

VOL-L
(50)

João Lopes do Rio

TRACTAMENTO

DO

Cancro uterino

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA A'

Escola Medico-Cirurgica de Porto



PORTO

IMPRESA MODERNA

55, R. de Passos Manoel, 57

1889

50/1 ENCL

it. 1
João Lopes do Rio

N. 642
TRACTAMENTO

DO

Cancro uterino

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA A'

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO
IMPrensa MODERNA
55, R. de Passos Manuel, 57

1889

P.^o da Id' Aut.^o de 1889,
pelas 11 horas da manhã.

Presidente - O Ex.^o Sr. Eduar.
do Pereira Pimenta

Ex.^o mos Srs.

Antônio Joaz. de Moraes Cal-

das

Ex.^o mos Srs. { M.^o Rodrigues da Silva O.^o

Augusto V. d'Alm.^o Brandão

Antônio Nacido da Costa

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

CONSELHEIRO VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO CATHEDRATICO

LENTES CATHEDRATICOS

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

LENTES JUBILADOS

- | | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Secção medica | { João Xavier d'Oliveira Barros. |
| | { José d'Andrade Gramaxo. |
| Secção cirurgica | { Conselheiro Visconde de Oliveira. |

LENTES SUBSTITUTOS

- | | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Secção medica | { Antonio Placido da Costa. |
| | { Maximiano Lemos Junior. |
| Secção cirurgica | { Ricardo d'Almeida Jorge. |
| | { Candido Augusto Correia de Pinho. |

LENTE DEMONSTRADOR

- | | |
|----------------------------|----------------|
| Secção cirurgica | Roberto Frias. |
|----------------------------|----------------|

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

(*Regulamento da Escola*, de 23 d'Abril de 1840, art. 155.^o)

A MEUS PAES

A MEU TIO

João do Rio Junior

A MEU CUNHADO

José Antonio Ferreira da Cunha

A MEU PRIMO

José Lopes dos Rios

A MINHA FAMILIA

AOS MEUS AMIGOS

E PARTICULARMENTE A

Dr. Julio de Carvalho Vasques
Dr. Adolfo Pereira de Macedo
Dr. Joaquim Leão Nogueira de Meirelles
Dr. Raymundo Ferreira dos Santos
Francisco de Miranda Castro
José Miguel de Carvalho
Antonio Julio Salgado
Eduardo Augusto da Cunha
Antonio d'Almeida Dias
Arthur Furtado Pereira
Antonio Luiz Soares Duarte

AOS MEUS CONDISCIPULOS

E ESPECIALMENTE A

Joaquim Urbano Cardoso e Silva
João Baptista de Meirelles Leão
Fernando Antonio da Costa Ferreira
Antonio Joaquim Gonçalves de Figueiredo
Zeferino Martins da Silva Borges
José Antunes da Silva e Castro
Samuel Maria dos Santos Pacheco
Thomaz Nosolini da Silva Leão
Manoel José da Costa Mattos

AOS EX.^{MOS} SNRS. PROFESSORES

Dr. Ilídio Ayres Pereira do Valle

Dr. Manoel Rodrigues da Silva Pinto

Dr. Antonio d'Ozevedo Maia

Dr. Augusto Henrique d'Almeida Brandão

Dr. Candido Augusto Correia de Pinho

AO MEU PRESIDENTE

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

Dr. Eduardo Pereira Pimenta

O discipulo reconhecido.

«Celui qui met au jour
ses pensées pour faire briller
ses talents. doit s'attendre à
la sévérité de ses critiques,
mais celui qui n'écrit que
pour satisfaire à un devoir
dont il ne peut se dispenser,
à une obligation qui lui est
imposée, a sans doute de
grands droits à l'indulgen-
ce de ses lecteurs et de ses
juges».

LA BRUYERE.

Durante muito tempo hesitamos sobre o assumpto que devia servir a satisfazer a ultima e com certeza a mais ardua das provas que a lei exige a todos que desejem conseguir o curso medico de qualquer Escola Medica do reino.

Não nos podendo eximir ao cumprimento da lei, o remedio era arrostarmos com todas as difficuldades que apparecessem e escrevermos uma dissertação; foi o que fizemos.

Demos a preferencia ao «tratamento do cancro uterino», não, por nos julgarmos á altura de o desenvolver; mas por nos parecer o mais facil de todos os assumptos sobre que nos lembamos escrever a nossa dissertação inaugural.

Alem d'isto, pareceu-nos ter este assumpto uma certa importancia; porque, de todas as

doenças que se podem desenvolver no utero, é sem duvida, o cancro a peor, attendendo ao seu prognostico, que é sempre gravissimo, e á sua grande frequencia que corresponde a um terço de todos os cancros que se desenvolvem na mulher.

Tillaux creou o termo «hysterectomia» para distinguir a extirpação de todo ou parte do utero, da hysterotomia ou simples secção d'este órgão; foi n'esta accepção que nós empregamos sempre o termo «hysterectomia».

Não apresentamos observações, porque não nos consta que se tenha praticado em Portugal, alguma vez a hysterectomia como tractamento curativo do cancro uterino.

Dividimos este nosso trabalho em cinco partes que comprehendem:

1.^a parte — Estudo clinico do cancro do utero.

2.^a parte — Indicações e contra-indicações da hysterectomia vaginal.

3.^a parte — Tractamento palliativo.

4.^a parte — Tractamento curativo.

5.^a parte — Valor comparado da hysterectomia vaginal total e parcial.

E' com a timidez de quem cumpre uma ordem que nós submettemos á apreciação do nosso illustre jury este insignificante trabalho para o qual pedimos toda a benevolencia.

PRIMEIRA PARTE

Estudo clinico do cancro do utero

N'este capitulo tentaremos fazer um estudo clinico do cancro do utero; este é quasi sempre primitivo e pôde começar por uma ou outra das duas partes do utero, o collo ou o corpo; mas, seja qual fôr a parte primitivamente affectada, o cancro tem tendencia a invadir mais ou menos rapidamente os tecidos visinhos.

Cancro do collo.—Os tractados classicos descrevem no cancro do collo tres fôrmas macroscopicas: a forma *ulcerosa*, a forma *vegetante* e a de *infiltração*.

É esta uma divisão que corresponde quasi

exactamente ao que se observa em clinica; porque é possível ligar sempre melhor ou peor os cancros a uma d'estas formas; mas, se esta distincção nos dá uma ideia descriptiva exacta, nenhuma indicação nos fornece sobre a natureza histologica e sobretudo sobre o modo de evolução do cancro uterino; além d'isso, não abraça a totalidade dos factos, visto que é frequente encontrar-se no mesmo individuo a combinação d'estas differentes formas.

Por estas razões, parece-nos mais accitavel uma classificação fundada sobre a topographia da lesão no seu começo; porque o que mais importa conhecer ao cirurgião, são os seus limites, sua marcha e seu modo de invasão que differem segundo a séde inicial da lesão.

Debaixo do ponto de vista da topographia da lesão, podemos admittir tres variedades; a primeira que começa na superficie externa do focinho de tenca, ou em um dos fundos de sacco vaginaes, é a forma *superficial*, (cancroïde dos Allemães); a segunda, cujo ponto de partida é a propria cavidade do collo, ordinariamente na sua parte superior, é a forma *cavitaria*; a terceira, que parece nascer na propria espessura do tecido cervical e que vem fazer saliencia em pontos variaveis é a forma *parenchymatosa*.

E' certo que esta divisão não corresponde absolutamente á natureza histologica do neoplasma; mas parece exprimir bem a differença d'evolução, e por conseguinte indicar o methodo operatorio, que convem a cada uma d'estas formas.

Estas tres variedades confundem-se n'um periodo adiantado da doença, sem que d'esta confusão resultem grandes inconvenientes para o cirurgião; porque quando isto se dá, já se passou o periodo da intervenção cirurgica.

I. *Forma superficial*. E' de todas a mais frequente e pôde começar por differentes partes do focinho de tenca; estende-se pouco a pouco em superficie, ganha os tecidos visinhos, interessando algumas vezes toda a superficie externa de focinho de tenca; d'ordinario, uma parte d'este órgão fica intacta e o mal, deixando por assim dizer o collo, propaga-se aos fundos de sacco e á mucosa vaginal.

Quando o cancro se propaga á mucosa intra-cervical, produz-se a invasão do tecido conjunctivo peri-cervical e peri-vaginal; esta invasão pôde fazer-se de camada em camada e o dedo explorador percebe, nos fundos de sacco, placas duras, que não existem no estado normal; outras vezes, são pequenos focos juxta-

postos, uns contra os outras, como as contas de um rosario, parecendo seguir o trajecto dos ligamentos utero-ovaricos.

O cancro invade a bexiga, antes de chegar ao orificio interno do collo, porque este orificio está mais distante do orificio externo, ponto de partida do neoplasma, do que a bexiga; por isso o corpo do utero não é affectado, senão quando extensas propagações se teem já feito á bexiga e ao recto.

A invasão em profundidade não é pois a marcha habitual d'esta fôrma; porém, tem-se observado a sua penetração nas partes profundas do parenchyma, sem que a anatomia pathologia nos possa dar a causa de tal facto; esta dissemelhança de evolução não permite formular contra esta forma de cancro um methodo unico de tractamento.

II. *Fôrma cavitaria*. E' menos frequente do que a precedente, começa na propria cavidade do collo, na parte que é normalmente tapetada por um epithelio cylindrico.

O cancro cavitario pôde passar desapppercebido, por muito tempo, em rasão da sua séde primitiva e do seu modo d'evolução.

Caracterisa-se pela sua tendencia a subir para o corpo do utero, seguindo o trajecto da

mucosa e respeita a zona uterina situada abaixo do seu ponto de origem.

Emquanto que a fôrma precedente não invadia senão muito tarde o corpo, esta ultima propaga-se-lhe com rapidez, resultando d'aqui que, quando a lesão vier fazer saliencia externamente, já ella fez grandes destroços na região do isthmo; umas vezes, reveste a forma ulcerosa, outras vezes a vegetante; a primeira é a mais frequente segundo Schroeder.

A' superficie da ulceração apparecem ás vezes tumores riziformes, brancos, que se esmagam pela pressão dos dedos e que são papillas hypertrophizadas em via de transformação epithelial. Quando estas massas são mais volumosas, na forma hypertrophica, constituem vegetações polypiformes que podem ficar encerradas na cavidade cervical ou, pelo contrario, sahirem pelo orificio externo.

Estas producções são muito difficeis de distinguir dos verdadeiros polypos, cuja natureza e prognostico são muito differentes.

Resulta d'aqui a necessidade de se praticar a dilatação do collo para se perceber pela vista e pelo toque os limites e a origem da affecção, que só a hysterectomy total poderá extinguir, quando nenhuma complicação, local ou a

distancia venha contra-indicar formalmente esta operação.

III. *Forma parenchymatosa*. Esta fôrma corresponde ao que nos livros classicos se descreve com o nome de *infiltração do collo*; Schroeder estuda-a debaixo do nome de tuberosidade carcinomatosa e de nódulo canceroso.

Póde ser acompanhada por uma das formas precedentes ou ser completamente independente.

Apresenta-se com o aspecto de um ou muitos nucleos, maiores ou menores, que vem fazer saliencia por baixo da mucosa que está umas vezes normal e outras inflammada.

O collo augmenta de volume, ao mesmo tempo que se disforma com estes nucleos; mais tarde o nódulo canceroso amollece e acaba por produzir a ulceração da mucosa, quer superficial, quer cavitaria, e algumas vezes as duas ao mesmo tempo.

Constituida a ulceração, vai-se extendendo em superficie e em profundidade, e invade o tecido cellular da bacia, a parte superior do collo e o corpo.

O que caracteriza esta fôrma é a diffusão em todos os sentidos; toda a espessura da parede é rapidamente invadida e a propagação aos

ligamentos largos faz-se depressa ; esta fôrma é por estes motivos a mais grave, debaixo do ponto de vista do prognostico, e quando a doença não é observada em começo, nem a hysterectomia total pôde pôr a doente ao abrigo da reproducção.

Diagnostic. — O diagnostico do cancro do utero feito com um fim operatorio comprehende :

I O diagnostico da natureza da lesão.

II O diagnostico da extensão da lesão.

I.—NATUREZA DA LESÃO

Muitas vezes este diagnostico é facil e não é necessaria a intervenção do microscopio; o toque, a inspecção, e o olfacto, sem contar as perturbações funcçionaes, chegam para podermos affirmar a existencia de um cancro.

Taes são os casos em que as vegetações fungosas, que cobrem o collo, fazem saliencia á sua superficie e d'onde se destacam com o dedo fragmentos com a forma de pequenas massas duras e friaveis.

A natureza de uma ulceração é em geral mais difficil de determinar; entretanto, quando

observarmos uma perda de substancia com bordos talhados a pique, repousando sobre um tecido duro, com um fundo ora acinzentado e recoberto de destroços saniosos, ora apresentando fungosidades sangrentas, podemos affirmar a existencia de um cancro.

Quando, apesar de tudo, a duvida subsiste, o melhor criterio é o tempo com uma therapeutica apropriada; todos os modificadores das ulceras simples, que não teem acção, nem efficaz, nem nociva, sobre as ulcerações cancerosas, devem ser empregados e ao fim de poucos dias podemos fazer o diagnostico.

Se, nas fôrmas ulcerosa e vegetante da porção vaginal do collo podemos sempre estabelecer o diagnostico, por processos simples, que não fazem correr á doente o menor perigo e que podem evitar uma operação perigosa, já não acontece o mesmo com a fôrma infiltrada, cujo diagnostico é quasi sempre muito difficil, e torna indispensavel o auxilio do microscopio.

Podem-se aqui apresentar dous casos: *a)* a infiltração é limitada e existe apenas um nucleo n'uma parte mais ou menos profunda do collo; *b)* a infiltração é diffusa e invade quasi toda a totalidade do orgão.

A infiltração parcial pôde confundir-se com

um myoma sub-mucoso, e n'este caso só a histologia poderá resolver o problema, extirpando-se um fragmento do tecido doente e submettendo-o ao exame microscopico.

Em alguns casos facil é a ablação d'este fragmento do neoplasma, porém em outros casos, isto não se conseguirá sem a dilatação do canal cervical para se poder empregar a curetta, as thesouras ou o bisturi e por meio d'estes instrumentos se obter o fragmento necessario para podermos fazer o diagnostico com os elementos que o seu exame microscopico nos fornecer.

A infiltração diffusa é igualmente uma causa frequente de erro; ella simula perfeitamente a metrite chronica e, apesar das informações, que a doente nos possa fornecer sobre a evolução da doença, apesar da triade symptomatica, considerada sem rasão, como caracteristico do cancro, o toque e o especulo são insufficientes. N'estes casos pertence tambem ao microscopio julgar em ultima instancia; elle salvará algumas mulheres e muitos uteros, suspendendo a intervenção do cirurgião.

II.—EXTENSÃO DA LESÃO

O diagnostico anatomico é de uma utilidade incontestavel ; feito antes da operação, tranquillisa o cirurgião, que, ás vezes, pôde ter duvidas sobre a natureza de uma lesão: practicado depois da ablação do utero, elle confirma uma opinião muitas vezes já bem estabelecida.

Ao lado d'este diagnostico, por assim dizer, de laboratorio, ha um outro que deve ser estabelecido no leito da doente, e cuja importancia lhe não é inferior; este é o diagnostico topographico, que regula toda a intervenção, e que deve indicar certo methodo operatorio e contra-indicar outro.

Certamente um cirurgião em presença, por exemplo, de um cancro vegetante de um dos labios do focinho de tenca e, apellando para os seus conhecimentos theoricos, poderá suppôr que a lesão é superficial e que o parenchyma do órgão está intacto; mas n'estes casos não bastam hypotheses ou probabilidades, é preciso que se tenha a certeza; infelizmente esta certeza, pelo menos por emquanto, não se pôde conseguir sempre, ou antes só muito excepcionalmente é que se chegará a tão util resultado;

mas tambem parece que os cirurgiões não ligam a este tão importante assumpto a attenção que elle merece, e não empregam todos os meios para chegarem á maior precisão possivel; a leitura das observações publicadas pelos cirurgiões partidarios d'um ou d'outro methodo parece proval-o.

Quasi todas se podem resumir n'estas palavras: cancro do collo, utero movel, fundos de sacco e annexos sãos, bexiga e recto indemnes, não ha contra-indicações geraes; logo é um cancro limitado ao utero e por conseguinte operavel.

Parece-nos que se devia fazer n'estas observações dos cancros uterinos uma descripção analoga á que se faz, por exemplo, para os cancros da lingua. Ninguém se contenta para este orgão, em dizer, simplesmente, cancro da ponta; por conseguinte amputação (parcial ou total segundo as ideias do cirurgião); n'estes casos, todos os cirurgiões precisam melhor os limites para levarem a exeresse além dos tecidos doentes, a uma distancia que é reconhecida, em geral, como sufficiente para evitar as recidivas locaes.

Dizem que as condições são differentes para o utero; effectivamente um utero não se pôde

examinar tão facilmente como uma lingua ; comtudo parece-nos que é possível fazer-se um exame muito mais profundo do que o que se faz geralmente.

