

74
Custodio Martins Henriques

N.º 5

O TRATAMENTO CIRURGICO E MEDICO

DOS

MYOMAS UTERINOS

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA

A' ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

IMPRENSA MODERNA

(OFFICINA A VAPOR)

55, Rua de Passos Manoel, 57

1898

70/5 ENC

Escola Medico-Cirurgica do Porto

CONSELHEIRO-DIRECTOR

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 Henriques 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 | Ilidio Ayres Pereira do Valle. |
| Pharmacia | Vaga. |

LENTES JUBILADOS

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| Secção medica | José d'Andrade Gramaxo. |
| Secção cirurgica | Visconde de Oliveira. |

LENTES SUBSTITUTOS

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

LENTE DEMONSTRADOR

- | | |
|----------------------------|--------------------------------------|
| Secção cirurgica | Roberto Bellarmino do Rosario Frias. |
|----------------------------|--------------------------------------|



À MEMORIA

DE

MEU QUERIDO PAE

*A morte impede sempre a
realização dos nossos ideaes.*





A minha querida Mãe



À MEMORIA

DE MINHA TIA

MARIA JOAQUINA MACHADO

E DE MEU TIO

José Martins Henriques

Saudade.

A MEU TIO

Antonio Martins Henriques

GRATIDÃO.



MAG.



A meus Irmãos

E

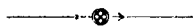
MINHAS IRMÃS



Aos meus Parentes

AOS MEUS ÍNTIMOS

Eduardo de Moura
Antonio Aureliano Narciso da Silva
Clementes dos Santos Pinto
Eduardo Nunes d'Oliveira
José Alves Ferreira da Silva



AOS EX.^{nos} SNRS. DRS.

Christovão Soares Gomes Feijão
Manoel Henriques da Rocha
João Antonio Martins Pereira
Fernando d'Almeida
Alberto Gomes d'Almeida
Pedro Eugenio de M. Coutinho Almeida d'Ága.

Ao seu ex-professor e amigo

O Ex.^{mo} Snr.

João da Maia Romão

O discípulo reconhecido.

Coa Ex.^{mo} Sur.

BERNARDO ANTONIO DA GRACA

E

Sua Ex.^{ma} Familia

AO MEU AMIGO

O Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Dr. Francisco Antonio Marques de Moura

E

Sua Ex.^{ma} Familia

*Mil vezes agradecido por
tudo quanto me tendes feito.*

Aos meus Companheiros de Casa

AOS MEUS CONDISCIPULOS

Aos meus Contemporaneos

AO MEU AMIGO

Arthur Torquato de Moura Continho Almeida d'Ázca

■

Sua Ex.^{ma} Esposa

AO ILLUSTRE CORPO DOCENTE

DA

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

Ao Ill.^{mo} e Exc.^{mo} Snr.

