visto que a maior parte das vezes vem num estado de morte aparente. Procede-se em seguida à extracção da placenta e membranas, que em geral já se encontram em parte descoladas.

É este o momento mais alarmante da operação, em virtude dos jorros de sangue que brotam não só da incisão uterina, mas também da superfície de implantação placentária.

O operador não deve preocupar-se com tal facto, deverá sim desembaraçar o mais depressa possível a cavidade uterina de seu conteúdo, visto que, uma vez realizado este esvaziamento, o útero se contrairá imediatamente, sustando assim esta hemorragia impressionante. Para isso fará o descolamento manual, se a placenta e membranas ainda estiverem aderentes ⁽¹⁾.

Quando restem fragmentos de caduca, destacam-se com os dedos ou com uma compressa.

Se a hemorragia fôr muito grande pode nesta altura dar-se uma injeção de ergotina, como aconselha Tarnier, para apressar a retracção uterina, ou ainda um ajudante comprimir os ligamentos largos juntamente com o segmento inferior do útero, formando assim um verdadeiro laço em volta do segmento inferior, como seguia o professor Alfredo da Costa.

Afigura-se-me que a primeira prática deve ter mais vantagens sobre a segunda e será de mais fácil realização.

(1) Há quem prefira descolar o ôvo por meio do dedo introduzido numa botoeira criada no músculo uterino pelo canivete; esse descolamento, desde que a incisão uterina seja completa, permite enuclear o ôvo, não restando então mais que extrair rapidamente o feto.

Tamponamento uterino

Antes de proceder à costura uterina, alguns operadores, como Bar, aconselham o tamponamento uterino, para evitar a inércia do músculo e conseqüentes hemorragias.

Para proceder a êste momento da operação introduz-se dentro da cavidade uterina, bem comprimida, uma longa tira de gase esterilizada (12 metros), cuja extremidade inferior será dirigida para o orifício interno do colo.

Depois de terminada a operação, puxa-se com uma pinça para a vagina o topo inferior. Nos dias imediatos vai-se progressivamente exteriorizando o tampão assim formado, até o extrair por completo.

Há contudo quem rejeite o tampão uterino, como Cameron, dizendo que a sua presença provocaria contrações, que acarretariam infalivelmente a destruição das costuras.

Alguns parteiros servem-se da gase, não como tampão, mas como dreino, para facilitar o escoamento dos lóquios.

Wallich é de opinião que pode sem inconveniente renunciar-se ao uso da mecha intra-uterina, sempre que se opere durante o trabalho, quando o colo apresenta já um certo grau de dilatação.

Casos há de operação cesareana, motivada por atresias cervico-vaginais, em que pode tornar-se impossível a aplicação do tampão ou do dreino e, no entanto, essas operações são seguidas de bom resultado.

A êste propósito julgo poder concluir que o seu emprêgo não é essencial para o bom êxito operatório, o que não quer dizer que não deva aplicar-se.

Costura uterina

É este um dos momentos mais importantes da operação. Há operadores que lhe atribuem o bom ou mau êxito da cesareana. Julgo essa opinião um tanto exagerada, mas o que se não pode negar é que a benignidade da operação depende em grande parte da maneira de costurar o útero.

Como já dissemos no capítulo de história, não houve costura, por mais complicada, que não tivesse adeptos. Actualmente está muito simplificada, sendo posto de parte o antigo *modus faciendi*.

Das leituras que fiz sobre este assunto, concluí que todas as costuras são boas, o essencial é que reünam a solidez e uma perfeita coaptação dos lábios da ferida, de modo a garantir que nenhuma gota de exsudação uterina venha cair na cavidade peritoneal.

A maior parte dos cirurgiões empregam hoje a costura a pontos separados em dois planos: um profundo e outro superficial. Procede-se da seguinte maneira:

A um centímetro do bordo da ferida introduz-se uma agulha que, atravessando toda a espessura do músculo uterino, assim como a mucosa, passa na cavidade uterina, para emergir num ponto simétrico do outro lábio da ferida.

Dez pontos, em média, são em regra suficientes para costurar por completo a incisão, sendo colocados à distância de um centímetro e meio uns dos outros.