O utero é uma cavidade onde se pôde entrar, tomando as devidas precauções antisepticas, e não é um órgão fixo que não o possamos approximar de nós para o examinarmos mais de perto.

Ha casos em que esta mobilidade do utero falta ; mas esta ausencia de mobilidade é precisamente um bom indicio de prudente abstenção.

Aos processos ordinariamente empregados parece-nos que se deveria juntar a dilatação prévia do collo do utero porque ella permite o toque intra-uterino para completar com o chlo-roformio o exame de um utero sobre o qual o cirurgião se proponha a intervir.

Tem-se criticado a dilatação do collo do utero relativamente á duração da operação, á dôr provocada, á resistencia que algumas vezes apresentam os uteros cancerosos, emfim aos accidentes que ella pôde produzir.

Porem Vulliet, Doleris e outros auctores sustentam que em geral esta dilatação se consegue sem grandes inconvenientes.

Comtudo por falta de pratica não podemos

saber quem tem rasão; o que é certo é que Vulliet conseguiu obter provas photographicas da cavidade uterina de uma mulher no periodo de menstruação.

A importancia da dilatação do utero para o diagnostico topographico do cancro é grande e parece-nos que valia a pena, se os inconvenientes não fossem muitos, aproveitar tão util processo que é de grande alcance nos casos de cancro uterino.

Do mesmo modo que a dilatação permite pelo toque intra-uterino limitar muitas vezes o neoplasma, tambem o chloroformio permite precisar a invasão dos annexos.

Cancro do corpo.—O cancro do corpo é muito menos frequente do que o do collo; entretanto, não é tão raro, como se julgava até ha pouco tempo; porque, depois que a raspagem da cavidade uterina e o exame microscopico foram empregados como meios de diagnostico, o numero de cancros do corpo tem consideravelmente augmentado.

O cancro do corpo desenvolve-se sobretudo nas mulheres de uma certa idade, n'aquellas que já chegaram ou se approximam da idade critica; é raro antes dos trinta annos.

O cancro limitado do corpo occupa muitas

vezes o fundo e toma, umas vezes, o aspecto d'uma infiltração, que é o caso mais frequente, apresentando tumores e nudosidades dissimuladas, e outras vezes, toma a forma de polypos sub-mucosos, fazendo saliencia acima das partes visinhas, e com um volume, variando desde o de uma amendoa ao de uma noz, e ás vezes attingem mesmo o volume de um ovo de gallinha; estas vegetações polypiformes tem grande tendencia para a ulceração.

Quasi sempre o cancro do corpo succede a uma affecção semelhante do collo, entretanto pôde tambem acontecer que o collo seja invadido por um cancro do corpo o que não acontece, segundo Koeberle, ¹ senão depois de se ter já estendido ás partes visinhas, invadindo quasi constantemente a bexiga antes do collo uterino.

Por conseguinte, quando, no cancro primitivo do corpo, se observar a invasão do collo, pode-se affirmar que a lesão já não está circumscripta ao utero.

Esta affecção principia muito insidiosamente.

¹ Nouvelles archives d'obstetrique et gynecologie—
1886, pag. 144.

mente, sem provocar nenhum symptoma que faça suspeitar da sua existencia; as hemorrhagias, os corrimentos fetidos e mais raras vezes as dôres annunciam a sua apparição.

Nas mulheres novas a hemorrhagia pôde revestir o typo menstrual; nas de certa idade produz-se debaixo da fôrma de um leve corrimento que se torna mais tarde uma perda de sangue abundante.

O corrimento, ao principio pouco abundante, differe pouco da leucorrhœa da endometrite; porém, mais tarde adquire um cheiro fetido, repellente, de que se tem querido fazer um symptoma pathognomônico do cancro uterino. Este corrimento nem sempre apresenta aquelle cheiro e, ás vezes, é limpido e claro como agua, é uma verdadeira hydrorrhœa;¹ mas isto só se observa mui raras vezes.

A quantidade das perdas serosas é muito variavel.

Umas vezes são insignificantes, outras vezes são tão abundantes que constituem o symptoma mais incommodativo para as doentes.

¹ Valat — Epithelioma primitif du corps de l'uterus — these de Paris — 1888, observação 5.^a, pag. 70.

A dôr depende menos dos progressos da affecção do que do obstaculo que o utero infiltrado encontra nas suas tentativas para evacuar o seu contheudo e da propagação da degenerescencia ao peritoneo; este symptoma pôde não apparecer durante toda a evolução da doença.

Estas dôres teem por séde as regiões hypogastrica, vulvar, perineal, crural, e n'um periodo mais adiantado da doença irradiam-se pelas verrilhas, coxas, fossas iliacas, regiões epigastrica e lombar.

Nenhuma d'estas manifestações clinicas basta para estabelecer o diagnostico; comtudo, a apparição de perdas irregulares n'uma mulher de certa idade, a integridade do collo, a hypertrophia ligeira do corpo, uma sensibilidade especial do lado do utero, a evacuação cada vez mais abundante de secreções fetidas misturadas de sangue, a existencia á superficie do utero de pequenas tuberosidades, ou d'infiltração superficial, tudo isto não fará senão confirmar a suspeita de cancro.

Mas a certeza, só a raspagem da cavidade uterina e o exame microscopico das partes affectadas nol-a poderá dar.

SEGUNDA PARTE

Indicações e contra-indicações da hystereclomia vaginal

O primeiro ponto, que nos parece util estabelecer antes de tudo, é a legitimidade da intervenção cirurgica no cancro do utero.

Després sustentou na Sociedade de cirurgia ¹ que todas as operações dirigidas contra o cancro uterino, quer se tracte de operações limitadas ao collo, quer de operações completas, são absolutamente inuteis, apoiando as suas

¹ Sessão de 17 d'outubro de 1888.

opiniões em dous factos, que elle citou, e que se referiam a duas mulheres, que viveram quatro annos com cancos uterinos; Courty diz ter visto mulheres affectadas de cancro uterino viverem sete e oito annos depois da epocha provavel, em que elle tinha começado a desenvolver-se.

Barker ² refere um caso de uma mulher em quem elle tinha diagnosticado um cancro uterino, havia onze annos, e que ainda podia ir ao theatro e á igreja, posto que o utero estivesse quasi completamente destruido. Emmet diz egualmente ter tractado doentes nas quaes a affecção durou cinco, seis e até oito annos.

Somos obrigados a admittir sem discussão estes factos, attendendo á authoridade dos observadores precedentes; mas devem ser muito excepçionaes; e o proprio Després que, considera estas formas de evolução lenta, como proprias ás mulheres já velhas, admite que nas novas, ainda em plena actividade sexual, a marcha do mal é muito mais rapida, emfim que nas mulheres de meia idade, de 40 a 50

² American journ of obstet.—Novembro de 1870.

annos, a sua duração não passa de um anno. N'este ponto está elle d'accordo com a maior parte dos gynecologistas.

Para Lebert a duração media é de 16 mezes, para Aran de 16 a 18 mezes, para Gallard de 24, para Courty, de 16 a 17, para Schroeder de 12 a 18 quando muito, para Simson de 2 a 2 $\frac{1}{2}$ annos, para Barker de 3 annos e 8 mezes, o que nos dá uma media de 22 mezes.

Por conseguinte, de um modo geral, sempre que uma mulher viva dous annos depois da operação, pode-se dizer que retirou d'ella um certo beneficio.

As estatisticas, provas discutiveis, é certo, mas os unicos guias em taes questões, mostram-nos que ao fim de 2 annos encontramos 24% de mulheres curadas, e 58% com recidiva; faltam-nos pois só 18% de mulheres que succumbiram, emquanto que com a prudente abstenção de Després todas ou quasi todas teriam morrido.

Ainda mesmo aquellas mulheres, em quem o cancro se reproduz, tiram da operação indiscutiveis beneficios; porque o tempo, que decorre entre a operação e a recidiva, constituirá para estas desgraçadas uma phase de bem-estar, que só ella bastaria para justificar a intervenção.

Julgamos pois que, não só a operação é legitima, mas ainda que ella deve ser tentada sempre que a doente se não sujeite a probabilidades de morte superiores ás que resultam da evolução habitual da doença. A possibilidade de uma cura radical e a certeza de conseguirmos melhoras, que persistem por mais ou menos tempo, obrigam a intervir não só no cancro do utero, como tambem no cancro dos outros órgãos accessiveis ao cirurgião.

A' excepção de Després todos os cirurgiões admittem hoje a legitimidade da intervenção no cancro uterino; todos concordam no principio, mas differem na applicação: hysterectomia total sempre, dizem uns; nunca, dizem outros; algumas vezes, dizem ainda outros: taes são as differentes opiniões sustentadas.

Tractaremos n'um capitulo á parte do valor comparado da hyterectomia total e parcial.

Admittida a legitimidade da intervenção, determinaremos agora as condições em que ella se deve dar.

A operação de um cancro, seja qual fôr a sua sede, deve ser precoce, larga e completa; é esta uma regra geral admittida por quasi todos os cirurgiões, e não ha motivos para excluir d'ella o cancro localisado no utero.

Não intervir senão nos casos, em que o cancro está limitado ao corpo ou ao collo e recusar toda a operação quando os órgãos pelvicos estão invadidos, é a practica seguida por quasi todos os operadores.

Ha ainda alguns que operam sempre e entre outros Terrier diz que «n'hésitera pas à operer, tant que l'extirpation de la partie envahie du rectum ou de la vessie, ne sera pas incompatible avec l'existence.»

Felizmente que os sectarios d'esta opinião são já muito poucos; porque seria uma calamidade se todos os cirurgiões seguissem tal practica.

N'estes casos de cancro não se tracta de saber só se a doente pôde ou não sobreviver á operação; mas principalmente se ella pode retirar d'ella reaes beneficios: é justamente isto que se não dá; haja vista aos pessimos resultados referidos por authores, que, ou, por insufficiencia do diagnostico, ou, por já terem pensado do mesmo modo que Terrier, operaram em pleno tecido morbido, e, cuja mortalidade operatoria regula por 32^o%, mais do dobro da mortalidade da hysterectomia vaginal total nos casos em que se attendeu ás indicações operator-

rias, isto é, nos casos em que o cancro estava limitado ao utero.

E' pois o primeiro dever do cirurgião, em face de um cancro uterino, examinar minuciosamente a affecção local; informar-se do funcionamento dos órgãos visceraes, e do estado do organismo inteiro.

No momento do exame, a doente será deitada n'um leito um pouco duro, com a bacia elevada, as pernas em semi-flexão sobre as coxas e a cabeça um pouco baixa; n'esta posição as paredes abdominaes serão relachadas e a palpação abdominal ficará facil.

A doente será examinada, pelo menos uma vez, durante o somno chloroformico.

A exploração será completa; isto é, todos os órgãos pelvidos serão explorados com cuidado: vagina, utero e seus annexos, recto e bexiga.

Exploração da vagina.—A vagina deve ser dilatavel e bem conformada; quando ella tem uma conformação viciosa, ou quando é pouco dilatavel, a via vaginal deve ser abandonada; é preciso que o campo operatorio seja sufficientemente grande para que os differentes tempos da extirpação do utero se possam executar.

Martin, Baker e Edis dividiam o perineo

para alargar o campo operatorio, e practicavam a perineorrhaphia depois de concluida a hysterectomy.

O estado de infiltração d'uma parte da vagina é uma contra-indicação expressa da operação, e n'este caso adoptar-se-ha apenas um tratamento palliativo, porque a recidiva tem sido constante.

Estado do utero.—O estado do utero será objecto de minuciosas investigações. Reconhecida a existencia do cancro, o cirurgião deverá investigar a extensão da lesão e a sua propagação para o corpo ou para os ligamentos.

O dedo e o speculo deverão ser empregados n'esta exploração.

A mucosa vaginal do collo é alguma coisa movel sobre os tecidos subjacentes. Quando esta mobilidade se não observa em certos pontos é porque estes estão invadidos.

Quando o corpo do utero está augmentado de volume e apresenta nodosidades, é porque a affecção se propagou já a este ponto do utero (excluindo-se a possibilidade de um corpo fibroso).

Exploração dos ligamentos largos e da rede lymphatica.—A invasão dos ligamentos largos pode-se conhecer facilmente sobretudo pela in-

tegridade dos fundos de sacco vaginaes. Um ligamento largo invadido apresenta nodulos e placas d'induração desprovidas d'elasticidade.

Estes nucleos de induração teem a forma de pequenos ganglios do volume de uma ervilha grande, ou de uma noz pequena.

O toque vaginal, auxiliado com o toque rectal, pode indicar o estado das partes media e superior dos ligamentos largos; porque estes passarão por entre os dous dedos exploradores quando se exerce sobre o utero uma tracção de modo a approximal-o da vulva.

Ha um meio indirecto de grande valor, que consiste em julgar da integridade dos ligamentos uterinos pelo grau de mobilidade dos mesmos ligamentos e pela facilidade do abaixamento do utero.

Um abaixamento facil do utero indica grandes probabilidades em favor da integridade dos ligamentos, emquanto que a resistencia absoluta é de pessimo prognostico.

A immobilidade do utero é tambem uma contra-indicação formal á operação, seja qual fôr a sua causa; por que n'estes casos a operação é muito laboriosa e até ás vezes impossivel.

Esta immobilidade pôde ser produzida ou por uma perimetrite antiga, tendo produzido

adherencias, ou pela invasão do neoplasma; ás vezes os annamnesticos permitem-nos resolver a questão; mas ainda que tivessemos a certeza de que, adherencias inflammatorias eram a causa da immobildade do utero, deviamos ser prudentes; porque, sem fallarmos das difficuldades, que esta immobildade oppoem á hysterectomia, podiamos cahir sobre um foco purulento desconhecido que viesse infectar o campo operatorio, e a doente morrer por effeito de uma peritonite sceptica como aconteceu recentemente a Le Bec. ¹

Exploração da bexiga.—O toque vaginal combinado com a palpação abdominal poderá julgar do estado dos tecidos peri-vesicaes e do fundo do sacco vesico-uterino.

Por este processo será facil fazer ideia do estado da face anterior e do volume do utero.

O estado da bexiga será tambem avaliado pelas indicações fornecidas pelo exame vesical directo. Este exame será feito com o catheter introduzido na bexiga, ao qual se faz executar movimentos de deslocação na parede posterior d'esta; ou então poder-se-ha fazer o exame di-

¹ Gasette des Hospitiaux—1888—Maio.

recto digital do baixo-fundo da bexiga; mas este meio é um pouco brutal e por isso pouco usado.

O volume consideravel do utero, de modo que a sua extracção se não possa fazer pela vagina senão á custa de exforços violentos ou da divisão do tumor, constitue tambem uma contra-indicação importante á hysterectomia vaginal.

Umas vezes o augmento de volume do utero é devido exclusivamente ao cancro, outras vezes á coexistencia de myomas.

A divisão do tumor é um processo precioso, quando se tracta de corpos fibrosos puros; mas é muito perigoso nos casos de neoplasmas malignos, porque expõe á infecção do peritoneo pelos destroços septicos.

Exploração rectal.—O toque rectal pode-nos dar indicações sobre o estado do septo recto-vaginal, do utero, do ligamento utero-rectal e do fundo de sacco de Douglas.

Schroeder e Sneguireff ligam grande importancia para o prognostico ao estado do ligamento utero-sagrado; este ligamento é, para elles, a primeira via de propagação do cancro do collo. Este ligamento, conservando o utero elevado, comprehende-se toda a importancia do

obstaculo produzido pela sua induração ao abaixamento do utero.

Em resumo: a exploração methodica dos órgãos pelvicos revella casos simples, com localização uterina circumscripta da affecção e casos de propagação a differentes visceras. Os primeiros são operaveis, e os segundos inoperaveis.

A cachexia cancerosa confirmada, um tumor canceroso secundario da vulva, da pelle, do systema osseo, um estado geral mau, são outras tantas contra-indicações á intervenção radical.

Ainda se devem considerar como taes as perturbações funcçionaes do lado dos rins, porque, como se sabe, é muito frequente encontrar-se nucleos cancerosos á volta dos ureteres e observar-se lesões renaes consecutivas; mas esta investigação é quasi sempre delicada e incerta.

O estado das funcções digestivas deve tambem ser considerado, porque é frequente encontrar-se accidentes uremicos, de que aquellas lesões renaes são o ponto de partida, e a cuja causa pertencem tambem certas perturbações digestivas, que se observam nas mulheres affectadas de cancro uterino.

TERCEIRA PARTE

Tractamento palliatio

Quando o utero está immovel ou a vagina invadida, o tratamento radical, não offerece realmente esperança alguma e por isso devemos reservar para estes casos o tractamento palliatio e combater então com toda a energia o trio symptomatico: hemorrhagia, secreções ichorosas e as dores, que tanto apoquentam e incommodam as doentes, em favor das quaes devemos fazer alguma cousa tendente a tornar-lhes mais supportaveis os poucos dias de vida, que esta terrivel affecção costuma conceder aos individuos

por ella atacados, quando a sua extirpação total já se não pôde practicar.