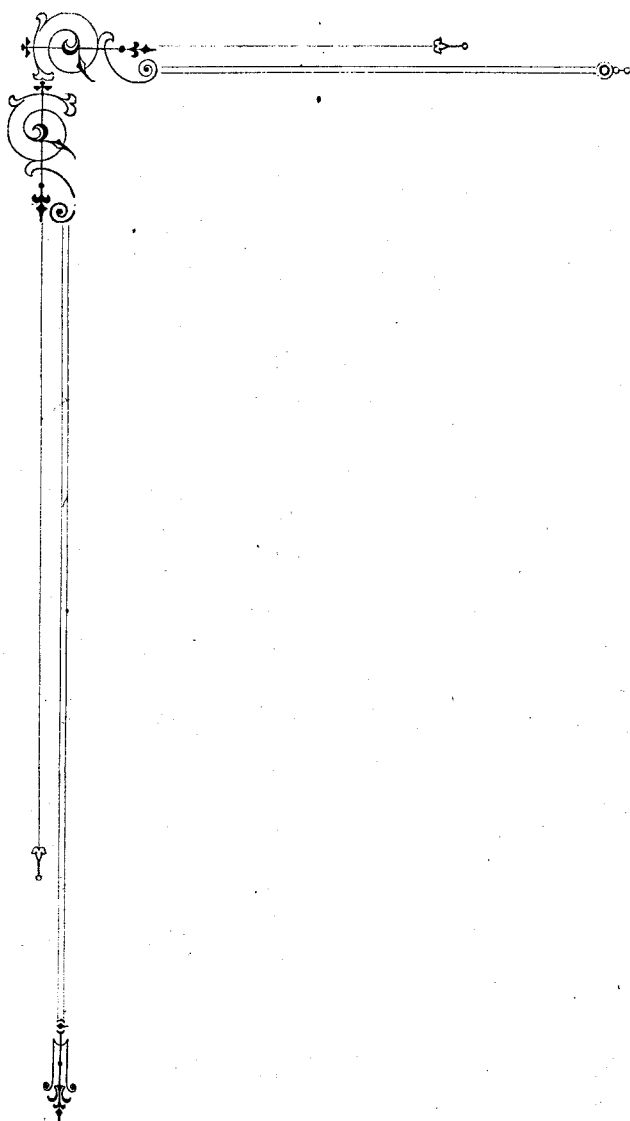
Dr. Antonio d' Azevedo Maia

19 discipulo agradecido.

AO DIGNISSIMO PRESIDENTE DA MINHA THESE

O Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Sr.

Dr. Antonio Joaquim de Moraes Galdas



CAPITULO I

CONSIDERAÇÕES GERAES



s myomas uterinos constituem uma enfermidade extremamente commum, durante o periodo d'actividade sexual da mulher, e geralmente benigna, isto é, não prejudicando a portadora pelos caracteres intrinsecos do tumor, como acontece, por exemplo, no cancro.

Mulheres ha, portadoras de myoma ou myomas que o ignoram toda a vida, soffrendo apenas alguns accidentes de compressão ou perdas menstruaes mais ou menos exageradas.

Nem sempre se impõe ao clinico a necessidade de intervenção cirurgica, quando em presença d'uma doente portadora d'um

myoma uterino. Isto está dependente de muitas circumstancias inherentes, quer ao proprio neoplasma, quer á padecente, como por exemplo, tudo o que se refere á sua nutrição geral e ás suas condições sociaes.

Entre aquellas convém citar o desenvolvimento rapido, a marcha por vezes galopante d'alguns myomas que, por este facto, adquirem um volume consideravel em pouco tempo, occasionando symptomas de compressão, inflamações diversas e até o depauperamento rapido da doente.

E' em casos d'esta natureza que julgamos indispensavel uma operação, mórmente se a mulher se encontra n'uma idade affastada da sua menopauza.

Koeberlé, *Vautrin* e tantos outros dizem que a intervenção é tanto mais inadiavel quanto menos proxima se encontra a menopauza. *Pean*, todavia, não leva tão longe a sua opinião.

Por vezes as doentes encontram-se a braços com metrorragias as mais rebeldes e que ameaçam a sua existencia a cada passo, tal é a marcha rapida da anemia e a fraqueza geral de que ellas se fazem seguir. Aqui tambem o cirurgião deve operar, principalmente se já esgotou todos os meios d'hemostase sem resultados satisfatorios.

Em muitos casos os myomas podem determinar desordens de natureza nervosa, devidas á violencia das dôres; e *Pean* diz que a ablação do tumor traz comsigo muitas vezes o desaparecimento d'aquellas perturbações.

Para alguns tratadistas o facto de existir ascite era uma contra-indicação operatoria, mas na opinião de *Olshausen*, *Schroeder* e outros ainda n'este caso se deve operar, sobretudo se o derrame se reproduz facilmente e a doente não está consideravelmente depauperada.