Usa-se de preferência a sêda ou fio de linho que são facilmente esterelizáveis e bem tolerados pelos tecidos, a não ser que se empregue um *cat-gut* espesso e de reabsorção tardia.

Na costura superficial, os pontos são dados com fio de sêda mais fino que o primeiro, atravessando a agulha a serosa e ligeiramente o tecido muscular. Estes pontos são dispostos alternados com os primeiros, garantindo melhor a coaptação dos lábios da ferida.

Fabre aconselha a costura uterina da seguinte maneira: Um plano profundo, músculo-musculoso e um plano superficial, sero-seroso. No primeiro usa o *cat-gut* cromado n.º 3, rejeitando a sêda por causa da ausência de reabsorção. Êste plano é formado a pontos separados que penetram de cada lado no tecido muscular uterino, sem perfurar a mucosa nem a serosa. No sagundo plano usa o *cat-gut* cromado médio, fazendo uma costura contínua para reforçar a primeira.

O professor Alfredo da Costa adoptava uma costura da sua invenção, que lhe parecia vantajosa. Fazia primeiro uma costura contínua com a qual aproximava os lábios da ferida uterina, mas sem interessar a mucosa. Depois, praticava uma outra também contínua, por meio da qual punha em contacto pela sua face superficial o peritoneu que margina os dois lábios da incisão. Dêste modo protegia e reforçava a primeira costura, procurando assim uma aderência peritoneal que protegesse a cicatriz muscular.

Esta aderência estabelecendo-se rapidamente, contribui para garantir a cavidade peritoneal contra a permeabilidade da costura profunda aos líquidos vindos do útero.

Havia quem reprovasse a costura contínua, dizendo que, falhando um ponto, toda a costura estava perdida.

Aquele professor para maior validade do seu processo fez experiências em duas bexigas de bois recentemente mortos, fazendo numa delas uma costura a pontos separados e na outra, uma costura contínua. Estas duas bexi-

gas foram postas em comunicação com um reservatório situado a dois metros de altura, cheios com uma solução de permanganato de potássio a $\frac{1}{1000}$. Enchendo as bexigas notou que, enquanto no intervalo dos pontos separados apareciam gotas da solução de permanganato, a costura com pontos contínuos não dava indícios de transudação. Repetido a esta experiência em variadas condições obteve sempre o mesmo resultado.

Esta costura parece oferecer maior solidez e impermeabilidade, mas deve aumentar o tempo operatório, como diz o professor João de Meira, o que não é sem importância neste caso. O seu próprio autor confessa que isto não é motivo para que na prática se consigam resultados superiores àqueles que se obtêm com a costura a pontos separados.

Para mim, a melhor costura é a primeira que descrevi, que é como disse a mais usada pelos operadores.

Terminada a costura uterina, retiram-se da cavidade abdominal as compressas que estavam a conter o intestino, limpa-se o peritонеu, tendo cuidado em que não fique algum sangue ou líquido derramado. Coloca-se o avental dos epíploons para deante do útero, e feito isto passamos a outro tempo da operação.

Costura abdominal

Em nada difere duma costura que se pratica depois duma laparatomia ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ O nosso Prof. Dr. Teixeira Bastos procede da seguinte maneira na prática da costura abdominal:

Faz em primeiro lugar uma costura contínua do perito-

No peritoneu, na camada muscular e na aponevrose praticam-se independentemente costuras contínuas; a pele é atravessada por algumas crinas, que no seu trajecto prendem a costura aponevriótica (pontos de refôrço); os lábios da incisão cutânea são coaptados por agraphes de Michel. Na parte inferior da ferida abdominal pode deixar-se espaço para a passagem dum dreino, que mergulha no fundo do saco vésico-uterino. A precaução não é indispensável, mas é precisa quando se duvide da assépsia uterina; o dreino também permite vigiar a hemostase, vertendo sangue, desde que se produza hemorragia, como num caso referido por Lepage em que os fios da costura uterina haviam estalado.

Na ausência de complicações, o dreino abdominal é retirado ao fim de 24 ou 48 horas.