O tractamento palliativo tem ás vezes uma influencia verdadeiramente maravilhosa, ainda que de pouca duração, sobre a marcha da doença, e tem-se visto muitas d'estas desgraçadas já n'um estado de grande fraqueza, em consequencia de repetidas e abundantes hemorragias, reanimarem-se, readquirirem grande parte das suas forças e terem mesmo uma vida relativamente longa e em tão boas condições que se julgam completamente curadas até ao momento, em que a volta dos symptomas, que um tratamento bem comprehendido e executado tinha attenuado ou mesmo supprimido, lhes vem dar uma triste desillusão a respeito do seu estado.

Tractamento geral.—E' preciso animar as doentes, dar-lhes coragem e proporcionar-lhes distracções que lhes não deem tempo de se absorverem nos seus soffrimentos; para isso devem passeiar ao ar livre, fazer exercicio e evitar com todo o cuidado a permanencia no leito ou em recintos insufficientemente ventilados; porque, depois das causas organicas, são estas ultimas as que mais concorrem para o desfalecimento e desnutrição geral.

E' necessario vigiar pelo bom funcionamento do aparelho digestivo; porque estas doentes queixam-se frequentes vezes de dyspepsias quasi sempre devidas a desordens do lado dos rins; n'estas condicções é muito util o leite.

As evacuações devem-se fazer bem e regularmente e para isso serão muito uteis os clysteres frios com uma ou duas colheres de glicerina; deve-se evitar a constipação e sobretudo a diarrhea que são muito penosas para as doentes.

Contra as dores o grande remedio é a morphina em injeccões hypodermicas; deve haver prudencia na administração d'este alcaloide, attendendo ás lesões renaes de que estas doentes soffrem quasi sempre; ao principio as injeccões de antipyrina, são muito bem supportadas e muito uteis. Pode-se fazer duas ou tres injeccões por dia d'uma seringa de Pravaz cheia de uma solução de partes iguaes d'agua e antipyrina; mas pouco tempo depois estas injeccões não bastam.

Não devemos tambem esquecer o chloral que, ás vezes, pode ser empregado com vantagem.

Em alguns casos as dores são diminuidas

pelos suppositorios opiaceos ; mas o que é mais notavel é o desaparecimento das dores, que já não cediam á morphina, logo depois da destruição das massas cancerosas por meio de um tractamento local.

Os corrimentos vaginaes determinam muitas vezes nas partes genitales externas e na face interna das coxas erythemas muito dolorosos.

Os cuidados de limpeza serão evidentemente, em geral, o melhor tractamento preventivo ; mas quando não fôr possivel evitar estes erythemas, as applicações de vaselina cocaïnada sobre as partes irritadas costumam dar muito bons resultados.

As hemorragias incommodam e enfraquecem muito as doentes e são devidas á ruptura dos vasos das fungosidades. Os cuidados antisepticos diminuem muito estes corrimentos sanguineos que, algumas vezes, sobreveem bruscamente e com muita abundancia.

As injeccões antisepticas quentes a 40° ou 50° conseguem o mais das vezes suspendel-as ; estas injeccões não devem ser feitas com um irrigador, cujo jacto seja muito violento ; deve-se obrar com prudencia. Emmet ? aconselha uma injeccão muito quente de uma solução concentrada de alumem.

Estas hemorragias cedem muitas vezes á raspagem com curetta das massas cancerosas ; em ultimo recurso emprega-se a cauterisação com ferro em braza ou os tampões.

Tractamento local.—Por meio d'esta intervenção local, temos em vista destruir as producções morbidas cancerosas e d'este modo evitar ou demorar os progressos do cancro ; e, alem d'isso, tambem podemos actuar sobre os symptomas que, tendo resistido a todas as medicações feitas n'este sentido, desaparecem com a destruição das massas vegetantes do tumor.

Os meios que se empregam mais frequentemente para destruir o cancro do utero são :

I *A cauterisação.*

II *A exeresse do collo.*

III *A raspagem uterina.*

E tem-se finalmente combinado estes diferentes meios.

I *Cauterisação.* Pode-se fazer com os agentes chimicos ou com o cauterio actual.

Causticos.— Os medicamentos empregados topicamente contra o cancro são numerosos, como o são para todas as doenças incuraveis.

Os causticos têm sido e ainda são muito empregados na Inglaterra e na America.

O *modus faciendi* mais seguido foi indica-

do por Sims; emprega-se uma solução de chloreto de zinco a 30 %. Depois de se ter raspado a superfície do tumor applica-se sobre as partes sangrentas tampões embebidos n'esta solução.

Este tractamento é ainda muito gabado na America. Thornton, que o não emprega, é certo, senão como complemento de uma operação sangrenta, gaba a propriedade que elle attribue á solução de chloreto de zinco de se infiltrar nos tecidos, de perseguir e destruir os elementos cancerosos.

Debaixo d'esta fôrma, o chloreto de zinco é pouco empregado em França.

Canquoin empregou-o debaixo da fôrma de pasta, que conservou o seu nome, no tractamento do cancro uterino e mais tarde foi empregado por Bounet de Lyon, por Demarquay e recentemente por Polaillon ¹ que diz ter obtido optimos resultados.

Na opinião d'aquelles auctores, o chloreto de zinco incorporado á farinha não tem os inconvenientes attribuidos á solução; a sua acção é perfeitamente limitada e não é necessario ter-

¹ Annales de gynccologie—Julho—1882.

se o cuidado de proteger as partes sãs nem condemnar as doentes a uma immobilitade absoluta nem ao decubito dorsal que, para ellas, são sempre fatigantes e incommodativos, mas que são indispensaveis quando se faz uso da solução.

Polailon recommenda muito especialmente as frechas de Canquoin; mas Cordes é de opinião que nos cancros uterinos, a applicação do chloreto de zinco debaixo d'esta fórma é pouco practicavel, e não dá por isso os resultados que costuma dar nos cancros facilmente accessiveis.

O sulfato de ferro tem a grande vantagem de ser styptico, hemostatico e desinfectante.

O perchloreto de ferro é um hemostatico muito infiel e deve por isso ser abandonado.

O emprego do nitrato de prata tem consequências deploraveis, porque, se é certo, que detem as hemorragias, parece dar impulso á producção morbida: quando cae a escara, encontra-se a superficie subjacente em plena proliferação.

O bromo foi empregado por Williams e Routh que lhe attribuem a propriedade de destruir a vitalidade da cellula cancerosa.

Empregou-se tambem a pepsina, a papaína, a potassa caustica e muitas outras substancias

que todas téem mais ou menos inconvenientes que as tornam impróprias para este fim e que por isso foram abandonadas.

Citaremos apenas para memoria as injecções intersticiaes de liquidos causticos tentadas por Gallard; porque nos é impossivel descrever todas as tentativas, que não foram poucas, feitas com o fim de tractar os cancos do utero.

Rejeitamos o emprego dos causticos; porque, se os empregamos em solução por meio de tampões n'ella embebidos, a sua acção é forçosamente superficial, ainda mesmo depois da raspagem, e limitada ao focinho de tenca ou a uma porção restricta do canal cervical; se preferimos as frechas, a sua acção é mais profunda, mas parcial, não passa uma certa zona e é muito difficil que tenhamos a certeza de ter atingido toda a massa cancerosa: a acção dos causticos é sempre mais ou menos deixada ao acaso.

Os causticos podem ter dado bons resultados, mas não correspondem hoje a nenhuma indicação e temos ao nosso alcance meios mais efficazes.

Cauterio actual. — Este meio dá muito melhores resultados, principalmente se uma raspagem bem feita arrebatou previamente as fun-

gosidades do neoplasma canceroso, sobre as quaes, esta cauterisação exgotaria a sua acção, e não chegaria senão com difficuldade ás partes mais profundas.

Sem esta raspagem, a cauterisação tinha um dos grandes inconvenientes dos causticos que, actuando sobre estas fungosidades, dão escaras espessas cuja eliminação é acompanhada de supuração fetida e abundante.

Achamos pois preferivel o cauterio actual por ser de um emprego facil, principalmente o thermo-cauterio de Paquelin, ao contrario do que se dá com os causticos; mas esta cauterisação só se deve fazer depois que uma raspagem prévia lhe preparou o terreno, arrebatando as fungosidades, quando as houver.

II. *Exerese do collo.* A exerese do collo foi proposta tambem como operação curativa; n'um dos capitulos seguintes veremos o que ella pôde valer.

Como palliativa, a amputação do collo é mais radical do que as que passamos em revista até aqui e é recommendada por quasi todos os auctores, porque produz a attenuação dos symptomas, prolonga a vida em muito melhores condições para as doentes, e além d'isso, é uma operação bastante simples e de uma benignida-

de tornada absoluta com uma antisepsia bem feita.

E, tractando-se de cancos já tão adeantados, não se pôde ser muito exigente, e por isso, parece-nos, que a amputação da parte vaginal do collo com um fim palliativo é uma boa operação.

Esta amputação do collo foi praticada pela primeira vez em 1801 por Osiander; pratica-se, em geral, esta operação com o *esmagador linear*, com a *ansa galvanica* ou com o *instrumento cor-lante*.

Esmagador.—A aplicação do esmagador é preconizada em França por Verneuil; este processo consiste em apanhar o collo com uma pinça de Museux, trazel-o o mais proximo possível da vulva e depois lançar a cadeia do esmagador que, passando por cima da pinça e do neoplasma, se vai collocar atraz d'este. Quando o operador se assegurou de que nem o fundo de sacco posterior nem a bexiga são envolvidos pela cadeia procede á constricção de uma maneira lenta.

Este processo, em rasão dos inconvenientes, que apresenta é pouco empregado.

O esmagador não corta bem os tecidos; produz uma secção obliqua, formando um cone

saliente para a vagina; a collocação da cadeia e a sua conservação são muito difficeis de conseguir; é necessario, para tornar a operação possível, exercer sobre o utero uma tracção que expõe ao duplo perigo de abrir a bexiga ou o peritoneo, accidentes que os mais habéis cirurgiões nem sempre puderam evitar.

A abertura da bexiga ou do peritoneo são accidentes a que nem todos ligam grande importancia e tem-se publicado casos em que elles se deram, sem que a marcha da cura fosse perturbada; comtudo estes casos excepcionalmente felizes não provam para nós a innocencia da abertura quer da bexiga, quer do peritoneo.

Se a estes inconvenientes juntarmos ainda a incerteza da hemostase, e as retracções, stenoses e mesmo atresias do collo que podem sobrevir apòs a cicatrisação, facilmente se vê que o processo do esmagador é perigoso e insufficiente e que só em casos muito excepcionaes se poderá empregar.

Ansa galvanica.—Era este o processo preferido por Gallard. Este gynecologista expoz as vantagens d'este processo em 1884 á Sociedade de Cirurgia. ¹

¹ Gallard. Du traitement du cancr uterin—Paris—1884.

Com a ansa galvanica evitam-se quasi todos os inconvenientes do esmagador; o fio, sendo mais fino colloca-se melhor; basta dirigil-o com os dedos para o applicar sobre o pediculo a cortar e fazer-lhe seguir todos os seus contornos.

Facilita-se esta manobra, descobrindo o tumor por meio de um speculo, que nos permitta ver mais facilmente o collo, deixando-o, n'uma certa medida, accessivel ao toque digital.

A haste que supporta a ansa galvanica é mais delgada do que a do esmagador e por isso occupa menos espaço na vagina e deixa mais campo para as manobras necessarias para a sua collocação; quando está applicada, deve ser perpendicular á haste que a supporta e ao eixo do collo que queremos amputar.

Se a ansa está bem collocada, a secção pode ser feita mesmo no ponto em que a vagina se insere no collo, permittindo-nos amputar toda a porção vaginal do collo, ou ainda chegar alguns millimetros acima da inserção vaginal por meio de um pequeno artificio que consiste em exercer uma leve tracção sobre o utero depois que a ansa, tornada incandescente se encravou no collo.

Este processo tem tambem alguns inconve-

nientes; acontece algumas vezes que o fio, depois de collocado, pode não se aquecer sufficientemente para operar a secção, fundir-se, quando levado a uma alta temperatura, quebrar-se sem ter attingido a temperatura de fusão, ou ainda escorregar como a cadeia do esmagador e fazer uma amputação incompleta.

Era, prevenindo estes accidentes, que Gallard, dando a preferencia á ansa galvanica, aconselhava que nunca se emprehendesse uma amputação do collo canceroso, sem se ter á disposição todos os outros instrumentos que, em casos de necessidade, podessem ser utilizados para terminar a operação.

Este processo tem sido e é ainda bastante empregado: Gallard fez mais de 25 amputações de collos cancerosos, e foi ainda com a ansa galvanica que se fizeram as 136 amputações citadas por Pawlick.

Espera-se obter pela ansa galvanica o beneficio da secção nitida do instrumento cortante e a hemostase do cauterio; comtudo a ansa galvanica tem dado logar a hemorrhagias secundarias e ás vezes mortaes depois da queda das escaras, o que é um grande inconveniente d'este processo, porque podem sobrevir quando se

está longe das doentes e ellas succumbirem por falta de soccorros immediatos.

Instrumento cortante. — Este processo tem a vantagem de permittir cortar onde se quizer e de dar á incisão uma forma determinada; mas nos casos de que nos occupamos n'este capitulo, isto é, quando o cancro se estende aos ligamentos do utero e o immobilisa, é impossivel o emprego do bisturi; porque é perigoso n'estas condições exercer fortes tracções sobre o utero para o trazer á vulva como é necessario para se fazer a amputação, por este processo que, por isso, deve ser reservado para os casos, em que o collo do utero seja mais facilmente accessivel.

Tem-se tambem observado que as recidivas são muito mais rapidas quando se opera com o instrumento cortante; alem d'isto é mais facil a infecção septicennia, e por isso deve haver maiores cuidados na antisepsia do que nos outros processos.

Muitas vezes o collo despedaça-se, quando se tenta exercer sobre elle uma tracção por meio de uma pinça; n'estes casos, alguns operadores servem-se de thesouras com que seccionam o collo.

Richelot propoz ha pouco tempo uma ope-

ração palliativa a que chamou *amputação supra vaginal irregular*.

Depois de ter descripto um caso de cancro do utero em que todos os tecidos peri-uterinos estavam manifestamente invadidos, de modo que, aquelle orgão estava, por assim dizer, no meio de uma ganga cancerosa, Richelot ¹ exprime-se assim :

«Il y a des faits moins accusés devant les
«quels on hésite forcément. Attenuiez les signes
«précédents, suppozez um peu plus de saillie
«et de mobilité; le col est fragile, mais on pent
«le saisir et le dégager doucement; ce premier
«pas franchi, l'operation est achevée sans en-
«combre.

«...Dans les cas douteux, voici la conduite
«à tenir: preparez tout pour l'hysterectomie et
«executez les premiers temps avec prudence.
«Si l'envahissement n'existe pas, ou commence
«à peine, vous irez jusqu' au bout, et vous ferez
«une bonne operation, sauf que la recidive est à
«craindre.

¹ Union medicale—Janciro de 1888.

«S'il est trop avancé, si vous voyez surigr
«de grosses difficultés, prenez garde à l'uretère
«et à la vessie, arrêtez—vous en chenim e bornez
«—vous à la sus—vaginale.

«Seulement, le manuel operatoire n'est plus
«absolument celui que je vous ai decrit tout à
«l'heure, il faut operer en plein tissu morbide,
«poursuivre et fragmenter la tumeur, souvent
«laisser une nappe cancreuse adherente à la ves-
«sie ou au rectum, avec la curette enlever les
«parties friables et gratter le fond de l'uterus.
«C'est une *amputation sus-vaginale irreguliere.*»

E, como exemplo d'esta practica, apresenta elle tres observações.

N'uma d'estas observações, a doente mor-
reu passados quatro dias, n'outra a recidiva
deu-se dous mezes depois, sem que a doente ti-
vesse conseguido o menor allivio, a terceira ope-
rada passava rasoavelmente um anno depois.

N'estes tres casos tinha-se diagnosticado a
invasão das partes visinhas do utero, o que de-
via ser uma contra-indicação formal, a toda a
operação radical; houve uma morte, o que está
longe de constituir uma operação benigna; hou-
ve tambem uma recidiva, sem que a doente re-
tirasse da operação beneficio algum, o que não
é um resultado muito animador.

Não basta baptisar uma operação para que ella mereça figurar no quadro da medicina operatoria; Richelot na these de Madec ¹ tinha dado tambem o nome de *hysterectomie vaginal palliativa* á operação que consistia em extirpar o utero do meio de tecidos invadidos pela propagação e n'um caso, apesar mesmo da infecção ganglionar.

Parece que a practica de Richelot a respeito dos cancos propagados appresenta duas phases; a primeira corresponde á *hysterectomie vaginal palliativa* descripta e recommendada na these de Madec, onde, apesar dos tristes resultados obtidos, Richelot felicita-se «d'etre plus soucieux de tenter un dernier effort que de fuir les responsabilités ou de ménager la statistique.» ² A segunda phase corresponde á adopção da *amputação supra-vaginal palliativa* feita quer de proposito assente, quer como recurso nos casos, em que uma hysterectomia começada apresenta muitas difficuldades.