Winckel frizou bem a necessidade em que se encontra o cirurgião de analysar com o maximo cuidado os órgãos urinarios para se decidir ou não por um tratamento activo. Se consegue reconhecer que existe compressão do lado da bexiga ou uretères, se nota alterações renaes reveladas por hydronephrose ou albuminuria, é precisa a intervenção, excepto n'um caso apontado por *Pozzi* e que vem a ser, quando as lesões renaes sejam bilateraes e já em extremo adiantadas; então este gynecologista considera a operação como formalmente contra-indicada.

E isto porque a intensidade do choque traumatico, sendo consideravel, apressaria, por certo, a marcha d'aquellas lesões.

Robert faz vêr a necessidade de intervir desde que o tumor esteja gangrenado, porque os accidentes provenientes da absorpção dos productos esphacelados põem em perigo a vida da doente.

O crescimento dos myomas da madre é altamente influenciado pela prenhez, e isto colloca o cirurgião em embaraços ácerca da oportunidade da operação em taes casos.

O neoplasma augmenta mais ou menos de volume conforme a sua situação a respeito do

utero gravido; d'esse augmento de volume proveem, não poucas vezes, symptomas de dyspnêa intensa, de compressão, que levam o clinico a decidir-se ou pela provocação do aborto ou pela extirpação do tumor. Este ponto é bastante melindroso, porque em qualquer dos casos podem advir accidentes graves.

Assim, se o neoplasma não é susceptivel de retrahir-se, e se a placenta se insere ao mesmo nivel que elle, a provocação do aborto pôde originar uma hemorrhagia fulminante para a doente; além d'isso, se o volume do tumor é grande, as perturbações funcionaes e phenomenos compressivos, de que elle é a causa proxima, podem não desaparecer pelo aborto provocado.

Como illação, fica a mulher, no caso presente, condemnada a supportar os perigos do abortamento e talvez os d'uma hysterectomy futura.

A extirpação do myoma tem egualmente os seus perigos devidos á enorme congestão da madre, ao seu volume anormal, bem como do proprio tumor.

Lefour condemna, em absoluto, a hysterectomy, em face das estatisticas, como meio de obviar aos accidentes devidos a myomas, principalmente nos primeiros tempos da gravidez.

Posta a questão n'estes termos, vamos, ainda assim, apresentar alguns casos particulares em que a intervenção cirurgica não está totalmente contra-indicada.

Supponhamos uma mulher portadora d'um

myoma pediculado, de volume regular e já acompanhado do seu cortejo symptomatico desfavoravel á doente; está indicada a myomectomy até ao setimo mez da gravidez. Porém, desde que o parto esteja proximo, é preferivel a provocação do aborto, sobretudo se d'ahi resulta atrophia para o tumor, como geralmente acontece.

A myomectomy parece ter algumas vantagens sobre o aborto em face das observações colhidas por *Schroeder*, *Landau* e outros.

Praticaram esta operação em tumores que complicavam a prenhez, e, apesar d'isso, os fetos foram a termo.

Tentemos formular regras praticas definindo as indicações no tratamento de myomas uterinos.

1.º caso.—A mulher é abastada ou simplesmente remediada e tem perdas menstruaes successivas e accidentes de compressão da bexiga e recto, que se prolongam por dez, doze e mais dias cada mez. Trata-se d'um myoma intersticial, intra-ligamentar, pelvico.

Deve tentar-se o tratamento pelo repouso, no periodo menstrual, e pelas injeções hypodermicas d'ergotina, durante o periodo extra-catamenial.

Baldado o intento, impõe-se a provocação da menopauza artificial pela ablação dos annexos do utero.

Em taes condições uma hysterectomy abdominal seria uma imprudencia, dada a gravidade da operação.

2.º caso.—A mulher é pobre e vive do seu labor diário. Em tal caso impõe-se a ablação dos annexos *d'embrée*.

3.º caso.—Existe um myoma volumoso sem accidentes de compressão, nem perdas sanguineas excessivas.

Nada ha a fazer, senão dissuadir o espirito da mulher sobre a sua apprehensão.