Aplicado o penso abdominal, caso se tenha deixado dreino ou tampão de gase na cavidade uterina, o operador, guiado pelo seu indicador esquerdo, com uma pinça vai procurar a extremidade da tira que tinha colocado em contacto com o orificio interno do colo e puxa-a para a vagina.

Coloca-se um tampão de gase na vagina e depois de fazer o cateterismo vesical, applica-se sôbre a vulva um penso sêco que se fixa por uma ligadura em T.

neu; num segundo plano, a pontos separados, atravessa com a agulha o tecido celular sub-cutâneo, aponevrose e uma pequena porção da camada muscular, apanhando ainda a costura peritoneal como refôrço da primeira e num último plano, passa três ou quatro pontos a crina de Florença, atravessando a pele, tecido celular sub-cutâneo e a aponevrose, que aperta sôbre um rôlo de gase que protege a ferida, depois de ter colocado os agraphes.

Tratamento post-operatório

Em pouco difere do de toda a operação praticada no abdómen.

O procedimento do parteiro nos dias imediatos à operação, caso não haja complicações, em nada mais consiste do que vigiar a doente. Prescreve dieta hídrica nos primeiros dias e algumas injeções de morfina ou pantopon para calmar as dores. É geralmente necessário praticar o cateterismo vesical nos dois ou três primeiros dias e fiscalizar o intestino, que deve começar a funcionar desde o terceiro dia, dando purgantes ou clisteres purgativos.

Quási sempre, algumas horas depois da operação, é preciso recorrer ao sôro fisiológico, injectando-o sob a pele ou aplicando-o em clister gôta a gôta (Murphy): 300 a 500 centímetros cúbicos ou mesmo um litro, em média.

Paul Bar procede da seguinte maneira, para o tratamento vaginal. No dia imediato à operação substitui o tampão vaginal, e com uma pinça puxa um pouco a extremidade da tira de gase introduzida no útero. Faz todos os dias esta manobra, de maneira que, no fim do 5.º ou 6.º dia, a gase será inteiramente retirada.

Coloca na vagina, durante dez ou doze dias, um tampão de gase oxigenada.

Os pontos devem tirar-se passados 10 dias e a doente pode levantar-se passados 15 a 20. Deverá usar um cinto abdominal durante alguns meses. A criança será amamentada por sua mãe, quando lhe seja possível, desde o 3.º ou 4.º dia.

As complicações podem surgir, imediatas ou tardias.

As primeiras são a hemorragia por atonia uterina, a infecção e o choque; as segundas são as hemorragias secundárias (excepcionais), a eventração, as aderências do útero à parede abdominal (pouco freqüentes) e a rotura uterina no decurso duma nova gravidez. Esta última produzia-se antigamente, que se não observava a antisepsia nem se praticava a costura uterina. Hoje é cada vez mais rara.

Sendo as complicações tardias muito raramente observadas, ocupar-me hei somente dos acidentes imediatos.

As hemorragias por atonia uterina, como primeiro acidente apontado, combatem-se em geral com a injeção de ergotina ou pituitrina. Caso persista, recorre-se a irrigações quentes, ao tamponamento vaginal e a uma nova injeção de ergotina ou pituitrina, aumentando-se também a coagulabilidade sanguínea pelo cloreto de cálcio, sôro gelatinado ou sôro fresco de cavalo.

Continuando ainda, temos que fazer a extracção do útero.

A infecção peritonal, seguramente a mais grave complicação que pode sobrevir, também se evitará tomando todos os cuidados de assésia. É muito rara desde que a mulher não esteja infectada.

Havendo dúvidas sobre a assésia do ovo, segue-se a hysterotomia da operação de Porro ou da hysterectomia.

Aparecendo mais tarde os sinais da peritonite generalizada, é preciso intervir rapidamente com reabertura e drenagem.

O choque operatório também poucas vezes se observa; algumas vezes o pulso torna-se um pouco rápido e freqüente no 3.^o ou 4.^o dia da operação, mas brevemente retoma o seu estado normal. Observava-se sobretudo

quando a operação era muito demorada, mas hoje é cada vez mais raro.