¹ Madec — Traitement chirurgical du cancer uterin — these—Paris 1886, pag. 60.

² Ibid pg. 100.

Não nos parece muito accetivel esta negligencia de um diagnostico exacto; Richelot, deixando ao operador o cuidado de estabelecer as indicações só debaixo do bisturi, parece preceituar que uma especie de dissecção exploradora pode substituir as indicações que o exame clinico do doente nos fornece.

Em resumo, não accetamos esta practica de Richelot, e a sua *amputação supra-vaginal irregular* não é uma operação, que mereça um nome e um logar á parte na classificação dos *methodos therapeuticos* do canero uterino, porque se não sabe exactamente o que se quer conseguir com esta operação; faz-se apenas o que se pôde, e, como tractamento, não dá melhores resultados do que a amputação da parte vaginal do collo, pois que deixa, como esta fragmentos de tecido canceroso adherentes ás partes visinhas; é mais laboriosa e mais difficil do que a amputação infra-vaginal, mais perigosa na sua execução e, pelo menos, egualmente incerta nos seus resultados.

III *Raspagem uterina.*

A amputação infra-vaginal do collo não satisfaz completamente; porque a sua acção é muito limitada. E' preciso continuar e completar os seus resultados pela abrasão das partes intra-

uterinas affectadas. E' a esta indicação que a curetta corresponde.

Penetrando por toda a parte, ella desobstrue o collo e sua cavidade, obliterados por fungosidades que retêm as secreções septicæ. As consequencias d'esta retenção são bastante serias para darem já á raspagem com curetta uma certa importancia; pois que por meio d'este processo tão simples, podemos evitar a infecção do organismo, uma das causas que mais concorrem para o estado de enfraquecimento das doentes, e a consequencia mais grave da retenção dos productos septicos.

A curetta é um instrumento perfeitamente apropriado ao seu fim; pelo seu pequeno volume pôde ir actuar sobre todos os pontos do utero doente, e, além d'isso, e sufficientemente forte para arrebatat todos os tecidos doentes e chegar até ás partes sãs; e, emfim nos casos de cancro do corpo é o unico meio palliativo applicavel.

Alguns authores, temendo hemorragias, que ás vezes se produzem durante e depois da raspagem, aconselham a ligadura preventiva das arterias uterinas; mas, em geral, a agua bastante quente suspende facilmente estas hemorragias, que quasi sempre são pouco abundantes.

A cauterisação, repetida muitas vezes depois da raspagem, completa muito bem a acção do instrumento cortante; esta practica tem dado optimos resultados debaixo do ponto de vista therapeutico.

A raspagem seguida de cauterisação é empregada por muitos cirurgiões: Martin, Schroeder, Hegar e Kaltenbach adoptam esta practica e todos elogiam os seus resultados, que são rapidos na sua apparição e dos mais felizes nos seus effectos.

«Les hemorrhagies cessent, diz Schroeder, l'atmosphère empestée, qui enveloppait la mala de se dissipe, l'appétit renâit, la femme revient à la vie; elle reprend peu à peu ses forces et l'entourage de la patiente auquel ou n'avait cependant laissé aucune illusion, ne pent se refuser à croire à une guérison complète jusqu'au moment où une aggravation nouvelle vient ôter toute espérance».¹

Um facto bem digno de notar-se é a rapidez com que apparecem as melhoras das doentes o que é importante n'estes casos de cancro, em que, mais que nunca, o tempo é precioso.

¹ Schroeder—Maladies des femmes pag. 323.

A technica tem uma grande importancia.

Os instrumentos empregados são as curetas cortantes e o ferro em braza.

A curetta cortante ataca muito facilmente as massas cancerosas; empregando-se as colheres de grande modelo, são arrebatadas facilmente as fungosidades mais volumosas, depois acaba-se a limpeza do collo. dos fundos de sacco e da cavidade uterina com colheres mais pequenas.

E' conveniente practicar-se com muita prudencia a raspagem intra-uterina nos casos de cancro de corpo, tendo o cuidado de não atacar as superficies senão obliquamente para evitar todo o perigo de perfuração que é n'estas condições muito facil.

Para estas manobras deve-se fixar o utero, e trazel-o o mais perto possivel da vulva por meio de pinças de garras, abstendo-se de exercer muito fortes tracções.

O emprego de valvulas é indispensavel para tornar aquellas partes accesssiveis á vista.

A raspagem é feita debaixo de uma irrigação continua d'agua phenica fraca (10/1000). que limpa continuamente o campo operatorio e mantém a antisepsia.

E' conveniente proceder o mais rapidamente possivel ; porque se deve temer sempre uma

hemorrhagia abundante de mais; raspam-se os tecidos, enquanto se sentir uma consistencia friavel, signal da degenerescencia neoplasica; as partes sãos conservam mais resistencia e chiam debaixo da curetta o que permite fazer cessar a tempo a sua acção; pode-se dizer que este instrumento bem manejado faz automaticamente uma selecção natural entre os tecidos normaes e os tecidos degenerados.

Terminada a raspagem, enxugam-se rapidamente os tecidos raspados e faz-se actuar sobre elles o ferro em braza, cujo contaeto com os tecidos se não deve prolongar alem de dous segundos: retira-se o ferro e faz-se uma irrigação fria com uma solução phenica fraca para se evitar uma irradiação excessiva; enxuga-se outra vez e recommença-se a cauterisação, tocando pelo menos duas vezes as mesmas superficies e levando o ferro em braza a todas as anfractuosi-dades, sendo para isso necessarios ferros de differentes tamanhos e formas.

Se se tracta de um cancro do corpo não se deve hesitar em levar o ferro em braza ao fundo do utero, practica que não tem dado grandes accidentes.

Termina-se a operação com uma grande in-

jecção fria e a introduccção de um tampão de gase iodoformada.

As lavagens uterinas e os tampões de gase serão reformados de dous em dous dias, tendo-se sempre o cuidado de examinar minuciosamente o utero para de novo o submetter á acção da curetta e do fogo aos primeiros signaes suspeitos.

A anesthesia é quasi sempre inutil.

O ferro em braza, n'estes casos, não é sómente um precioso hemostatico; serve tambem para destruir a camada do neoplasma que se deixou adherente e vae perseguir ao longe pela sua irradiação os ninhos de cellulas cancerosas infiltradas nos tecidos sãos, que resistem melhor do que ellas á acção destruidora do fogo.

Sempre que haja vestigios de repullulação, deve-se recorrer de novo á curetta e á cauterisação, podendo-se practicar em alguns meses, tres, quatro ou mais d'estas operações palliativas sempre com bons resultados.

Em resumo, de todas as operações palliativas que rapidamente passamos em revista, a raspagem seguida de cauterisação é a que melhor satisfaz ás indicações operatorias.

Relativamente facil na sua execução, é benigna nos seus resultados operatorios, suppri-

me as fungosidades e as secreções putridas que ellas produzem, e cura ao mesmo tempo a doente das colicas dolorosas devidas á retenção d'essas secreções.

Perseguindo e destruindo o cancro, tanto quanto nos fôr possível conseguir, retardamos a sua invasão e podemos prolongar a vida em muito boas condições; este resultado obtem-se quasi constantemente.

Pensos.—Ao lado das intervenções locaes e activas, ha uma serie de meios, que, só por elles, teem uma feliz influencia sobre a marcha do cancro; mas que, em geral, não podem ser senão adjuvantes, ainda que de uma utilidade de primeira ordem.

Como tractamento, os pensos são insufficientes em presença de um cancro, e até mesmo perigosos; porque, depositando n'elles uma confiança excessiva, pode-se deixar passar o momento opportuno para uma operação radical; n'um artigo de Gaches-Sarraute, ¹ encontra-se um caso em que a lesão estava limitada e o utero movel; mas que um tractamento só

¹ Nouvelles annales de gynecologie—1886.

pelos pensos levou vagarosamente á incurabilidade.

Com certeza, é melhor do que nada ; mas não nos devemos contentar com tão pouco, visto podermos dispôr de meios muito mais efficazes que nos podem dar uma possibilidade maior ou menor de cura radical o que nunca se pode obter com o auxilio exclusivo dos pensos.

Na memoria de Vulliet¹ encontram-se tambem 11 casos dos quaes sómente 7 eram inoperaveis; ha pois 4 doentes que poderiam ter sido muito mais beneficiadas com uma operação completa.

O emprego exclusivo dos pensos não deve, pois ser adoptado, porque, se em alguns casos pôde prestar incontestaveis serviços, daria as mais funestas consequencias em outros, se todos os cirurgiões não empregassem outros processos mais radicaes.

Ha só um caso em que se está authorisado a não tentar outro processo, é quando a cachexia chegou ao ultimo grau; então sim, o trata-

¹ Bulletin de l'Academie de medecine— 1885.

mento só pelos pensos é de uma feliz influencia sobre esta terrivel affecção.

O penso da ferida cancerosa comprehende as *lavagens* e as *aplicações topicas*.

Vulliet ¹ propoz um meio de dilatar o utero que elle preconisa como methodo preparatorio para o tractamento das affecções intra-uterinas e sobretudo do cancro.

Enche-se progressivamente a cavidade uterina com tampões de grandezas crescentes, os mais pequenos dos quaes, tem o volume de uma ervilha e os maiores o de uma amendoa e que são retirados 48 horas depois; collocam-se outros e chega-se assim a ter uma cavidade de uterina largamente aberta, podendo-se chegar a ver o fundo do utero quando estas dilatações attingiram um certo grau.

Já fallamos na primeira parte d'este nosso trabalho da dilatação do utero e por isso nada mais accrescentaremos ao que então dissemos.

Lavagens.—Um excellente meio de alliviar as doentes são os banhos quentes.

Se fôr possivel recommendar-se-ha o uso do especulo no banho; mas este instrumento

¹ Bulletin de l'Academie de medecine 1885 Abril.

não será tolerado senão em casos excepçionaes e deve ser prudente o seu emprego.

As injeções vaginaes serão praticadas todos os dias ou mesmo duas vezes por dia, se o corrimento é muito abundante.

Estas injeções devem preencher dous fins: devem ser antisepticas e desodorantes; o primeiro é o principal e comporta quasi sempre como corollario o segundo: uma ulcera conservada antiseptica, não tem mau cheiro; o melhor dos antisepticos é o bichloreto de mercurio a 1/1000; empregam-se partes iguaes da solução è d'agua quente.

Estas injeções devem ser feitas abundantemente; mas não devem ser muito prolongadas porque, em casos de largas raspagens, ha uma grande superficie absorvente que pôde dar lugar a intoxicações.

Pôde-se tambem empregar para estas injeções uma solução fraca d'acido phenico a 1/100 ou o licôr de Labarraque a 1/10.

Aplicações topicas. — O topico por excellencia é o iodoformio em pó que se pode insufflar sobre as partes doentes e fazer o penso da cavidade uterina com gase iodoformada.

Pôde-se tambem empregar tampões polvilhados d'iodoformio; mas este penso posto a

secco é algumas vezes irritante, é melhor preferir o seguinte processo: molham-se os tampões em glyceroleo d'amido e rollam-se sobre uma superficie, contendo iodoformio em pó que adhere muito facilmente ao tampão.

Cordes, ¹ de Genova disse no congresso de Washington que o medicamento topico e que melhores resultados lhe tem dado é a substancia a que elle chamou *terebene* que, segundo aquelle author, satisfaz perfeitamente ao fim antiseptico e desodorante.

Emprega uma mistura de partes iguaes de terebena e de um oleo gordo qualquer; desviando as paredes da vagina com uma valvula de Sims ou com um especulo qualquer, applica tampões d'algodão do volume de uma noz grande, embebidos no oleo terebenado e em numero de 3 a 5. Um tampão de algodão secco e um pouco mais volumoso sustenta os outros tampões.

O penso deve ser renovado de dous em dous ou de tres em tres dias; a quantidade e a fetidez dos corrimentos diminuem consideravelmente, a producção das vegetações e das nodo-

¹ Annales de gynecologie—1887—2.º vol. pag. 281.

sidades cancerosas é retardada, as hemorragias tornam-se menos frequentes e menos abundantes: taes são os resultados que Cordes diz ter conseguido n'um grande numero de casos com a applicação da terebena.

Cordes indica a seguinte preparação da terebena: a dous kilogrammas d'essencia de terebentina rectificada junta-se muito lentamente 100 grammas d'acido sulfurico, agitando continuamente; deixando repousar um ou dous dias, o liquido separa-se em duas camadas, a profunda é constituida por H_2SO_4 e a outra é a terebena.

Decanta-se com cuidado, em seguida filtra-se e aquece-se a 100° ou 110° para expulsar os acidos sulfuroso e carbonico, neutralisa-se exactamente o liquido com carbonato de cal puro e fecha-se hermeticamente o frasco.

Taes são os cuidados que se podem prestar aos cancrios uterinos que, em rasão de estarem já n'um periodo muito avançado da sua evolução, são inoperaveis.

QUARTA PARTE

Tractamento curativo

Para se tentar a cura radical do cancro uterino, é necessario que esta lesão esteja exclusivamente limitado ao utero.

Mesmo n'estes casos póde ainda o cancro appresentar graus differentes na sua invasão : póde existir apenas uma pequena mancha cancerosa n'um dos labios do focinho de tenca ou existir já um cogomello fungoso na porção vaginal do collo, estender-se ao longo da cavidade cervical, ou ainda encontrar-se no corpo, quer elle ahi se tenha primitivamente desenvolvido, quer só ahi tenha chegado por propaga-

ção de uma lesão analoga do collo, caso mais frequente.

Foi, attendendo á extensão variavel d'estas lesões, que se tem procurado practicar operações cada vez mais radicaes e em relação com a gravidade apparente do mal.

Desde que se verificou a existencia de um cancro limitado do utero, é absolutamente indispensavel actuar energicamente no menor praso de tempo possivel e sem hesitações para que não succeda que, com o receio de se fazer mal, se perca a occasião de fazer bem; este principio é accete por todos os cirurgiões.

Decidida a intervenção operatoria, encontram-se os operadores em presença de dous methodos geraes; n'um faz-se a amputação do collo até acima dos limites appareutes da lesão, n'outra pratica-se a extirpação de todo o orgão.

Cada methodo tem os seus defensores e os seus detractores; no capitulo seguinte faremos a comparação entre estes dous methodos.

Os meios de cura radical do cancro do utero mais empregados são:

Hysterec- tomia vaginal	{	parcial—	{	1.º Amputação infra-vaginal do collo
				2.º " supra-vaginal do collo
		total...		

Histrectomia parcial — 1.º **Amputação infra-vaginal do collo.**—Já fallamos d'esta operação no tratamento palliativo onde expozemos os processos mais vulgarmente empregados na sua pratica e os inconvenientes que cada um d'elles appresentava.

Deve-se notar que n'estes casos, o utero, sendo muito movel pôde descer facilmente á vulva e tornar mais facil o emprego quer do bisturi, quer do esmagador.

Esta amputação do collo como operação curativa tem dado alguns resultados.

Verneuil publicou nos *Annaes de Medicina* de 1884 uma estatistica de 15 amputações do collo para cancro; 14 d'estas operadas curaram-se da operação, e 1 morreu de peritonite produzida pela abertura do fundo de sacco peritoneal posterior pela cadeia do esmagador, o que dá uma mortalidade operatoria de 4 %.

Os resultados definitivos d'esta operação foram os seguintes: Uma doente tinha sido operada ha pouco tempo para se saber o resultado; em 8, a recidiva foi quasi immediata; tres foram perdidas de vista muito tempo depois (não precisou o tempo); houve uma cura de tres annos e outra viveu sete annos.

Rejeitando a hysterectomia total, referin-

do-se a esta estatística, dizia Verneuil á Sociedade de Cirurgia: ¹

«J'ai démontré par ma statistique, que les «resultats des opérations partielles sont des «plus encourageants.

«Elles m'ont permis d'obtenir des gueris- «sons que l'on peut considerer comme définiti- «ves, et enfin, elles ne font point courir aux «malades les risques de l'hysterectomie.»

Em 1884 ainda a technica da hysterectomia total estava pouco desenvolvida e por isso não admira que as hysterectomias parciaes lhe fossem preferidas.

N'estes 14 casos de Verneuil houve duas curas o que dá 14,2% de curas.

Uma estatística consideravel é a de Pawlick ², publicada em 1882; refere-se a 136 casos dos quaes houve dez mortes ou 7¹/₂% e 20% de curas.

Esta operação não é absolutamente innocente, e dá, quando practicada em excellentes condições, 20% de curas; corresponde algumas vezes, pelo menos em apparencia, ás indica-

¹ Sessão de 5 de Janeiro de 1886.

² Wiener Klinik—Maio 1882.

ções operatorias; mas n'um grande numero de casos esta operação não attinge os limites do mal e d'ahi uma recidiva quasi immediata e que se poderia talvez ter evitado, se se empregasse uma operação mais radical.