4.º caso.—O myoma é intra-uterino, pediculado; ha hemorragias sempre.

N'este caso é preciso praticar a sua ablação, geralmente innocente e facil.

5.º caso.—A mulher está grávida e é portadora d'um myoma de pediculo curto, inserido na parte supra-vaginal do collo, e offerece um volume incompatible com o parto a termo.

Aqui ha que optar entre provocar o parto prematuro, ou o aborto, segundo as circumstancias, e a myomectomy abdominal ou supra-pubica.

Feito até aqui o resumo das principaes indicações para intervir cirurgicamente, vamos vêr o que hoje pensam os mais notaveis gynecologistas ácerca das contra-indicações.

D'um modo geral, póde affirmar-se que essas não existem já, em virtude dos progressos que a sciencia tem feito nos ultimos tempos. Ha cirurgições, como *Schroeder*, *Martin* e *Olshausen*, que operam em quasi todos casos os que se lhe apresentam.

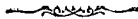
Apezar d'isto, será prudente que o operador se não deixe levar pelas supplicas de certas doentes,

que, no auge do seu desespero, querem a todo transe ser operadas; a esses rogos ou supplicas responderá o clinico com uma recusa formal, sempre que a mulher seja, ao tempo, pasto de enfermidades incuraveis ou pelo menos n'um estado já avançado da sua evolução.

Para exemplo citaremos a diabetes, a syphilis, hemophylia, bronchite chronica, certas affecções cardiacas, etc.

Pelo que fica mencionado, concebe-se que o tratamento cirurgico dos myomas da madre deve, em todos os casos, impôr-se como uma necessidade; não devemos lançar mão d'elle sem que se nos apresente qualquer das indicações precedentemente citadas, e já estejam esgotados os recursos medicos, de que em taes circumstancias podemos dispôr.

No emtanto, desde já affirmaremos que, só no campo da cirurgia, se encontrará a esperança de arrebatár aos horrores d'uma morte certa, mas lenta, tanta mulher atacada de myomas uterinos.



CAPITULO II

TRATAMENTO CIRURGICO



TE aqui apresentamos as principais circumstancias a que se deve attender sempre que estamos prestes a intervir cirurgicamente em casos de myomas uterinos.

Vejamos agora os preceitos que o cirurgião tem a seguir desde que se tenha decidido pelo tratamento cirurgico.

Antes, porém, de entrarmos na exposição das operações de grande cirurgia que hoje se praticam com magnificos resultados, julgamos conveniente referir alguns processos que algumas vezes é preciso ensaiar, antes de intervir. Esses processos constituem as chamadas *pequenas operações hemostaticas*, descriptas por *Pozzi*.

Entre ellas citaremos: a raspagem, as injeções intra-uterinas de perchloreto de ferro, a dilatação do collo e a sua secção bilateral e finalmente a escarificação intra-uterina.

Pelo que respeita á primeira d'estas operações convem dizer que ella se emprega sobretudo quando o diagnostico está duvidoso, parecendo que se trata d'uma metrite hemorrhagica. Nos myomas intersticiaes tem dado resultados satisfatorios.

As injeções devem ser seguidas d'uma lavagem do utero por meio de sondas de corrente dupla, não esquecendo que deve haver n'isto a maxima prudencia, porque póde dar-se a circumstancia de uma ou ambas as trompas serem permeaveis.

A dilatação tem sido preconisada por diversos tratadistas, taes como: *Nélaton*, *Clintock*, *Kaltenbach*, etc.

Este ultimo empregava as vellas de *Hegar* de calibre variavel; ha quem empregue laminarias, ou simplesmente instrumentos de ramos moveis.

Este meio de tratamento que é um hemostatico proveitoso, por isso que excita as contracções uterinas, emprega-se principalmente quando a mulher se encontra já no fim da sua vida sexual. Porque torna o orificio do collo mais amplo, este methodo facilita d'algum modo qualquer outra intervenção mais radical.