Pela rápida exposição que acabo de fazer, vê-se que actualmente as complicações da operação cesareana são excepcionais, desde que se respeitem as suas indicações, se cumpram as exigências da assépsia e se pratique uma técnica correcta.



RESULTADOS DA OPERAÇÃO CESAREANA

Como já referi no capítulo da história, a operação cesareana tinha antigamente um prognóstico muito sombrio, a ponto de só ser praticada na mulher morta. Os parteiros recusavam-se a intervir na mulher viva, em virtude do seu resultado ser quási sempre fatal. Analisando as estatísticas até aos fins do século xix, verifica-se que a mortalidade é elevadíssima, motivo por que foi assunto de grande discussão entre os operadores se devia ser ou não praticada na mulher viva.

Desde os fins do século xix até aos nossos dias, graças aos cuidados de assépsia e ao aperfeiçoamento da técnica operatória, os resultados foram cada vez mais brilhantes, sendo hoje largamente empregada com um prognóstico benigno, comparada com outras operações mais freqüentemente usadas.

A estatística dos casos reunidos por Bar dá uma mortalidade materna de 6,32 e uma mortalidade fetal de 5,45 %.

Segundo Bourret, citado por Fabre, a mortalidade materna é de 5 %, dizendo também que a mortalidade

fetal no primeiro ano que se segue à operação é bastante elevada (32 % para os fetos nascidos nos serviços hospitalares).

O prognóstico desta operação ainda varia com o local onde temos necessidade a praticar. Assim, será muito mais benigno quando praticada numa maternidade onde todos os cuidados de assépsia e todos os utensílios necessários estão ao nosso alcance, do que num recanto da província onde em geral não há uma sala de operações devidamente montada e onde todos os recursos faltam. Certamente, dada esta eventualidade, nenhum médico se arrojará a recorrer a esta operação, pois que só em casos muito excepcionais é que o prognóstico não será fatal.

Pequena estatística pessoal relativa à Operação Cesareana

Era meu propósito elaborar a estatística de todos os casos de cesareana abdominal praticados na Clínica Obstétrica da nossa Faculdade, mostrando a percentagem numérica da histerotomia no total dos partos, eutócicos e distócicos, ocorridos na enfermaria e confrontando os resultados daquela intervenção com os de outras operações obstétricas, como a aplicação de fórceps, a versão, o parto prematuro artificial, a pubiotomia e a embriotomia.

Mas, *o homem põe e Deus dispõe* — é bem verdade...

A esgotante lufa-lufa das canseiras escolares, em que todo o ano, mas sobretudo nestes últimos meses, ao avizinhar dos actos, me vi enredado, tolheu-me a realização do primitivo plano que, ainda uma vez tive de cercear, limitando a minha investigação ao ano lectivo de 1920-1921, a que se referem os dois casos de histerotomia que fazem objecto do presente trabalho.

É mais uma falta que a grande benevolência dos meus juízes decerto perdoará.

Desde 1 de Outubro de 1920 a 30 de Setembro de 1921 ocorreram na enfermaria de Clínica Obstétrica:

Partos de termo espontâneos ⁽¹⁾ . . .	512	
" " " artificiais ⁽³⁾ . . .	38	Cesareanas—3 ⁽²⁾ Fórceps—20 Versões—7 Embriotomias—8
Partos prematuros espontâneos ⁽⁴⁾ . . .	82	
" " artificiais . . .	2	Grande extracção de pelve—1 Versão—1
Sem indicação ou com indicação duvidosa ou insuficiente . . .	8	
Total . . .	642	

(Propositadamente deixo de mencionar os casos de abôrto e os partos ocorridos fóra do Hospital).

(1) Entre estes contam-se 9 casos de parto gemelar e 1 de parto triplo. (Em 2 destes partos múltiplos um feto havia sido expulso fóra de enfermaria).

(2) Uma destas operações não foi observada por mim.

(3) Não entro em consideração com os casos em que a distócia dizia unicamente respeito à dequitação.

(4) O seu número abrange um parto gemelar, em que só um feto foi expulso na enfermaria.

Classificação das intervenções segundo a quantiparidade da doente, natureza do acto operatório, sua indicação e resultados:

I—*Cesareanas abdominais mutiladoras*—(3 casos).