2.º Amputação supra-vaginal do collo. — Foi attendendo á sede de predilecção do cancro, que é o collo do utero, á independencia relativa entre o collo e o corpo, á marcha lenta do neoplasma ao longo do collo e as difficuldades que elle encontra em passar as barreiras do orificio superior d'esta parte do utero, que Schroeder propoz e adoptou uma operação destinada a extirpar todo o collo uterino; esta operação é a *amputação supra-vaginal* conhecida tambem por *operação de Schroeder*, que pouco differe da operação que Huguier propoz para o alongamento hypertrophico do collo.

A *operação de Schroeder* consiste em practicar uma incisão nos fundos de sacco em volta de um só labio, se isto fôr sufficiente, ou em volta de todo o collo, separar o collo dos tecidos vizinhos e amputal-o a uma altura conveniente.

Para isso, traz-se o collo por meio d'uma pinça de Museux até á entrada da vulva, e, em seguida, passa-se uma ansa de fio de seda so-

lido atravez e em cima de cada fundo de sacco lateral.

Estas ansas de fio servem para abaixar o utero e pôdem tambem ser empregadas para a compressão das arterias uterinas e seus ramos; depois practica-se na vagina uma incisão circular em volta do focinho de tenca e destaca-se o collo com auxilio do dedo da bexiga adiante, e do fundo do sacco peritoneal e do recto atraz.

Separado o collo das suas connexões, practica-se na sua parede anterior uma outra incisão a 1 centimetro pelo menos das partes doentes até que o bisturi chegue ao canal cervical; passam-se então novas ansas de fio atravez do fundo de sacco anterior que, depois de atravessarem a parede uterina anterior, venham sahir pelo canal cervical; faz-se o mesmo na parede posterior e collocam-se do mesmo modo ansas de fio que abracem as partes profundas. Graças a estes fios, consegue-se suturar o utero á vagina, emquanto que de cada lado se sutura a parede vaginal anterior á posterior tambem por meio de ansas de fio.

Esta operação permite extirpar uma grande parte dos fundos de sacco vaginaes o collo inteiro e mesmo uma pequena porção do corpo.

Os resultados operatorios e definitivos d'es-

ta operação são excellentes na opinião de Hoffmeier, defensor convicto e apaixonado da operação de Schroeder.

Elle resumiu as operações de hysterectomy total e parcial da clinica de Schroeder feitas desde 1878 até 1886 e achou a proporção seguinte de doentes que foram curados:

Ao fim de 1 anno . .	{	Hysterectomy parcial . .	51	%
		» total . .	48	»
Ao fim de 2 annos . .	{	Hysterectomy parcial . .	46	»
		» total . .	24	»
Ao fim de 3 annos . .	{	Hysterectomy parcial . .	42	»
		» total . .	26	»
Ao fim de 4 annos . .	{	Hysterectomy parcial . .	37,9	»
		» total . .	0	»

D'esta estatistica parece tirar-se uma conclusão paradoxal: a duração da cura completa é mais longa depois da operação parcial do que depois da operação total. E' facil comprehender que isto é devido sobretudo a que os casos submettidos á extirpação parcial estavam no seu começo, limitados ao focinho de tenca e por consequente nas melhores condições para a intervenção radical.

No capitulo seguinte voltaremos a fallar d'este ponto.

Por agora basta-nos pôr em relevo este re-

sultado precioso : ao fim de quatro annos, um terço das operadas de Schroeder por hysterectomia supra-vaginal estava sem recidiva.

Pois, apesar d'estes resultados tão favoráveis, tem-se feito á amputação supra-vaginal do collo não poucas censuras : uns dizem que ella produz obliterações do collo o que impõe a castração como operação complementar para evitar as dores atrozes que acompanham as regras ; outros attribuem-lhe difficuldades de execução ; e ainda no caso que o collo fique permeavel deixa-se á doente a possibilidade de uma prenhez e as suas consequencias em taes circumstancias. E' este um perigo que Hoffmeier não pôde negar e sobre o qual se funda Martin para regeitar esta operação ; e além de tudo isto, é uma operação insufficiente ; mais radical, é certo, do que a infra-vaginal, vale mais do que ella ; mas não satisfaz completamente, porque deixa o corpo intacto, onde se encontram nucleos cancerosos independentes, e sobre os quaes a operação de Schroeder não actua.

Esta operação não encontrou na Allemanha o acolhimento que era d'esperar, attendendo aos resultados annunciados, á grande auctoridade do cirurgião que a pratica, e ainda ao

zelo com que Hoffmeier a divulgou e defendeu; em França não se pratica esta operação.

Hysterectomy vaginal total. Historia.—A extirpação total do utero parece ser o ultimo recurso, que o cirurgião pôde oppôr á affecção cancerosa. A primeira operação d'este genero foi practicada em 1680; e só muito mais tarde em 1822 foi repetida por Sauter Langenbeck, em 1828 por Blandell em Inglaterra e por Recamier em França. A primeira hysterectomy total praticada em França foi seguida da cura; esta tentativa feliz foi logo seguida de dous reveses.

Roux por conselhos de Recamier praticou duas vezes esta operação que foi seguida da morte das doentes; estes dous reveses desacreditaram completamente a operação que, desde então, só se praticava nos amphitheatros; os cirurgiões os mais illustres e os mais arrojados, como Lisfranc, Boyer, Velpeau, Marjolin e Sedillot, não ousavamprehendel-a nem aconselhal-a.

Siebold em 1831, Kister de Krassan em 1848 publicaram cada um o seu caso de hysterectomy; Holscher, Banner e Lizars praticaram egualmente sem resultado esta operação; mas todas estas tentativas para introduzir a hysterectomy total na practica cirurgica, eram sempre

infructíferas; porque, das 17 operadas até esta epocha, morreram 14 dentro dos primeiros quatro dias que seguiram á operação, e as outras morreram tambem pouco tempo depois com recidivas.

As descobertas successivas da anesthesia cirurgica e dos methodos antisepticos deram um forte impulso aos progressos da cirurgia; e fizeram nascer uma audacia cirurgica que todos os dias é justificada pelos mais brilhantes resultados.

Esta verdadeira e bella renascença da cirurgia espalhou os seus beneficios á practica de operações, que eram consideradas, como as mais graves, em cujo numero estava, e com muita razão, incluída a hysterectomia total que, desde então, tem sido objecto de vivas discussões entre os seus partidarios e os das hysterectomias parciaes; e hoje a hysterectomia total está elevada á dignidade de operação curativa por excellencia do cancro do utero por grande numero de cirurgiões que alguns annos antes eram os seus mais intransigentes adversarios.

Actualmente já se não discute a hysterectomia vaginal total senão debaixo do ponto de vista das suas indicações e da escolha entre os processos operatorios; comtudo é uma operação que

supprime um órgão de tão grande importancia como o utero, e por isso não deve ser empregada senão em presença de uma absoluta necessidade.

Não fallaremos da sua rival, isto é, da hysterectomia abdominal ou operação de Freund; porque a sua grande mortalidade (62 %) fez com que fosse expulsa, talvez para sempre, da practica cirurgica; quasi todos os cirurgiões preferem um tractamento palliativo a expor uma doente aos grandes perigos da operação de Freund, quando a hysterectomia pela via vaginal não é practicavel.

Sneguireff ¹ depois de traçar os funestos resultados da hysterectomia total pela via abdominal, pergunta se os cirurgiões teem o direito de, ao abrigo da lei, fazerem experiencias d'esta ordem sobre doentes sem defeza; declara vergonhoso para Allemanha o ter esperado, para renunciar a estas tentativas criminosas, a sentença do congresso de Londres. A Russia, accrescenta elle, não tem que se censurar senão por tres ou quatro sacrificios humanos d'este genero.

Estes termos tão duramente expressivos pro-

¹ Sneguireff — Hemorrhagies uterines — Traducção franceza de Varnier.

vam bem a opinião que actualmente a maior parte dos cirurgiões tem a respeito da operação de Freund.

A hysterectomia vaginal não merece uma tal condemnação, como a experiencia o tem mostrado; as curas operatorias provam este facto. De dia para dia a proporção da mortalidade tende a approximar-se de 8 % proporção que, segundo Trelat, devia dar á operação direitos de entrada definitiva na practica cirurgica.

Tempos operatorios da hysterectomia total —

Os tempos d'esta operação podem-se reduzir a cinco :

- 1.º Abaixamento do utero.
- 2.º Separação do collo do utero das inserções vaginaes, da bexiga adiante e do recto atraz.
- 3.º Hemostase dos ligamentos largos.
- 4.º Secção d'estes ligamentos e ablação do utero.
- 5.º Penso; cuidados consecutivos.

Descreveremos cada um d'estes tempos da operação; mas para todos elles ha uma regra absoluta; adoptar uma serie de cuidados preliminares destinados a assegurar a antisepsia,

Cuidados preliminares.—A importancia da antisepsia não escapou a nenhum cirurgião e, até

alguns como Maurice Hache, fazem da antiseptia um tempo especial da operação.

As regras da antiseptia a mais rigorosa devem ser observadas tanto pelo operador como pelos ajudantes: as mãos serão bem lavadas em soluções antisepticas: (sublimado a 2/1000); ou solução phenica a 5/100); os instrumentos necesarios á operação serão mergulhados n'uma solução phenica a 5%; as esponjas desinfectadas previamente, não devem ter concreções calcarias; um certo numero d'estas esponjas do volume de uma noz grande (10 ou 20) serão montadas em pinças e destinadas á *toilette* dos fundos de sacco vaginaes; serão todas collocadas n'uma bacia tornada aseptica e cobertas com um pano molhado em agua phenica forte: alguns operadores preferem algodão phenico em vez de esponjas (Billroth).

Os ajudantes desempenharão um papel antecipadamente determinado; collocam-se um de cada lado da doente para segurarem as pernas e os desviadores da vulva; e um terceiro ajudará mais directamente o operador.

A chloroformisação será confiada a um quarto ajudante. Dar-se-ha á doente a posição chamada da talha; a bacia será elevada, as per-

nas dobradas sobre as coxas e estas sobre o ventre.

A bacia deve exceder o bordo da mesa para facilitar as manobras operatorias e os cuidados de limpeza.

Os pellos do pubis serão rapados com cuidado e a vulva bem lavada; submete-se a doente durante alguns dias antes da operação a irrigações antisepticas e a vagina deve ser conservada aséptica por meio de tampões molhados em glicerina iodoformada.

Os instrumentos indispensaveis variam com os processos operatorios.

O operador fica sentado diante do perineo da doente, tendo ao seu lado sobre uma cadeira ou sobre uma mesa pequena as bacias com as esponjas e com os instrumentos.

Para facilidade da operação convem descobrir o campo operatorio; isto consegue-se dilatando a vagina e conservando as suas paredes desviadas por meio de valvulas estreitas e compridas dobradas quasi em angulo recto; colloca-se uma valvula de cada lado e uma terceira adiante ou atraz de maneira que os fundos de sacco vaginaes fiquem bem distendidos. A vagina entreabre-se assim largamente. A's vezes, nas nulliparas, é tal a estreiteza da parte infe-

rior do conducto vaginal e principalmente da vulva que constitue um obstaculo serio ao abaixamento do utero; n'estes casos, quando os outros meios não derem resultados, practica-se a secção do perineo que é o recurso supremo nos casos difficeis.

1.º tempo.—**Abaixamento do utero.**—O abaixamento do utero é uma manobra que facilita muito a sua extirpação. Já vimos que a fixidez do utero é uma contra-indicação formal á operação.

Os cirurgiões francezes abaixam aquelle orgão por meio da tracção directa sobre o collo com uma ou duas pinças de Museux: em outras nações estas pinças são substituidas por uma ansa de fio forte passada atravez do collo ou por uma errhina intra-uterina de Collin; esta errhina é formada por uma haste na extremidade da qual, por um mechanismo muito simples, apparece um duplo gancho divergente, que faz saliencia, como as unhas de um gato pela contracção dos musculos flexores, e, que, fixando-se aos tecidos do utero, o obriga a descer debaixo da influencia da tracção.

Alem d'este instrumento, ha muitos outros que são o mais das vezes inuteis; porque só se empregam quando os tecidos do collo então

muito friaveis e cedem por isso facilmente á simples tracção das pinças de Museux.

Este tempo operatorio deve ser auxiliado ás vezes pela pressão immediata sobre o fundo do utero atravez das paredes abdominaes ou do recto.

Seja qual fôr o meio empregado para se obter o abaixamento do utero, é a esta manobra e á hemostase que se deve attribuir a longa duração de certas operações

2.º tempo—**Separação do collo**—a) *Incisão do fundo de sacco vaginal anterior*—A incisão semicircular da parede superior da vagina deve ser feita no ponto em que a mucosa se reflecte sobre o collo para formar o fundo de sacco anterior.

Quando o utero se abaixa facilmente, não apresenta esta incisão difficuldades nem perigo; a unica precaução a tomar consiste em dirigir o bisturi para o collo uterino.

A incisão não deve ir além de centimetro e meio acima da inserção vaginal; porque, passando este limite, seria facil ferir-se a bexiga ou os ureteres.

b) *Descollamento da bexiga*—Trelat ¹ diz

¹ Sociedade de cirurgia — Sessão de 24 de junho de 1887.

que uma das principaes difficuldades operatorias é a separação do utero da face posterior da bexiga, e esta difficuldade é ainda maior, quando existe uma ante-flexão pronunciada do corpo.

A maior parte dos cirurgiões consideram esta separação como bastante delicada, mas também bastante facil; os dedos são o melhor instrumento para este fim; o bisturi nunca deverá ser empregado.

Comtudo, é prudente, para evitar algum accidente do lado da bexiga, ahi conservar uma sonda permanente ou introduzir um dedo pela uretra previamente dilatada.

Se o utero está em flexão, ter-se-ha o cuidado de o levar á sua posição normal por meio do hysterometro como fez Trelat na sua primeira hysterectomy.

c) *Incisão do fundo de sacco peritoral anterior*—Aberto o fundo de sacco vaginal anterior e descollada a bexiga, procura-se e abre-se o fundo de sacco peritoneal.

Descollada a bexiga, vê-se o fundo de sacco peritoneal que apparece debaixo da fôrma de um pequeno bordelete de gordura amarella ou de

uma membrana cinzenta ¹ e que o dedo pôde sentir distendida no fundo da ferida. ²

Parece, que nem sempre é facil achar o fundo de sacco do peritoneo ; porque, não se encontrando atraz d'aquella serosa senão ansas entestinaes, que fogem debaixo do dedo á mais leve pressão, não poderá dar mais que uma sensação vaga e incerta, e, por outro lado, o sangue, que corre de todos os lados á passagem do instrumento cortante, poucas vezes deixará ao peritoneo aquella nitidez, que Gomet lhe descreve.

A prova d'isto é que aconteceu a Trelat tomar a bexiga pelo peritoneo e abriu-a, julgando abrir o fundo de sacco peritoneal.

Descoberto o peritoneo, apanha-se com uma pinça, e practica-se uma abertura em casa de botão por meio das thesouras, por onde se introduzem os dous dedos indicadores curvos em colchete, encostados pela suas faces convexas, e rasga-se o peritoneo até aos ligamentos largos ; o utero fica assim livre pela sua face anterior.

d) Incisão dos fundos de sacco posterior e lateraes—Uma simples incisão que se vá continuar

¹ Gomet—These de Paris — 1886 — pag. 132.

² Secheyron — Traité d'hysterectomie — pag. 486.

com a practicada no fundo de sacco vaginal anterior bastará para dividir os fundos de sacco posterior e lateraes; com alguns golpes de bisturi attinge-se o fundo de sacco de Douglas, que dista apenas 15 millimetros do fundo de sacco vaginal; esta distancia é tão curta que o operador perfura muitas vezes o fundo de sacco peritoneal sem o sentir; practica-se em seguida o mesmo que foi dito para o fundo de sacco anterior, tomando as mesmas precauções.

Para se evitar o ferimento do recto é conveniente introduzir o indicador esquerdo no seu interior para se saber sempre exactamente, onde elle está, e qual é a espesura de tecidos que o separam.

Este tempo da operação é acompanhado de uma hemorragia abundante, que se suspende facilmente por meio de injeções antisepticas fortes ou pela compressão temporaria com esponjas finas collocadas no fundo do canal ou ainda segundo a technica de Martin collocando uma serie de pontos de costura ao longo dos bordos da ferida vaginal, de modo que comprehendam toda a espessura dos tecidos desde a mucosa até ao peritoneo; bastam cinco pontos de cada lado (anterior e posterior) para se obter uma hemostase perfeita.

O utero, livre adiante baloiça na excavação pelvica como um sino, cujos eixos fossem formados pelos ligamentos largos.

3.º tempo.—**Hemostase dos ligamentos largos.**

—A operação, que até agora foi facil, começa a complicar-se; a este tempo da operação tem os operadores feito grande numero de modificações tendentes a evitarem as hemorragias que é, com effeito, o maior perigo da hysterectomia.

Alguns cirurgiões não receiam terminar a operação pela secção dos ligamentos largos, sem se preoccuparem com as hemorragias; e, em alguns casos, apesar da ausencia de toda a ligadura, não houve perdas de sangue consideraveis, ¹ comtudo, seria temerario seguir tal practica.