A secção do collo só poderá ter a sua indicação quando o tumor estiver proximo d'elle, por-

que, com tal processo, apenas temos em vista encontrar no campo operatorio os vasos uterinos que vão sendo successivamente laqueados, de modo a sustar as hemorragias.

A escarificação, finalmente, empregada já por *Simpson*, é considerada por *Martin* como tendo alguma vantagem, quando a hemorragia é teimosa.

Pozzi, *Auvard*, *Vautrin* e alguns outros gynecologistas, sob o ponto de vista operatorio, dividem os tumores uterinos em dois grandes grupos, segundo elles são accessiveis pela via vaginal ou pela laparotomia: *myomas de evolução vaginal* ou *centripeta* e *myomas de evolução abdominal* ou *centrifuga*, segundo *Vulliet*.

Os myomas do primeiro grupo subdividem-se ainda em *pediculados* ou *sesseis*, podendo desenvolver-se quer á custa do corpo do utero quer do collo.

Estes dois termos servem para significar que o tumor ou está em relação com o utero por uma pequena parte da sua superficie (pediculo) ou se acha quasi que formando corpo com elle, como succede quando são intersticiaes.

Myomas de evolução vaginal

Os neoplasmas do collo são relativamente raros e a sua ablação não apresenta, em geral, grandes difficuldades, porque elles são bem accessiveis ao dedo do operador que lhe servirá de

guia, excepção feita dos myomas volumosos, nascidos do labio anterior do collo, onde a dissecação com a bexiga póde offerecer difficuldades.

Se o cirurgião se encontra em face d'um tumor do corpo do utero as circumstancias variam muitissimo.

Sendo o myoma pediculado, elle precisa primeiro que tudo saber qual o volume e fórma, qual a largura do pediculo e logar em que está implantado, qual o grau de dilatabilidade em que está o collo e ainda quaes as modificações que a presença do neoplasma imprime ao estado geral da mulher.

Para que a ablação se faça com facilidade é necessario que o volume do myoma permita a entrada na cavidade uterina de um ou dois dedos da mão do operador, o que nem sempre se realisa sem previamente recorrer a alguns meios que reduzam o volume do tumor.

Estes meios impõem-se, principalmente para os tumores a que *Pozzi* chama *enormes polypos*.

O mesmo auctor cita o processo que entende dever seguir-se e que vem a ser: a *fragmentação* do myoma ou a *reducção* do seu volume por meio do forceps.

Póde tambem praticar-se o alongamento operatorio proposto por *Simpson* e que se consegue por meio de incisões profundas, ao mesmo tempo que o neoplasma vae sendo attrahido para o exterior.

O accesso ao tumor póde ainda ser dificultado

pela pouca dilatabilidade do collo da madre, sempre que elle não seja vaginal; n'estes casos é preciso praticar primeiro a dilatação.

Diminuido que seja o volume, começa-se a extracção do polypo, applicando-lhe pinças espeziaes.

Pozzi diz que esta operação não é das mais difficeis; aconselha o seguinte: a doente estando collocada em decubito dorsal, com as pernas dobradas sobre as coxas, e estas sobre a bacia; a vagina dilatada por affastadores proprios, pinça-se fortemente o tumor e exerce-se tracção de modo a abaixal-o o mais possivel, verificando sempre a permanencia do utero na sua situação normal.

Feito isto, opera-se a tñtorsão do pediculo, imprimindo ao neoplasma movimentos successivos de rotação.

Com a mão armada d'uma tesoura o operador leva esta ao contacto com o pediculo, que principia a cortar pouco a pouco, o mais acima possivel, não esquecendo, por um momento apenas, a tñtorsão que se deve continuar até ao fim para melhor nos assegurar a hemostase perfeita.

Terminada a secção do pediculo não é muito para recear a hemorrhagia consecutiva, porque, em geral, os vasos são pouco volumosos.