Quantiparidade		Indicação operatória	RESULTADO					
Primíparas	Multiparas		Materno			Fetal		
		Viciação pélvica (raquitismo)	Curadas	Em tratamento	Falecidas	Vitais	Não vitais	Mortos
3	—	3	3	—	—	1	1	1

II—*Aplicações de fórceps*—(20 casos).

Quantiparidade		Indicação operatória					RESULTADO					
Primíparas	Multiparas	Inércia	Inércia; viciação pélvica	Acessos eclâmpticos	Sem indicação		Materno			Fetal		
							Curadas	Em tratamento	Falecidas	Vitais	Não vitais	Mortos
19	1	14	1	3	2		16	—	4	12	1	7

III—*Versões*—(7 casos).

Quantipa- ridade		Indicação operatória				RESULTADO					
						Materno			Fetal		
Primíparas	Multiparas	Apresen- tação de cabeça	Inércia; violação pélvica	Acessos ecclâmpticos	Inserção viciosa de placenta	Curadas	Em tratamento	Falecidas	Vitais	Não vitais	Mortos
3	4	3	2	1	1	6	1	—	2	1	4

IV—*Embriotomias*—(8 casos).

Quantiparidade		Indicação opera- tória				RESULTADO					
						Materno			Fetal		
Primíparas	Multiparas	Violação pélvica	Violação pélvica; Inércia	Indicação incompleta		Curadas	Em tratamento	Falecidas	Vitais	Não vitais	Mortos
7	1	6	1	1		6	—	2	—	—	8

OBSERVAÇÕES

Foram dois os casos de parto cesáreo por mim observados, no decorrer do ano lectivo em que frequentei a cadeira de Clínica Obstétrica, e que passo a descrever.

I

Bacia raquítica (achatada e geralmente apertada); conjugado verdadeiro 7^{cm.},5. Feto vivo. Mãe curada.

Operação cesareana praticada a 19 de Fevereiro de 1921 pelo Sr. Dr. Manuel Carvalho.

A. A. de L., 32 anos, solteira, doméstica, natural do Pôrto, primípara, com nove meses de gravidez; entrou na nossa enfermaria a 18 de Fevereiro, com dores.

Teve a primeira menstruação aos 16 anos e a última em Maio de 1920. Sentiu os primeiros movimentos do feto aos 3 meses e meio.

ANTECEDENTES PESSOAIS. — Sempre saudavel, apenas queixando-se por vezes de dôres no peito. Por informações de sua mãe, sabe que foi alimentada ao *biberon* du-

rante os dois primeiros meses e, passado este tempo, foi mandada para uma ama por sua mãe não ter leite.

A doente apresenta uma escoliose que se manifestou na idade de um ano.

Custou-lhe muito a andar, começando só aos dois anos e meio; parece que a alimentação em criança não foi muito regular, por falta de meios.

Altura da doente 1^m,33

ANTECEDENTES HEREDITARIOS. — Sua mãe teve 15 filhos, sendo só cinco vivos; os restantes faleceram todos da idade de três para cinco anos. Os vivos são saudáveis. Seus pais mortos; sua mãe aos 64 anos e seu pai aos 70, de doença desconhecida. Diz a doente que foram sempre saudáveis. É a mais nova e a mais fraca de todos os irmãos.

EXAME OBSTÉTRICO. — Pelo exame da parede abdominal, notei que esta fazia uma enorme saliência, dando o verdadeiro aspecto do ventre em obuz. A parede abdominal estava muito distendida e luzidia, sendo quasi impossível fazer a palpação. Fôco de auscultação na linha espinho-umbilical esquerda, dois dedos abaixo do umbigo.

Fiz o toque no dia em que entrou e notei que a bolsa das águas estava intacta, mas ainda não havia dilatação apreciável. Tocava muito facilmente com o dedo médio no promontório, e, medindo o diâmetro conjugado verdadeiro achei o número 7^{cm},5.

Do lado direito percorria com o dedo as asas do sacro e linha inominada, e à esquerda, fazendo o toque com a mão esquerda, não consegui atingir o sacro, mas somente a linha inominada na sua porção mais anterior.