E' absolutamente indispensavel proceder á hemostase antes da secção dos ligamentos largos, pois que muitos authores citam casos de morte por hemorrhagia, apoz a secção d'aquelles ligamentos.

Ha dous processos geraes que nos permitem obter a hemostase: a *ligadura* ou o esmaga-

¹ Revue de chirurgie—1884—pag. 642.

mento dos vasos dos ligamentos largos por meio de *pinças*.

O processo da ligadura é o mais antigo, e é o que se adopta de preferencia em Inglaterra, na Allemanha, e na America.

O processo das pinças é recente; foi Richelot que preconizou o emprego systematico das pinças permanentes e a suppressão de toda a ligadura, não a titulo d'expediente e nos casos difficeis, mas sempre e como processo d'escolha, e, taes foram os resultados annunciados por aquelle author que foi adoptado por quasi todos os cirurgiões francezes.

Este processo apparentemente tão facil provocou uma excessiva ousadia da parte dos cirurgiões que todos, mesmo os mais insignificantes, se julgaram habilitados a praticarem hysterectomias, seduzidos por este meio tão simples e que parecia pôr esta operação ao alcance de todos; dando isto em resultado augmentar consideravelmente o numero das operações injustificadas.

Diz Pozzi ¹ a este respeito: «Qui dira le

¹ Annales de gynccologie—Agosto e Setembro de 1888.

nombre des victimes de cet engouement, qui á fait demander en peu de mois á nos fabricants d'instruments plus de pinces longues de modèles variés qu'ils ne vendaient antrefois de lancettes ?»

Isto prova bem o modo como foi acolhido em França este processo de hemostase cujos inconvenientes nós mais adiante indicaremos e que o tornam bem inferior ao das ligaduras.

Antes de se proceder á hemostase é indispensavel, para se facilitar e tornar possivel esta operação, fazer soffrer ao utero um movimento de rotação de maneira que a parte superior dos ligamentos largos seja mais accessivel.

Para isso, com o dedo ou com uma errhina vai-se prender o fundo do utero, alonga-se este órgão e desloca-se quer para diante, quer para traz, fazendo sahir o fundo do utero por traz da bexiga, ou por deante do recto, o que se consegue facilmente quando o utero é movel; quando ha adherencias entre elle e os tecidos peri-uterinos é muito difficil e ás vezes mesmo impossivel dar ao utero aquella posição.

Feito isto, fica debaixo dos olhos o fundo do utero e duas cordas que partem d'elle, os ligamentos largos distendidos.

Müller acha vantajoso a divisão do utero em

duas partes pela sua linha media que é a região menos vascular, e exercer em seguida uma tracção forte sobre cada metade do utero; por este movimento, o ligamento largo será distendido; este processo não se deve adoptar por ser perigoso; pois que torna possível a infecção da ferida peritoneal pelos productos cancerosos, que necessariamente devem correr do utero dividido.

Processo das ligaduras. Em toda a operação, a ligadura é o processo d'escolha para a hemostase definitiva; a ligadura deve abranger toda a extensão do ligamento largo.

Depois de voltado o utero e trazido o seu fundo á vulva, por meio da agulha de Cowper, ligam-se em tres ou quatro partes separadas os ligamentos largos a um centimetro, pelo menos, de distancia do utero; é conveniente não envolver a trompa na ligadura superior, e lançar sobre ella uma ligadura especial; em seguida ligam-se os dous terços inferiores do ligamento largo, que contem os grossos vasos da região, com fios fortes de catgut ou seda phenicada.

Segundo Terrier, o melhor fio para estas ligaduras é o fio ordinario tornado antiseptico, que aperta mais facilmente do que o fio de seda ou de catgut.

A ligadura total tem o inconveniente de se

escapar facilmente, em rasão da espessura, da elasticidade e da retractibilidade dos ligamentos largos.

Terrier descreve assim as manobras da collocação das ligaduras na sua primeira hysterectomia :

«O utero foi então repuxado para a esquerda; o dedo indicador esquerdo introduzido pela abertura anterior e o pollegar pela posterior; tomo assim perfeitamente o ligamento largo direito.

«Uma dupla ansa de fio de seda foi levada ao meio d'este ligamento com uma agulha curva de Cowper e as quatro pontas levadas, duas para cima e duas para baixo. As duas ansas crusaram-se; o fio inferior foi apertado primeiro, mas quebrou e foi necessario recommençar toda a manobra, collocando duas ansas de fio dobrado; ligou-se a ansa inferior e depois a superior.

Quanto aos fios deixa-se-lhes um certo comprimento, de modo a trazel-os para a vagina, se se deixa o peritoneo aberto; se se fecha cortam-se o mais proximo possivel da ligadura.

Olshausen practica a ligadura em massa com fios elasticos.

Processo das pinças. Estas pinças são bastante compridas e a sua applicação, pelo menos

theoricamente, é de uma grande facilidade; applicam-se sobre os ligamentos como um ferro d'encaudado sobre um panno, appresentam-se abertas á vagina e faz-se passar cada um dos seus ramos pelas aberturas anterior e posterior do peritoneo. O dedo introduzido previamente até além do bordo superior do ligamento largo assegura-se da posição das pinças, e verifica, se ellas passaram bem o limite dos tecidos a comprimir e em seguida fecha-se a pinça; estas pinças devem ser conservadas pelo espaço de 36 a 48 horas.

Dever-se-ha pois em face d'esta attrahente simplicidade preferir o processo das pinças ao das ligaduras? Muitos cirurgiões eminentes a exemplo de Richelot sustentam a affirmativa: porém Pozzi e muitos outros authores preferem a ligadura.

O emprego das pinças é um processo de necessidade, a que todo o cirurgião pôde ser obrigado a recorrer tanto na hysterectomia, como em outra qualquer operação; mas foi sem razão que elle se generalisou e que se transformou em regra aquillo que era apenas um expediente.

Não se pôde pôr em duvida que a ligadura é muito penosa e mesmo ás vezes impossivel,

quando o cancro, passando os limites do utero, invadiu os ligamentos largos. Se, se não considera esta propagação como uma contra-indicação, as pinças tornar-se-hão uma necessidade e por consequencia uma regra; com effeito, o órgão não se abaixando, opera-se a uma grande profundidade e seccionam-se tecidos morbidos sobre os quaes as ligaduras escorregam. Pelo contrario, se se abstem systematicamente de tomar a bisturi nos casos de cancro propagado, não se faz a hysterectomy senão nos casos em que a ligadura é facil.

Este processo inutil nas operações typicas, tambem não está isempto de inconvenientes e perigos.

A collocação das pinças nem sempre é uma operação facil; procede-se muitas vezes ao acaso no fundo da cavidade pelvica no meio de órgãos delicados e muito vulneraveis; as pinças ás vezes luxam-se e não comprimem os tecidos; um inconveniente ainda maior é a possibilidade de prenderem a bexiga e de a perfurarem ou de pinçarem os ureteres, ou ainda produzirem por compressão o esphacelo do recto. Não é necessario para que se dê o esphacelo do recto que as pinças apanhem as suas pare-

des, basta a pressão de uma ou de duas pinças visinhas para produzir este accidente.

A hemostase nem sempre é segura porque, ás vezes o ligamento largo, depois da sua secção, pode escapar-se das pinças e fugir para fóra do alcance do operador. Pozzi ¹ diz ter presenciado uma morte por hemorrhagia n'estas circumstancias.

As pinças teem o inconveniente de encherem a vagina e de dificultarem a applicação de um penso methodico e emfim produzem o esphacelo dos tecidos por ella comprimidos o que não é uma condicção muito favoravel para uma boa antisepsia; é por isso que as melhores estatisticas de hysterectomy vaginal são de cirurgiões que empregam as ligaduras.

Um outro inconveniente que não é sem importancia: a ablação das pinças é sempre dolorosa, muitas vezes, nas mulheres irritaveis e exgotadas, constitue uma verdadeira operação que provoca um abalo nervoso que bastante as incommoda.

4.º tempo.—Secção dos ligamentos largos.—

¹ Pozzi—Hysterectomy vaginal pour cancer—1888
—Pag. 30.

Este tempo não offerece difficuldades; feita a hemostase, cortam-se os ligamentos largos proximo ao utero que é trazido para fóra por meio de leves tracções; quando se emprega a ligadura, logo que ella tenha sido feita n'um ligamento largo, corta-se este ligamento o que facilita consideravelmente a ligadura do segundo ligamento largo; porque o utero n'estas condições pode ser trazido quasi para fora da vulva; a manobra da ligadura torna-se então de uma simplicidade extraordinaria.

Depois de extirpado o utero, lava-se todo o campo operatorio e a ferida com uma solução phenica forte por meio de esponjas montadas; a respeito da abertura que fica depois da ablação d'aquelle orgão, pode-se seguir tres methodos differentes:

(a) Suturar o peritoneo e a vagina.

(b) Suturar só a vagina.

(c) Deixal-a aberta.

Pean descreve assim a sutura do peritoneo e da vagina nas suas primeiras operações:

«... Je fis alors le rapprochement des «surfaces saignantes du vagin e du peritoine, «au moyeu de quatre fils métalliques servant à «faire la suture profonde á anses séparées, et

«avec trois fils également métalliques servant à faire la suture superficielle».

«Les points de suture métalliques peuvent être appliqués facilement grâce au chasse-fil que j'ai fait construire autrefois pour la guérison des fistules vesico-vaginales et pour la staphylo-
«lorrhaphie.»

Este processo foi adoptado por Kaltenbach Olshausen e Mickulicz.

A sutura só da vagina é mais fácil e na sua segunda hysterectomia, Pean só queria collocar fios superficiaes que reunissem a ferida vaginal; mas foi obrigado a collocar também fios profundos para deter um corrimento sanguineo que tendia a continuar.

Demons, Trelat, Richelot e Terrier praticaram algumas vezes a drenagem; a vagina era suturada sobre o linha media e collocavam dous drenos um á direita, outro é esquerda, penetrando no ventre n'uma extensão de dous a tres centímetros; outras vezes, em vez de suturas medianas, practicavam suturas lateraes, introduzindo pela abertura central um só dreno mais grosso.

Estas drenagens foram desde o principio objecto de vivas censuras. Mickulicz, appoian-do-se nos resultados de Billroth, considerava a

drenagem como inutil e não satisfazendo ao seu fim; além d'isto tem ainda outros inconvenientes: ás vezes, por esquecimento pôde ficar o dreno dentro da cavidade abdominal e Veit cita um caso de hysterectomy seguida da expulsão do dreno pelo intestino cinco mezes depois da operação e um caso de perfuração da bexiga por outro dreno perdido tambem na cavidade abdominal; a collocação do dreno é facil; mas a sua conservação é bastante difficil; e pôde ser a porta d'entrada dos germes athmosphericos no peritoneo, se não for bem conservado ao abrigo do contacto do ar. Outros cirurgiões deixam aberta a larga ferida vagino-peritoneal e procuram, para evitar os perigos inherentes a este processo, obter uma asepsia tão perfeita, quanto possível, da vagina.

Não se pôde preferir de um modo geral nenhum d'estes processos; comtudo, se a operação foi facil, se os bordos da ferida do peritoneo e da vagina se deixam facilmente attingir e encostar, deve-se practicar a sutura da vagina e do peritoneo, principalmente se os intestinos tem tendencia a sahirem pela abertura do peritoneo que, segundo Trelat, não tem mais de 2,5 a 3 centimetros de diametro; no caso contrario, será talvez preferivel deixar aberta uma

porta ás secreções que facilmente se tornam septicas, collocar drenos e não suturar senão parcialmente a abobada vaginal.

Terminada a operação tracta-se de se fazer o penso.

5.º tempo. **Penso, cuidados consecutivos á operação.**—E' uma regra absoluta não proceder ao penso sem que a hemostase seja completa e sem que todos os coagulos sejam retirados por meio de esponjas; a antisepsia a mais rigorosa deve ser a principal preocupação do cirurgião; a vagina deve encher-se com tampões de gaze iodoformado presos com fios.

A doente deve ser deitada no leito, no decubito dorsal, conservando uma posição um pouco inclinada de modo a facilitar o corrimento dos liquidos; deve-se manter uma certa pressão sobre o ventre por meio de uma faxa; dar-se-lhe-ha opio (0,10 a 0,15 centigrammas d'extracto) para prevenir todo o movimento intestinal; alguns cirurgiões principalmente em Inglaterra preferem que haja liberdade de ventre e administram ligeiros purgantes salinos no segundo ou terceiro dia depois da operação.

No quarto ou quinto dia ou ainda mais cedo, se os tampões mais externos estiverem sujos ou se tiverem mau cheiro será tirado o pen-

so, e depois de se practicar uma injeção com uma solução antiseptica, faz-se de novo o penso como da primeira vez.

Se não sobrevier algum accidente a cura obter-se-ha muito rapidamente: a maior parte das operadas curam em tres ou quatro semanas.

Accidentes e complicações operatorias.— A hysterectomia é, sem duvida, uma operação grave; porque muitas causas podem comprometter o seu exito, quer durante e operação, quer mais tarde. As principaes d'estas causas são:

Procidencia d'uma ansa intestinal. Esta complicação é muito pouco frequente e não é de natureza a assustar o operador, apesar de ter sido outr'ora um dos argumentos com que Chassaignac rejeitava esta operação; a redução é facil e mantem-se reduzida por meio d'uma esponja montada.

Lesões do intestino. As ansas intestinaes podem adherir á ferida vaginal com que estão em contacto ou serem séde de gangrena ao contacto dos drenos. Kottman e Bardenhauer citam casos de fistulas vagino-intestinaes assim produzidas.

Lesões do recto. Estas lesões evitam-se facilmente; porque ao seu nivel o descollamento

effectua-se com facilidade. Tem-se observado perfurações do recto produzidas pelas pinças hemostaticas.

Lesões vesicaes. São as mais frequentes; as relações do baixo-fundo da bexiga e do collo do utero explicam esta frequencia; é sempre conveniente, depois da operação, verificar com um catheter o estado d'esta viscera.

Em caso de perfuração, deve-se proceder immediatamente a sua sutura com fios de catgut; e se, por qualquer circumstancia, se não poder tentar a operação contra a fistula, deve-se collocar um dreno para dar sahida á urina.

E' prudente conservar na bexiga durante a operação uma algalia para se evitar a sua perfuração.

Lesões do ureter. As relações do ureter e do collo do utero fazem da hysterectomy uma operação delicada; cirurgiões de primeira ordem, como Richelot e Schultz feriram este órgão, durante a operação.

Ricord¹ recommenda, para se evitar o ureter, não se affastar da inserção vaginal sobre o collo, não só no fundo de sacco lateral, mas

¹ Semaine medical—1887—pag. 40.

ainda e principalmente na união da porção anterior e da porção lateral do fundo de sacco vaginal, e isto tanto mais estrictamente quanto mais abaixado tiver sido o utero.

Para se evitar este accidente, é muito importante practicar-se com todo o cuidado a incisão das partes antero-lateraes dos fundos de sacco vaginaes. Desde que a incisão é bastante profunda, deve-se levantar a bexiga por meio de uma valvula que, elevando tambem os ureteres, évitara todo o perigo.

Hemorrhagias. O perigo das hemorrhagias, quer durante a operação, quer mais tarde com a queda das escaras, merece particular mensão; a sua gravidade foi bem manifesta desde as primeiras hysterectomias: muitas mortes se devem attribuir a esta causa.

A hemorrhagia pôde ser mortal, não só pela sua abundancia; mas ainda pelos phenomenos septicos de que os pequenos coagulos podem ser origem.

As hemorrhagias secundarias consistem sobretudo n'um leve corrimento sanguineo.

As hemorrhagias abundantes são em geral devidas a que uma ligadura mal apertada ou mal collocada cedeu.

Estado geral. A doente que acaba de sof-

frer a ablação do utero foi submettida a um traumatismo tanto mais violento quanto, muitas vezes, ella está magra e cachectica. Em taes condições deve-se prevenir a eventualida do *shock* que pôde matar as operadas em algumas horas.

Em geral, as doentes refazem-se muito facilmente da operação, e, a não ser uma dôr abdominal ou lombar e alguns vomitos alimentares sobretudo se o chloroformio empregado era impuro, percorrem perfeitamente o periodo de tempo necessario para a cicatrisação; mas, a situação pôde mudar repentinamente com o apparecimento dos symptomas d'uma septicemia ou de uma peritonite, causas de morte mais frequentes; a morte sobrevem do 3.º ao 10.º dia.

A peritonite e a septicemia teem, em geral, como origem, quer uma infecção durante a operação, quer os coagulos deixados na cavidade peritoneal ou formados do sangue que os vasos dos ligamentos largos mal ligados deixaram correr; pôde ainda ter por origem um corpo estranho septico perdido na cavidade abdominal (esponja, dreno).

As injecções vaginaes serão feitas com soluções fracas de sublimado e com pequena pressão.

Uma questão importante consiste em saber

se os ovarios devem ser extirpados ou conservados nas hysterectomizadas.

Até hoje ainda se não formulou nenhuma regra a este respeito; comtudo, é necessario attender-se ao estado dos ovarios e á idade das operadas.