Ainda assim, *Pozzi* manda applicar, em muitos casos, algumas pinças sobre o pediculo antes de encetar a sua secção; soccorremo-nos, sendo preciso, dos muitos meios d'hemostase de que

dispomos, taes como: injecções d'agua quente, cravagem, tampão de gaze iodoformada, etc.

Com este ultimo processo pôdem originar-se verdadeiras infecções se não houver o cuidado de renovar o tampão todos os dias, cobrindo sempre a gaze com iodoformio.

A propria secção só por si é um meio hemostatico, porque imprime aos tecidos uma excitação capaz de produzir a retracção da parte que fica do pediculo e por conseguinte de obliterar os vasos.

E' conveniente praticar-se uma raspagem, seguida de cauterisação, depois de extrahido o tumor, com o fim de curar a metrite que possa existir e apressar mais a involução do utero.

Se o pediculo é muito delgado, alguns auctores utilisam o *arrancamento*, como para os polypos mucosos ordinarios; mas podem d'aqui resultar grandes inconvenientes dependentes da tracção que é preciso exercer-se.

Ha ainda o esmagador de *Chassaignac* ou o de dupla cadeia de *Verneuil* que são empregados por alguns cirurgiões, porque, dizem elles, a secção é exangue e facil.

Por vezes, desde que o pediculo é muito curto e o polypo intra-uterino, é difficil a passagem da cadêa em torno d'aquelle; n'estes casos exige-se a fragmentação parcial ou tracções do tumor por meio de pinças *Museux*.

Este methodo tem inconvenientes que dependem uns da possibilidade de ruptura da cadêa e outros, mais poderosos ainda, dos accidentes

inherentes á operação, porque esta é, por assim dizer, feita d'olhos vendados. A *Tillaux*, por exemplo, succedeu romper a parede uterina em toda a sua espessura, e como este muitos outros se vêem citados em variados compendios.

Quando o myoma, ainda que intersticial, apresenta um consideravel desenvolvimento intra-uterino, temos de recorrer á enucleação ou hysterotomia intra-uterina, como lhe chama *Vautrin*.

Esta operação teve o seu berço em França; as primeiras palavras ditas a respeito d'ella são attribuidas a *Valpeau*.

Dupuytren confirmou as ideias do seu collega, considerando-a um processo racional. Porém, é a *Amussat* que cabe a gloria de a ter praticado pela primeira vez em 1840.

Como as estatisticas lhe eram pouco favoraveis, esta operação foi abandonada durante muito tempo, sobretudo pelas accusações que lhe fez *Nélaton*, e além d'isso pelos progressos constantes da laparotomia.

Pozzi e mesmo *Pean* concorrem para dispôr de novo os animos a favor da operação d'*Amussat*.

Schroeder é de opinião que esta se póde praticar n'um tumor que tenha o volume da cabeça d'um feto a termo, mas só quando elle já tenha descido para a vagina; de resto a enucleação typo só deverá fazer-se para tumores muito pequenos.

Antes de entrarmos na technica operatoria convém dizer que por vezes é preciso recorrer á dilatação artificial do collo por um dos processos

que já sabemos, e que hoje é preferível na grande maioria dos casos, a *fragmentação* do tumor, operação talvez muito arrojada.

OPERAÇÃO.—Suppondo o collo dilatado, e que por meio da exploração manual reconhecemos que o myoma era de evolução centripeta, vamos indicar muito succintamente a pratica a seguir.

Primeiro que tudo é necessario que haja o maximo cuidado com a antisepsia do campo operatorio.

Anesthesiada a doente, colloca-se esta na posição apropriada que ou póde ser o decubito dorsal (*Hagar*) ou o lateral (*Sims*). Este ultimo convém nos casos em que o neoplasma occupa uma das faces lateraes do utero.

Dois ajudantes, um de cada lado da operada, fixam as pernas e por meio dos affastadores *Pean* abrem a vulva; um outro esponja o campo operatorio e de quando em quando faz uma lavagem com solução phenicada; outro entrega os ferros precisos e recebe os que vão servindo; outro faz a lavagem das esponjas e finalmente um ultimo está encarregado da anesthesia.