Altura do útero grávido	28cm.
Circunferência abdominal passando pelo umbigo	87cm.

PELVIMETRIA EXTERNA. — Fazendo a medição dos diferentes diâmetros encontrei as seguintes dimensões :

Diâmetro biespinhoso.	23cm.
" biiliaco.	24,5cm.
" bitrocanteriano.	28cm.
" de Baudelocque	15,5cm.

Pelos números obtidos se conclui que a bacia é achatada e geralmente apertada, visto que todos os diâmetros estão diminuídos, mas esta diminuição é predominante no antero-posterior.

Praticou-se a cesareana no dia 19, seguida de histerectomia sub-total, demorando a operação 48 minutos.

A placenta estava inserida na face posterior do útero, sendo a hemorragia muito pequena. A operação correu sem nenhuma complicação.

Pêso do dequite	450gr.
---------------------------	--------

PÊSO DO FETO E DIMENSÕES DA CABEÇA :

Diâmetro occípito-frontal.	11cm.
" sub-occípito-frontal	11cm.
" sub-occípito-begmático	10cm.
" sincípito mentoneiro.	13cm.
" sub-mento-bregmático	10cm.
" biparietal	10cm.
" bifrontal	8cm.

Feto do sexo feminino com o pêso de 2^{kg},700 e conformação regular.

EVOLUÇÃO DO PERÍODO POST-OPERATÓRIO. — A doente na tarde da operação sentia-se bem e segundo ela dizia com poucas dores. Pulsações nesta ocasião 88 por minuto. Fiz-lhe a investigação da albumina no dia 21 e dia 26 e não havia senão pequenos vestígios.

Continuou sempre bem, sem a menor complicação, encontrando sempre a doente bem disposta, a não ser com o pulso ligeiramente taquicárdico e com dores muito leves.

Passados 10 dias depois da operação tiraram-se-lhe os agrafes, e três dias depois, o rôlo de gase que tinha sido pôsto sobre a ferida com os pontos de crina.

Levantou-se no dia 5 de Março pela primeira vez (14 dias depois da operação) e daí em diante continuou a levantar-se, passando sempre bem.

Saiu completamente curada.

Mandei-a pesar na ocasião em que teve alta: 38^{kg},400.

TRATAMENTO POST-OPERATÓRIO. — Dois centímetros cú-bicos de óleo canforado depois da operação e um clis-ter de Monod, passados três dias.

II

Bacia raquítica (achatada e geralmente apertada); conjugado verdadeiro 8 centímetros. Feto vivo. Mão curada.

Operação cesareana praticada a 12 de Maio de 1921 pelo Sr. Dr. Manuel Carvalho.

C. S. F., natural do Pôrto, solteira, de 28 anos de

idade, primípara, com nove meses de gravidez. Entrou para a nossa enfermaria no dia 10 de Maio, com dores, sendo observada dia 12 de manhã:

Foco de auscultação na parte média da linha espinho-umbilical esquerda.

Ao toque notou-se que a bolsa das águas estava intacta, fazendo saliência através do orifício de colo entreaberto, com uns 5 centímetros de diâmetro. Atingia-se, ainda que com dificuldade, a cabeça fetal, encontrava-se a fontanela occipital, diagnosticando por tal motivo uma apresentação O. I. E. A. Notou-se ainda que a cabeça estava fixa ao estreito superior, porque dificilmente se mobilizava. Havia já dois dias que a doente estava com dores, e como o progresso de trabalho era pequeno, resolveu-se praticar-lhe uma cesareana, que se realizou neste mesmo dia.

Diâmetro conjugado verdadeiro igual a 8 centímetros. (Êste número não deve ter senão um valor aproximado, visto que a cabeça já estava quási encravada e difficilmente se atingia o promontório).

Altura do útero grávido	30cm.
Circunferência abdominal	90cm.

PELVIMETRIA EXTERNA:

Diâmetro bi-espinhoso.	23cm.,5
" bíliaco.	26cm.
" bitrocanteriano.	28cm.,5
" de Baudelocque	16cm.