Se o ovario estiver doente, kystico ou canceroso, não ha duvida que deve ser extirpado; colloca-se uma ligadura sobre o seu pediculo e practica-se a extirpação acima d'ella.

Se os ovarios estão em bom estado, podem ser conservados, de um modo geral; mas deve-se fazer uma reserva para as mulheres novas, que ainda não chegarão á idade da menopausa; pois que é de temer as dores vivas, que a congestão dos ovarios pode provocar: Schroeder refere que uma das suas operadas experimentava, antes da epoca menstrual, dores muito intensas; os ovarios tinham sido conservados.

Será, pois, sempre necessario explorar com o dedo a região ovarica, a fim de se reconhecer o estado dos ovarios; em muitas observações elles appareceram á abertura vaginal.

A oophorectomia vaginal é considerada por alguns operadores como muito difficil; Martin declara nunca ter encontrado difficuldades na ablação simultanea do utero e dos ovarios; ci-

taremos emfim Richelot e Péan, entre outros, que seguiram esta practica em muitas circumstancias: Mundé extirpou tambem os ovarios com o utero n'um caso de cancro uterino.

E' preciso, fazer uma differença profunda entre a castração ovarica vaginal simples e a que é combinada com a hysterectomia.

QUINTA PARTE

Valor comparado da hysterectomia vaginal total e parcial.

Hysterectomia vaginal total.—Para se poder conhecer o valor d'esta operação é necessario conhecer-se :

- 1.º *Os seus resultados operatorios.*
- 2.º *Os seus resultados curativos.*

I.º RESULTADOS OPERATORIOS

Para se resolver esta primeira parte do problema não basta saber quantas doentes succumbiram á operação e quantas sobreviveram, para

d'aqui se tirar depois uma percentagem capaz de nos illucidar sobre a sua gravidade; é necessario tambem ter em grande consideração a epoca em que a operação foi practicada, a experiencia do cirurgião que a practicou e as condições em que se fez a intervenção; por estes motivos pareceu-nos conveniente formar duas estatisticas: a primeira comprehende todas as operações que podemos colligir; e na segunda estatistica consideramos a mortalidade por operadores e annos; é talvez, o melhor modo de se julgar da gravidade decrescente da hysterec-tomia, à medida que os cirurgiões se familiari-sam com a technica e indicações operatorias.

ESTATISTICA ALLEMÃ

	Total	Curas	Mortes	Proporções
Brennecke	21	21	0	0,00 %
Czerny	81	55	26	30,58 "
Duvelius	59	54	5	8,30 "
Fritsch	60	53	7	11,66 "
Güsserow	253	194	59	23,33 "
Haidlen	52	33	19	36,53 "
Hegar e Kaltenbach.	257	197	60	23,00 "
Heilbrun	22	21	1	4,54 "
Klotz.	17	17	0	0,00 "
Leopold.	42	38	4	9,52 "
Martin (de 1880-87)	66	55	11	16,66 "

	Total	Curas	Mortes	Proporções
Matews Duncau . .	276	198	78	28,00 %
Mundé	256	193	63	24,60 »
Olshausen	47	35	12	25,53 »
Schroeder	74	62	12	16,61 »
Stande	22	21	1	4,54 »
	1605	1247	358	16,46 »

ESTATISTICA FRANCEZA

	Total	Curas	Mortes	Proporções
Pean	38	31	7	18,42 0/0
Bouilly	29	22	7	24,14 »
Richelot.	24	15	9	37,60 »
Terrier	21	17	4	19,04 »
Marchand	7	3	4	
Polaillon	6	4	2	
Pozzi.	6	5	1	
Demons.	6	4	2	
Trélat	5	4	1	
Labbé	5	4	1	
Doyen	5	4	1	
Lanelongue	4	4	0	
Dudon	3	1	2	
Kirmisson	3	1	2	
Doléris	3	2	1	
Ténédat.	3	3	0	
Paquet	3	3	0	
Monod	2	2	0	
Segond	2	0	2	
G. Marchand	2	2	0	

*

	Total	Curas	Mortes	Proporções
Berger	2	0	2	
Regnier	2	2	0	
Maudillon	2	1	1	
Buffet	2	1	1	
Tillaux	1	1	0	
Périer	1	0	1	
Le Dentu	1	0	1	
Schwartz	1	1	0	
Gillete	1	1	0	
Jalaguier	1	0	1	
Picqué	1	0	1	
Piéchaud	1	1	0	
Le Bec	1	0	1	
Rohmer	1	0	1	
	195	139	56	28,71 »

A mortalidade operatoria indicada pelos diferentes authores é a seguinte:

Em 1884—Doche . .	42,85 %
» 1886—Gomet . .	31,25 »
» 1887—Treguier . .	24,47 »
» 1888—Estor. . .	25, »
» 1888—Secheyron .	23,8 »

Vê-se que a mortalidade indicada na nossa estatística para os operadores francezes é superior á indicada por Treguier, Estor e Secheyron; esta differença explica-se pelo maior nume-

ro de casos referidos e devidos a cirurgiões que não fizeram ainda senão um numero muito limitado d'hysterectomias.

Berns ¹ appresentou a estatistica seguinte para os operadores allemães :

	Total	Curas	Mortes	Proporções
Olshausen { 1. ^a serie.	22	15	7	
{ 2. ^a serie.	28	24	4	
Fritz.	60	53	7	
Martin	41	31	10	
Czerny	8	5	3	
Leopold.	26	24	2	
Klotz.	17	17	0	
Stande	14	14	0	
Hahn	7	6	1	
	223	189	34	15,21 %

Juntando a esta estatistica mais 15 hysterectomias vaginaes novas practicadas por varios operadores sem mortes operatorias e que elle não incluiu, achamos $223 + 15 = 238$ com 34 mortes o que dá 14,11 % de mortalidade. Berns na sua memoria procura provar que esta proporção de 14,11 % é ainda muito elevada e que,

¹ Deutsche Zeitschrift für chirurgie—Julho 1888.

escolhendo os operadores chega-se a uma media muito inferior. Se, diz elle, se pozerem de parte os 8 casos de Czerny com tres mortes, a primeira serie de Olshausen (22 casos e 7 mortes), os 41 casos de Martin com 10 mortes ficam 152 + 15 casos com 15 mortes ou 9 %; para esta illimação funda-se Berns na epoca já remota em que Czerny, Olshausen e Martin operaram; a mortalidade operatoria d'estes authores seria hoje muito menor, attendendo aos aperfeiçoamentos que a technica tem soffrido.

Além d'isso, diz ainda Berns, entre as operadas de Fritz e Olshausen houve alguns casos de morte que não devem ser attribuidos á operação, por exemplo casos d'intoxicação iodoformica e de embolia pulmonar; se se podesse separar estes ultimos nas outras operações, tornar-se-hia muito possivel que a mortalidade não passasse de 5 %.

Sinclair formou tambem uma estatistica geral das estatisticas parciaes publicadas na Allemanha e chegou á mesma proporção de mortalidade de Berns: em 311 operações achou 47 mortes o que dá 15 %.

Esta proporção, que se approxima muito da estatistica, que se refere á Allemanha e que é de 16,46 %, representa pois a mortali-

dade operatoria das hysterectomias totaes praticadas na Allemanha durante o periodo moderno.

A mortalidade na França é muito maior, pois que corresponde a 24,77 %, se tomarmos cada operador em particular e contando todos os casos da sua practica como se vê pela seguinte estatistica:

Operadores	Numero d'operações	Curas	Mortes	Proporções
Pcan	38	31	7	18,42 %
Bouilly	29	22	7	24,14 »
Richelot.	24	15	9	37,50 »
Terrier	21	17	4	19,04 »
	112	85	27	24,77 »

Esta differença é menor nas estatisticas seguintes, que comprehendem os casos por annos:

1.ª ESTATISTICA ALLEMÃ

Sarah Post indica para as operações anteriores a 1881. . .	37 %
» » » » » em 1881 e 1882. . .	27 »
» » » » » em 1883. . .	28,78 »
» » » » » em 1884. . .	25,23 »
» » » » » em 1885. . .	20,28 »
Hegar em 257 casos achou. em 1886. . .	22 »
Berns na sua memoria dá em 1887. . .	15,2 »

2.º ESTATISTICA FRANCEZA

OPERADORES	1985		Proporção	1986		Proporção	1987		Proporção	1988		Proporção
	curas	mortes		curas	mortes		curas	mortes		curas	mortes	
Péan	1	1		3	0		15	5		16	0	
Bouilly. . .	0	0		9	3		8	2		12	2	
Terrier. . .	3	1		7	2		7	1		4	0	
Richelot . .	1	1		9	3		7	0		2	0	
Somma. .	5	3	60 0/0	28	8	28,5 0/0	37	8	21,6 0/0	34	2	5,88 0/0

N'estas ultimas estatisticas não entram se não as hysterectomias practicadas pelos cirurgiões que fizeram maior numero d'estas operações, para se poder apreciar os resultados fornecidos pela experiencia e pela escolha dos casos.

A grande mortalidade em França em 1885 explica-se pelo numero ainda muito restricto d'operações practicadas por aquelles quatro cirurgiões.

Em 1888, como se vê da mesma estatistica, a mortalidade para as hysterectomias totaes practicadas por aquelles quatro cirurgiões é apenas de 5,88 %; para se chegar a esta magnifica proporção muitas mulheres pagaram com a vida a aprendizagem; fica satisfeita a exigencia de Richelot que só admittia que a hysterectomia total conquistasse os seus direitos d'entrada na therapeutica cirurgica quando a sua mortalidade operatoria não fosse superior a 10 %.

2.º RESULTADOS DEFINITIVOS

Operadorea	N.º d'operadas	Viviam ao fim de				
		1 anno	1,5 anno	2 annos	3 annos	4 annos
Leopold. .	38	16	9	5	2	
Schroeder	62	20	10	7	4	
Fritsch . .	53	17	—	7	2	
Martin . .	55	35	32	25	20	5
	208	88	51	44	28	5

Ao fim de 1	anno estavam sem recidiva . .	42,30 %
» » » 1,5	» » » » . .	24,51 »
» » » 2	» » » » . .	21,15 »
» » » 3	» » » » . .	13,46 »
» » » 4	» » » » . .	2,40 »

Martin ¹ apresenta uma estatística de 94 hysterectomias totaes para cancro feitas por elle e por Duvelius desde Junho de 1880 até Janeiro de 1887; d'estes casos, em 66 todos os vestigios do neoplasma foram extirpados e em 28 operadas não foi possivel fazer-se esta extirpação completa, ficando ainda vestigios de degenerescencia, e, debaixo do ponto de vista da cura radical, estas ultimas doentes não tiraram nenhum beneficio da operação, pelo contrario, morreram 18 nos primeiros 15 dias que seguiram a operação ² o que dá uma mortalidade de 64,32 %.

Tomando os 66 casos nos quaes a lesão estava limitada ao utero e porisso todos os tecidos

¹ Maladies des femmes—Traducção franceza de Var-
niés—1889—pag. 371.

² Ibidem pag. 275.

invadidos poderam ser extrahidos, vemos que 11 mulheres ou 16,66 % morreram da operação.

Das 55 que sobreviveram á operação exclue Martin 11 por terem sido operadas ha muito pouco tempo: ficam-nos pois 44 operadas, 13 das quaes appresentaram recidiva; aquelle author conclue d'aqui: «Ce qui donne pour l'hysterectomie chez les carcinomatenses un chiffre de 70 % de guérisons.»

Não nos parece que seja este o resultado a que esta estatistica de Martin nos conduz; porque nas 83 operadas (94-11) houve o seguinte resultado:

11 mortes operatorias
13 recidivas
28 continuações do mal

Isto é, em 83 casos, houve 52 revezcs o que dá uma proporção de 62,6 que corresponde a 37,4 % de resultados felizes o que está muito longe dos 70 % por elle indicados.

N'uma estatistica de Hoffmeier encontram-se 40 hysterectomias totaes com dez mortes operatorias o que dá 25 %; ficam 30 d'estas operadas, uma das quaes foi perdida de vista muito cedo.

Das 29, quinze tiveram recidiva ao fim de um anno; nas outras quatorze houve o seguinte resultado :

Em 1880:

4 operadas { 2 apresentaram recidiva ao fim de 1,5 annos.
1 curada ao fim de 4 annos; morreu d'apoplexia.
1 perdida de vista ao fim de 2 1/2 annos.

Em 1881:

1 operada — que foi perdida de vista ao fim de 3 1/2 annos.

Em 1882:

2 operadas — que tiveram recidiva ao fim de 1,5 anno.

Em 1883:

6 operadas { 1 recidiva ao fim de 2 annos.
2 curadas ao fim de 3 annos.
2 recidivas ao fim de 1 1/2 anno.
1 cura ao fim de 2 1/2 annos.

Em 1884:

1 operada — que ainda estava sã ao fim de 2 annos.

Hoffmeier, defensor acalorado da hysterec-tomia parcial, faz notar que d'estas 14 doentes. 7 tiveram recidiva no 2.º anno e que, se se to-

mar o fim do segundo anno para estabelecer o valor therapeutico da extirpação total, chega-se á proporção de 24 % de curas completas; esta proporção é pois menor do que a de Martin que era de 37,4 como já vimos.

Esta differença explica-se facilmente pois que a estatística apresentada por Hoffmeier é a da clinica de Schroeder, que não practica a extirpação total senão nos casos, em que a amputação parcial não é practicavel.

Em resumo, vemos que a hysterectomia total dá na Allemanha 30 % de curas pouco mais ou menos.

ESTATISTICA FRANCEZA

Esta operação é ainda bastante recente em França para que as suas estatísticas, debaixo do ponto de vista da cura, tenham grande valor.

Maurice Barraud ¹ apresenta uma serie de 98 hysterectomias vaginaes para cancros limitados, practicadas por cirurgiões francezes, cujos resultados foram os seguintes:

¹ Hysterectomie vaginal—Paris 1889—pag. 52.

D'estas 98 operadas, 31 morreram, 59 tiveram recidiva e 39 curaram-se.

As curas em numero de 39 foram constata-
tadas:

7	curas	de	0	a	6	mezes
6	"	"	6	mezes	a	1 anno
11	"	"	1	anno	a	18 mezes
7	"	"	18	mezes	a	2 annos
8	"		acima	de	2	annos.

Por conseguinte, d'estas 98 operadas, só 8 passaram acima de dous annos sem recidiva, o que dá apenas 8,16 % de curas; mas esta proporção não pôde representar o valor das curas do cancro do utero pela hysterectomy total em França; porque 26 d'estas hysterectomisadas, soffreram a operação, ha pouco mais de um anno, e, por isso, só em fins do anno de 1889 será possível julgar definitivamente o seu valor curativo.

Em resumo, no cancro limitado, a mortalidade operatoria da hysterectomy total é pouco mais ou menos de 15 %; durante o anno de 1888 foi muito menor entre as mãos de Péan; Bouilly, Terrier e Richelot que não tiveram senão 5,88 %; nos cancros propagados esta proporção é consideravel; em 28 operadas encontra-

mos 18 mortes (Martin) ou 64,32 de mortalidade operatoria.

Ao fim de 2 annos nos cancros limitados 22 a 24 % das mulheres são exemptas de recidiva, segundo a estatistica allemã; em França só em fins de 1889 será possível avaliar os effeitos curativos da hysterectomy total applicada aos cancros uterinos.

HYSTERECTOMIA VAGINAL PARCIAL

Mortalidade operatoria

Amputação infra-vaginal do collo.—Até ao mez de Maio de 1880, Carl Braun fez em Vienna 136 amputações do collo pela ansa galvanica, 10 das quaes morreram, sendo só oito da operação, o que dá uma mortalidade de 5,88 % exactamente a mesma da hysterectomy total em França durante o anno de 1888; porem não podemos concluir d'este facto, a egualdade dos dous methodos; porque, quando, aquelle gynecologista operou, a antisepsia era menos conhecida do que hoje.

Verneuil refere 22 amputações do collo com uma morte por abertura do fundo de sacco peritoneal utero-rectal e peritonite septica. Polail-

lon practicou 20 vezes a amputação do collo com a ansa galvanica e obteve 19 curas, houve uma morte produzida pelo chloroformio e que por conseguinte nada teve com a operação. Marchand practicou 12 amputações do collo, 4 vezes com o esmagador linear, e 8 com a ansa galvanica; houve uma morte por abertura do fundo de sacco de Douglas e peritonite consecutiva; Terrier obteve 7 resultados felizes em 7 operações.

Amputação supra-vaginal. -- Em 1884 Hoffmeier fez a estatistica das hysterectomias parciaes da clinica de Schroeder: de 105 operadas morreram 13 ou 12,3 %.

Em 1886, Baker ¹ relatou 10 operações sem morte immediata; o seu processo que elle designa debaixo do nome de *high amputation* aproxima-se muito do de Schroeder.

Em 1888, Spencer Wells practicou 6 amputações supra-vaginaes com 1 morte operatoria e Reamy 57 operações com duas mortes.