O operador, em frente da vagina, applica uma pinça *Museux* ao focinho de tenca e procura abaixar o utero o mais possivel; tudo isto constitue o que *Pozzi* chama *tempo preliminar*.

Entrando no *primeiro tempo* trata de romper a mucosa e a capsula para o que é conveniente ter antes fixado o tumor por meio d'uma outra pinça. A incisão, segundo *Pozzi*, deve ser feita no ponto

em que a mucosa se reflecte do tumor para o utero e por meio de tesoura ou bisturi de ponta romba.

Ha quem a pratique com o ferro em brasa, com o galvano-cauterio, etc. *Sims, A. Martin* e outros preferem a inversão do utero, feita com extremo cuidado e com pinças apropriadas para assim se furtarem aos perigos que pôdem provir do manejo de instrumentos cortantes dentro do utero.

No segundo tempo o operador procura separar, com o auxilio do dedo ou de instrumentos proprios (cabo do bisturi), o tumor da capsula por toda a sua superficie.

Imaginaram-se com este fim um sem numero de *enucleadores*, desde a simples espátula até aos inventados por *Sims, Simpson, Thomas*, etc.; mas superior a todos está o dedo do operador, que tem a vantagem de prevenir d'algum modo as hemorragias, quando a unha se volta para o tumor.

Stoltz diz que este se destaca como a polpa da laranja do seu involucro.

Á medida que este trabalho vae proseguindo, a tracção exercida com as pinças obriga o tumor a tornar-se cada vez mais livre.

Estando o myoma separado da sua capsula, não havendo já adherencias fibrosas que por vezes se teem de cortar com tesoura, entra-se *no terceiro tempo* de *Pozzi* que consiste, segundo a expressão do proprio auctor, *no parto do tumor*.

Esta parte da operação nem sempre é a mais

facil, como á primeira vista parece; a sua difficuldade provém do grande volume que o myoma pôde ter, impedindo, por isso, a sua saída, intacto, para o exterior.

É indispensavel praticar-se a redução do seu volume ou por meio do *forceps*, que por vezes é vantajoso, o *cephalotribo* ou por qualquer outro processo que já referimos para os polpos.

Todo o cuidado nas tracções será pouco, porque muitas vezes succede praticar-se lacerações do collo ou rupturas do perineo, seguidas de fistulas.

Esta operação, segundo a opinião de *Engstrom*, deve fazer-se de modo que se poupem a madre e annexos, uma vez que o myoma não tenha produzido deformações em virtude da sua extensão. Pôde fazer-se durante a prênhez sem perturbações para o seu seguimento normal.

O mesmo gynecologista operou vinte e tres mulheres, das quaes só uma succumbiu em seguida a uma peritonite.

Terminada a operação, pratica-se o penso do modo seguinte :

Desinfecta-se o campo operatorio por meio de injectões d'agua phenicada á temperatura de 50°, se ha hemorrhagia de valor. *Pozzi* prefere a solução phenica á de sublimado, para evitar qualquer phenomeno de intoxicação, visto que a superficie absorvente é bastante extensa.

Depois faz-se o tampão uterino de gaze iodoformada ; dá-se á doente uma injectão hypoder-

mica d'ergotina para activar a involução da madre e finalmente aconselha-se repouso absoluto.

Esta operação não é isenta de complicações da maxima importancia pela sua gravidade. As mais importantes são: hemorragias, lesões das paredes do utero, inversão do mesmo e mais tarde accidentes septicemicos.

Já sabemos como combater as hemorragias; mas cumpre-nos ponderar n'este logar que o tam-pão não produz uma asepsia rigorosa, porque facilita a absorpção das materias putridas.

As lesões uterinas proveem do emprego de certos instrumentos, e, para as evitar, deve preferir-se a *enucleação* digital.