Depois de preparada a doente para a operação, praticou-se a cesareana seguida de histerectomia sub-total. A duração da operação foi de 55 minutos.

A placenta estava inserida na parede anterior do útero, caindo por tal motivo a incisão uterina sobre este órgão.

Foi cortada sem hesitação, dando-se uma hemorragia um pouco abundante.

A operação correu bem e o estado da doente era satisfatório.

Pêso do dequite 480gr.

ESTADO DO RECEMNASCIDO. — Feto do sexo masculino, com o pêso de 3^{kg},200.

Apresentava uma enorme bossa sero-sanguínea sobre o parietal direito e uma ligeira depressão sobre o esquerdo, certamente devido ao promontório que comprimia aquele ôsso durante as contracções.

Passados quatro a cinco dias estas deformações desapareceram e o feto apresentava bom aspecto, sendo entregue a uma ama.

EVOLUÇÃO DE PERÍODO POST-OPERATÓRIO. — Como já disse, o estado da doente depois da operação era bom. À tarde sentia algumas dores. O pulso estava regular, com 85 pulsações por minuto.

Continuou sempre bem, sem temperatura, dormindo bem e com boa disposição. Sentiu algumas dores durante os primeiros dias mas pouco intensas.

Tiraram-se-lhe os agraes passados dez dias depois da operação saindo completamente curada.

TRATAMENTO. — Esta doente teve como tratamento o seguinte:

Logo a seguir à operação duas injecções de ergo-

tina de um centímetro cúbico. Nos dias imediatos 200 centímetros cúbicos de sôro fisiológico juntos a vi gotas de adrenalina. Uma injeção de óleo canforado de um centímetro cúbico cada uma e gêlo sôbre o ventre.

Passadas 48 horas depois da operação administrou-se-lhe um purgante de calomelanos e um clister de Monod.

No fim de três dias começou a administrar-se-lhe o primeiro alimento.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITÁRIOS DA DOENTE. — Nada apresentavam de importante. Dizia que fôra sempre saudável, assim como seus pais e mais dois irmãos que tinha.

CONCLUSÕES

I. — A operação cesareana foi, desde remotas eras, praticada na mulher morta, mas apenas no século xv parece ter sido executada, com êxito, na mulher viva.

Em Portugal só muito tarde entrou no domínio da cirurgia.

II. — Além das indicações absolutas (extremos apertos de bacia, existência de tumores pélvicos, atresia notável do colo, vagina ou vulva, em que a extração fetal é impossível por outros meios), a histerotomia é susceptível de entrar em litígio com o parto prematuro artificial, a sinfisiotomia, a pubiotomia, a aplicação de fórceps e a versão, em casos de viciações pélvicas moderadas, procidência de cordão, excesso de volume do feto, acessos eclâmpticos e inserção viciosa de placenta.

A conduta do parteiro dependerá, além das preferências pessoais, do estudo criterioso do caso clínico, devendo ser cuidadosamente estudados os interesses recíprocos da mãe e do feto.

III. — A prática da operação cesareana intensifica-se, de dia para dia; definitivamente vencida pela histerotomia, a operação de Gigli só excepcionalmente se executa.

IV. — As cesareanas mutiladoras reconhecem indicações excepcionais. A histerectomia só é justificável quando a conservação do útero é, ou pode tornar-se prejudicial para a mulher (infecção, hemorragia alarmante); como complemento sistemático da secção cesareana, é condenável.

V. — A operação cesareana deve praticar-se depois de declarado o trabalho de parto, mas tão próximo quanto possível do seu início.

VI. — A raquianestesia, especialmente com a estovaina, oferece vantagens manifestas sobre os outros processos de narcose, reduzindo ao mínimo as hemorragias.

VII. — A eventração uterina não é imprescindível quando o ovo esteja íntegro.

VIII. — As incisões longitudinais medianas (Tarnier e Caruso) são as mais empregadas, mas em casos de cesareana iterativa, quando a parede anterior do útero apresenta cicatrizes de secções anteriores, é preferível a incisão de Frischt.