Reunindo os casos d'estes quatro cirurgiões, que operam de um modo muito analogo, ob-

¹ Americ journal of obstetrics—1882 pag. 265 e 1886 pagina 484.

tem-se 178 operações com 16 mortes o que dá 8,98 %.

Esta operação é muito pouco practicada pelos cirurgiões francezes; Marchand practicou 6 vezes esta operação e teve uma morte por peritonite; Buffet que fez uma pequena modificação ao processo de Schroeder, obteve dous resultados felizes em duas operações, Tenedat empregou-a egualmente 1 vez e curou a sua doente.

Temos, por conseguinte 9 amputações supra-vaginaes com 1 morte operatoria o que dá 11,11 % proporção um pouco mais elevada do que a da estatistica de fóra da França que é de 8,98 %; mas 9 casos divididos por tres cirurgiões não constituem uma base sufficiente para que se possa tirar deducções definitivas a respeito da gravidade immediata d'esta eperação.

RESULTADOS DEFINITIVOS

Amputação infra vaginal. — Das 136 operadas por Braün, 16 tiveram continuação do mal e 22 foram perdidas de vista; das outras, succumbiram 31, umas, á recidiva, outras, á tuberculose pulmonar e outras causas diversas que são des-

conhecidas para 12 d'entre ellas; e duas morreram de puerperalidade sem recidiva uma 7 $\frac{1}{2}$ annos e outra 1 anno depois da operação.

Das 55 sobreviventes, 22 tiveram recidiva e 33 não a apresentaram, até á occasião em que Pawlick publicou a sua memoria.

As trinta e tres curadas repartem-se do seguinte modo:

1 curada—19 $\frac{1}{2}$ annos depois da operação

2	»	—12	»	»	»	»
3	»	—8	»	»	»	»
3	»	—5	»	»	»	»
2	»	—4	»	»	»	»
5	»	—3	»	»	»	»
7	»	—2	»	»	»	»
7	»	—1	»	»	»	»

A cura constatada ao fim de dois annos é pois de 20 %.

Das 21 operadas de Verneuil e que sobreviveram á operação, 6 tiveram uma continuação do mal, 7 tiveram recidiva e 8 conseguiram uma cura mais ou menos duravel.

D'estas 8 que ainda não teem recidiva, 1 tinha sido operada havia apenas 5 mezes e por isso não podia ainda ser contada; 2 havia 17 mezes; 3 havia 3 annos; uma 5 annos; e uma 7 annos.

A estatística de Polaillon comprehende 20 casos (duas particulares e 18 doentes do hospital); 9 vezes, a operação foi só palliativa e o cancro continuou a sua marcha; 9 sahiram do hospital, parecendo curadas, 6 foram perdidas de vista; 3 doentes que elle seguiu apresentaram recidiva, uma 2 annos e quatro mezes depois da operação, outra 1 anno e dous mezes, e a terceira ao fim de um anno; as duas doentes de fóra do hospital colheram melhores resultados pois que passados alguns annos ainda não tinham recidiva.

Marchand practicou 12 vezes a amputação infra-vaginal; as 11 doentes que sobreviveram á operação são assim distribuidos:

- 2 conservavam-se curadas—7 annos e 5 mezes depois.
- 2 " " —18 mezes—12 mezes.
- 6 morreram de recidiva—18, 15, 14, 8 e 4 mezes depois.
- 1 perdida de vista logo depois da operação.

Amputação supra-vaginal.—A estatística de Hoffmeier dá os seguintes resultados debaixo do ponto de vista dos resultados definitivos:

Das 95 doentes que sobreviveram á operação, 43 tiveram recidiva no primeiro anno, 7 foram perdidas de vista; ficam 47 que foram

*

vistas em diferentes épocas; o quadro seguinte mostra a duração da cura.

Em 1879—3 operadas

- 1.^a curada—7 annos depois da operação.
- 2.^a curada—4 $\frac{1}{2}$ annos depois. Perdida de vista em seguida.
- 3.^a curada—6 annos depois.

Em 1880—6 operadas

- 1.^a curada—6 annos depois.
- 2.^a e 3.^a curada—5 annos depois.
- 4.^a curada—4 $\frac{1}{2}$ annos depois. Morreu de tetano.
- 5.^a curada—durante 2 $\frac{1}{2}$ annos. Tem uma recidiva.
- 6.^a curada—3 $\frac{1}{2}$ annos depois. Morreu d'apoplexia.

Em 1881—6 operadas

- 1.^a curada—3 $\frac{1}{2}$ annos depois. Perdida de vista em seguida.
- 2.^a curada—4 $\frac{1}{2}$ annos depois.
- 3.^a curada—durante 3 $\frac{1}{2}$ annos. Tem recidiva.
- 4.^a curada—5 annos depois.
- 5.^a curada—durante 2 annos. Tem recidiva.
- 6.^a curada—5 annos depois.

Em 1882—14 operadas

- 1.^a, 2.^a e 3.^a curadas—4 annos depois.
- 4.^a curada—durante 3 $\frac{1}{2}$ annos. Morreu de cachexia.
- 5.^a curada—3 $\frac{1}{2}$ annos depois.
- 6.^a, 7.^a e 8.^a curadas—4 annos depois.

- 9.^a e 10.^a curada—3 $\frac{1}{2}$ annos depois.
 11.^a e 12.^a curadas—durante 1 $\frac{1}{2}$ annos. Teem recidiva.
 13.^a curadas—durante 3 annos. Morreu de carcinoma dos
 ossos da bacia; o utero conservou-se são.
 14.^a curada—durante 3 annos; carcinoma dos ovarios.

Em 1883—6 operadas

- 1.^a curada—durante 1 $\frac{1}{2}$ annos. Recidiva.
 2.^a e 3.^a curadas—3 annos depois.
 4.^a, 5.^a e 6.^a curadas—2 $\frac{1}{2}$ annos.

Em 1884—10 operadas

- 1.^a curada—2 annos.
 2.^a curada—durante 1 $\frac{1}{2}$ anno. Recidiva.

As outras 8 conservavam-se curadas 2 annos depois da operação:

O que dá 42 curas por mais de dous annos em 105 operadas.

Na estatistica de Baker que se refere a 10 casos encontramos os seguintes resultados:

2 recidivas alguns mezes depois					
1 cura durante 2 annos; recidiva					
1	»	»	4	»	
1	»	»	4	»	e 7 mezes
1	»	»	5	»	
1	»	»	5	»	e 3 mezes
2	»	»	6	»	
1	»	»	8	»	; recidiva.

Não podemos entrar em calculo com a estatistica de Reamy por ser muito pouco detalhada; reunindo as estatisticas de Hoffmeier e Baker achamos em 98 operadas por um processo analogo os seguintes resultados:

No 1.º anno	45	recidivas	53	curas
No 2.º »	3	»	50	»
No 3.º »	4	»	46	»
No 4.º »	3	»	43	»

A partir do 4.º anno as recidivas são muito raras, e as observações, como a de Baker, de uma recidiva depois de 8 annos de cura, são muitissimo excepcionaes.

Vê-se pois que a proporção das curas por mais de dous annos é de 50 % nas hysterectomias supra-vaginaes fóra da França.

Não temos elementos para deixarmos de admittir esta bonita proporção de curas; porém não está d'accordo com a proporção dos outros methodos d'hysterectomia (total ou infra-vaginal) e nem com o prognostico geral dos cancros.

Das 9 operações d'esta natureza practicadas por tres cirurgiões francezes, tirando uma morte operatoria, ficam-nos 8 cujos resultados foram os seguintes:

- 2 mulheres perdidas de vista logo depois da operação.
- 2 " tiveram recidivas precoces
- 2 " morreram 30 mezes e 11 mezes depois
- 2 " estão curadas ha 3 annos e 4 mezes.

Em resumo a mortalidade operatoria da amputação supra-vaginal é de 3,33 %; seu valor therapeutico é representado por 20,32 % de mulheres isemptas de recidiva ao fim de dous annos.

A mortalidade operatoria da amputação supra-vaginal é de 8,98 %; seu valor therapeutico é representado por 50 % de mulheres sem recidiva ao fim de 2 annos.

PARALLELO ENTRE OS DOUS METHODOS

O valor comparado das hysterectomias total e parcial deve ser deduzido das tres condições a que deve satisfazer toda a operação que deve ser simples, benigna e efficaz.

A reunião d'estas tres qualidades constitue a operação ideal, muitas vezes conseguida hoje, graças á antisepsia, por exemplo, nos casos de lipoma ou de fibroma para os quaes a extirpação é muitas vezes facil, sem perigo para a doente á qual dá uma cura definitiva. Nos casos de cancro, já não acontece a mesma cousa;

a simplicidade e a benignidade encontram-se ainda muitas vezes; o cancro do seio, por exemplo, é, durante muito tempo extirpavel por meio de uma operação simples, e benigna e, é com surpresa que vemos os cirurgiões allemães indicarem uma mortalidade de 15,6 % ¹ proporção que é igual á da hysterectomy vaginal total e é mesmo superior á das ablações do utero feitas n'estes ultimos annos; não podemos comprehender a causa d'esta mortalidade na Allemanha.

Em França, a mortalidade é muito inferior.

No congresso francez de cirurgia realisado em 1888, Cazin expoz os resultados da sua pratica desde 1862 a 1886; em 222 casos de cancro do seio, teve apenas 9 mortes o que dá uma proporção de 4,05 %, devendo ainda notar-se que parte d'estas operações foram practicadas n'uma epoca, em que a antisepsia era menos que rudimentar.

Parece-nos, pois, não haver duvida de que as operações practicadas contra o cancro podem ser ao mesmo tempo simples e benignas; mas serão ellas tambem efficazes?

¹ S. Pozzi — Indications et technique de l'hysterectomy vaginal — 1888 — pag. 5.

Responderemos affirmativamente, se se quiser entender por esta palavra *efficacia* uma melhora passageira do estado local e sem ter em attenção o futuro ; porem se, pelo contrario, se dá a este termo a ideia de uma cura radical, isto é, definitiva, sem recidiva local possivel, as condições ficam completamente mudadas.

Não devemos pois considerar a efficacia senão debaixo de um ponto de vista relativo, e bem persuadidos de que nem uma, nem outra das duas hysterectomias nos pode assegurar a cura definitiva em todos os casos de cancro, por mais limitado que elle seja, tractamos, apenas de saber, qual dos dous methodos, em igualdade de circumstancias, nos dá melhores resultados ao fim de um tempo determinado. O termo de dous annos é, como já dissemos o fixado pelos cirurgiões allemães, como indicando, pelo menos, probabilidades de uma cura definitiva ; pois que as recidivas, alem d'este espaço de tempo, são raras.

A respeito da benignidade não se pode ter a menor duvida ; a hysterectomia parcial é mais benigna do que a total ; em França praticaram-se 60 amputações supra-vaginaes do collo e houve duas mortes ou 3,33 %.

A amputação supra-vaginal (modificada ou

não) dá uma proporção mais elevada: Schroeder teve 15 mortes em 105 operadas; Spencer Wells 1 morte em 6 operações; Baker 10 operações sem morte alguma; Reamy 57 operações e 2 mortes; em França encontram-se 9 operações com 1 morte; em resumo temos 187 casos com 17 mortes ou 9,10 %.

A hysterectomy total tem fornecido uma mortalidade bem superior: para os 185 casos publicados em França, achamos 27,71 %; por operadores ella dá a Pean 18,42 %, a Bouilly 24,14, a Richelot 37,5, a Terrier 19,04 o que dá 24,77 % em media.

Na Allemanha acha-se 16,46 % n'um total de 1605 casos. Pouco a pouco estas medias vão baixando: na Allemanha, escolhendo-se os operadores chega-se á proporção de 9 %; em França pelo mesmo methodo encontramos 5,88 % no decurso do anno de 1888.

A mortalidade decresce, pois, de uma maneira rapida á medida que a technica se aperfeiçoa, que a experiencia se torna maior e que os casos são melhor escolhidos.

A lethalidade immediata não é, por consequente, um argumento sufficiente contra a hysterectomy total, e, com a condição de a pôr em practica só em casos bem escolhidos, pare-

ce-nos que ella tem direito a fazer parte dos methodos chirurgicos adoptados contra o cancro.

A questão do valor therapeutico é muito mais difficil de julgar, pelo menos, no que diz respeito á hysterectomia total; e, na falta de elementos sufficientes, por ser ainda uma operação nova, aproveitaremos a seguinte estatística de Hoffmeier que estabelece a comparação entre os dous methodos debaixo do ponto de vista da cura:

T. decorrido	N.º	Recid. Curas		
1 anno — Hysterectomia parcial.	88	43	45	51 %
" total . .	29	15	14	48 "
	<u>117</u>	<u>58</u>	<u>59</u>	<u>53 "</u>
2 annos — Hysterectomia parcial.	68	37	31	46 "
" total . .	25	19	6	24 "
	<u>93</u>	<u>57</u>	<u>37</u>	<u>40 "</u>
3 annos — Hysterectomia parcial.	49	26	23	42 "
" total . .	14	12	2	26 "
	<u>63</u>	<u>38</u>	<u>25</u>	<u>33,5 "</u>
4 annos — Hysterectomia parcial.	29	18	11	38 "
" total . .	—	—	—	—

D'este quadro parece concluir-se que a duração da cura é maior depois da hysterecto-

mia parcial do que depois da hysterectomia total; a razão d'isto encontramol-a nós facilmente no facto de ser Schroeder o que operou todas as doentes a que esta estatistica se refere e ter este author por operação favorita a amputação supra-vaginal do collo que, só quando não é practicavel, é substituida pela hysterectomia total.

Devemos nós em face d'esta estatistica, considerar a amputação supra-vaginal superior á hysterectomia total?

Evidentemente não; isto prova unicamente a efficacia e benignidade de toda a operação practicada no principio da affecção; seria paradoxal admittir que, debaixo do ponto de vista curativo, uma operação parcial tivesse mais valor do que uma operação completa e total; e se todos os casos de Schroeder fossem tractados pela hysterectomia total, o cancro não teria recidivado mais depressa.

Em resumo: debaixo do ponto de vista da simplicidade e da benignidade, as hysterectomias parciaes devem ser preferidas; mas debaixo do ponto de vista o mais importante a efficacia a hysterectomia total está muito superior ás parciaes.

Depois d'isto, qual das methodos preferir?

Com ambos se tem obtido successos, é certo, porém a hysterectomy total no estado actual da sciencia deve ser a operação d'escolha para o cancro uterino, por mais limitada que esta affecção esteja.

Se fosse possível fazer-se um diagnostico topographico exacto da lesão, a hysterectomy parcial e proporcionada á extensão da lesão, seria incontestavelmente a que se deveria empregar de preferencia; mas sendo este diagnostico impossivel de se fazer, a extirpação total do orgão affectado será o unico meio de se extrahir com certeza todo o neoplasma; é claro que consideramos unicamente os casos de cancro limitado ao utero.

Outra circumstancia que tem tambem o seu valor em favor da preferencia que nós concedemos á hysterectomy total, é o facto da existencia muito frequente de nodulos cancerosos isolados e dissiminnados longe do ponto em que a doença parece circumscrever-se, e, se n'estes casos, limitassemos a nossa intervenção a uma amputação, ainda mesmo que fosse a supra-vaginal, não extirparíamos todo o neoplasma e a recidiva seria rapida.

Não vemos grandes rasões para se recusar esta preferencia á hysterectomy total; pois que

a sua mortalidade operatoria tem decrescido á medida que a technica se vae aperfeiçoando e já hoje não é de modo a meter medo: é até inferior á das amputações do seio na Allemanha e todos os cirurgiões d'esta nacionalidade, praticam aquella amputação sem que a grande mortalidade os detenha; pois, mesmo pelo lado da mortalidade, que é o ponto fraco da hysterectomia total, não ha rasões para que ella seja rejeitada.

E' certo que esta mortalidade é ainda o dobro das hysterectomias parciaes; mas, em compensação é muito maior o beneficio que as operadas pôdem colher com a extirpação total do utero.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — Os mesocolons e o mesenterio são pregas peritoneaes de formação secundaria.

Physiologia. — As causas que modificam a glycogenia hepatica, modificam egualmente a acção do figado sobre os alcaloides.

Anatomia pathologica. — A attenuação dos virus tornou possivel a vaccinação.

Materia medica — A antipyrina é antes um analgesico do que um antipyretico.

Pathologia geral. — Debaixo do ponto de vista da sua acção, podem relacionar-se os agentes traumaticos com os agentes infecciosos.

Operações. — Preferimos a dilatação mediata nos casos de apertos sondaveis da uretra.

Pathologia interna. — A presença de bacillos de Koch nos escarros é signal pathognomonic da tuberculose.

Partos. — Durante o trabalho do parto está contra-indicada a cravagem de centeio.

Pathologia externa — No tractamento do hydrocelo, preferimos as injeccões iodadas seguidas das de chlorhydrato de cocaina.

Medecina legal. — A mensuração dos ossos compridos fornecem elementos preciosos no reconhecimento da identidade.

Visto.

O PRESIDENTE,

Pimenta.

Póde imprimir-se.

O DIRECTOR,

Visconde d'Oliveira.