IX. — O tamponamento uterino é geralmente mais útil que a drenagem.

X. — A costura uterina é importantíssima: da sua segurança depende o êxito operatório, imediato (boa hemostase) e tardio (resistência uterina durante gestações

ulteriores). Os fios de linho ou sêda são preferíveis ao *cat-gut*.

XI. — A drenagem abdominal pode ser vantajosa, quando se duvide da assépsia uterina ou se pretenda vigiar mais de perto a hemostase.

XII. — Os resultados da operação cesareana são cada vez mais brilhantes.

Respeitadas as suas indicações, atentos os cuidados de assépsia e empregada uma técnica perfeita, a histerotomia é um recurso precioso da cirurgia obstétrica.

Visto
Carlos Lima
Presidente

Pode imprimir-se
Lopes Martins
Director

Bibliografia

COSTA (ALFREDO DA)—Indications et technique de l'opération césarienne, in xv Congrès International de Médecine. Lisbonne, 19-26 Avril 1906 section xiii, obstétrique et Gynécologie—Lisbonne 1906.

FRIAS (M. A. DE MORAIS)—Gazeta dos Hospitais do Pôrto-1911 e 1912.

LIMA (J. A. PIRES DE)—A operação cesareana em Portugal antes do século XIX (Arquivos de História da Medicina Portuguesa—Pôrto 1914).

MEIRA (JOÃO MONTEIRO DE)—O parto cesáreo, sua história, sua técnica, seus acidentes e complicações, suas indicações e prognóstico. Dissertação de concurso—Pôrto 1908.

MEIRA (JOAQUIM DE)—Um caso de operação cesareana—Pôrto Médico 1904 e 1905.

MENDONÇA (ALBERTO LUÍS DE)—Algumas considerações sobre a operação cesareana conservadora, a sinfisiotomia e o parto artificial nas bacias raquíticas—Tese de Lisboa, 1901.

PALMA (JOÃO RODRIGUES DA COSTA)—Operação cesareana conservadora—Tese de Lisboa 1906.

REGALA (JOSÉ MARIA DA FONSECA)—Algumas considerações sôbre as indicações da operação cesareana—Tese do Porto 1865.

BAR (PAUL), BRINDEAU (A.) CHAMBRELENT (J.)—La pratique de l'art des Accouchements, 3.^o ed. tome II—Paris 1914.

BRISAUD (E.) PINARD (A.) RECLUS (P.)—Nouvelle Pratique Médico—Chirurgicale—Illustré—Tome II, Paris 1911.

BUMM (ERNEST)—Precis d'obstétrique en 28 leçons—Paris 1911.

FABRE—Precis d'obstétrique. Deuxième édition—Paris 1915.

LEPAGE (G.) et RIBEMONT (A.) DESSAIGNES—Precis d'obstétrique, 6.^o ed.—Paris 1904.

MAYGRIER (Ch.) et SCHWAB (A.)—Precis d'obstétrique—Paris 1909.

RECASENS (D. SEBASTIAN)—Tratado de obstetricia, tercera ed.—Barcelona 1916.

WALLICH (V.)—Éléments d'obstétrique, 4.^o ed.—Paris 1921.

WITKOWSKI (G. J.)—La Génération Humaine, 9.^o ed.—Paris, s. d.

A propos de un cas de opération césarienne pour placenta prævia (société d'obstétrique et de gynécologie, 13 Décembre 1920), in "La Presse Médicale," 1921.

Étude critique de l'opération césarienne basée sur une pratique de 21 ans. In "La Presse Médicale," 27 Août 1921.

Playdoyer en faveur de l'opération césarienne in "La Presse Médicale," 7 Septembre 1921.

Opération césarienne chez une eclamptique in "La Presse Médicale," 12 Janvier 1921.

Opération césarienne pour rétrécissement du bassin,

mort de l'enfant; mal formation cardiaque (un seul ventricule). In "La Presse Medicale,, 9 Mars 1921.

L'opération césarienne comme traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen et de l'utérus gravide. In "La Presse Medicale,, 16 Fevrier 1921.

Rupture utérine au debut du travail chez une femme ayant subi deux césariennes antérieures, dont une portant sur le fond. In "La Presse Medicale,, 8 Juin 1921.