Se o myoma se acha separado da serosa peritoneal simplesmente por uma ligeira camada de tecido, a inversão produz-se em virtude da falta de fibras musculares que se contrahissem, impedindo assim a sua depressão para o utero. Nos casos em que isto se tem dado, a parede uterina tem sido reduzida facilmente. Ha quem aconselhe a sua secção, seguida da sutura do peritoneo.

A septicemia é para temer, tanto mais que existe uma enorme superficie absorvente, como dissemos, e além d'isso bastante propensa á supuração.

Para impedir o seu apparecimento, o unico meio a seguir é fazer-se diariamente irrigações antisepticas, de modo a assegurar bem a asepsia da ferida.

Ha muitos casos em que a *enucleação* está com-

pletamente contra-indicada, como o que succede, quando o volume do myoma excede o da cabeça d'um feto, ou, com mais razão, d'um adulto.

A sua passagem, intacto, atravez das vias naturaes da mulher, é de todo impossivel; d'ahi a pratica da *fragmentação* ou *myomotomia vaginal*.

Este processo operatorio, diz *Pozzi*, é em extremo arrojado e sem resultados práticos, porque, não poucas vezes, é preciso ultimar a operação por meio da *hysterectomia vaginal* ou *abdominal*.

Pean tem empregado este meio de tratamento sem fazer previamente a dilatação do collo; contenta-se só com duas incisões aos lados direito e esquerdo d'este; emprega pinças hemostaticas e uma de garras sobre o tumor para assim ir destacando, por meio de tesoura curva, os fragmentos successivos.

Auvard attribue o principal perigo d'esta operação á possibilidade de romper o utero e diz que as estatisticas, actualmente, ainda não permitem julgar do valor d'este methodo de tratamento.

Myomas de evolução abdominal

Os myomas de evolução centrifuga podem dividir-se em dois grupos, que vem a ser: *myomas sub-peritoneaes* e *myomas intersticiaes*.

Vamos indicar os principaes processos operatorios seguidos no seu tratamento, começando por aquelles em que o utero é poupado no todo ou pelo menos em parte.

Os primeiros cirurgiões que praticaram a laparotomia, em casos de myomas da madre, foram levados a isso por erro do seu diagnostico.

Imaginavam que iam encontrar tumores ovaricos, e por isso, em presença d'uma prova tão formal, alguns limitaram-se a fechar de novo o ventre sem intervir.

Porém, o horror que estes tinham ás operações d'este quilate foi desaparecendo successivamente com os magnificos resultados colhidos pelos mais arrojados.

No que vamos dizer temos de empregar alguns termos, cuja significação julgamos util explicar desde já.

A palavra *hysterotomia*, outr'ora, designava a maior parte das operações em que se extrahia o utero ou tumores d'este órgão; hoje parece dever exprimir apenas a incisão simples da madre.

Tillaux quer que a *hysterectomia* designe a extracção total ou parcial do utero por secção. Se este fica intacto, a ablação dos myomas sub-serosos chama-se myomotomia ou myomectomy.

Já n'outra parte nos referimos ás indicações operatorias para os myomas uterinos em geral, e, porque ellas se applicam no caso presente, passaremos á technica das operações.

Se o neoplasma é pediculado, e o pediculo bastante delgado, pratica-se a *myomectomy*, cuja gravidade não ultrapassa a d'uma ovariectomia ordinaria.

Olshausen, *Billroth* e outros ligavam o pediculo

em massa, tiravam o tumor e em seguida fechavam o abdomen completamente. Porém, do receio que alguns gynecologistas tiveram de que o laço se escapasse, propozeram-se atravessar o pediculo com uma agulha, munida d'um fio duplo; sectionar depois a ansa e fazer dois nós cirurgicos para a direita e esquerda, tendo previamente cruzado as duas porções. Ha cirurgiões que preferem a ligadura elastica, porque temem as hemorragias.

Sendo o pediculo extremamente grosso, alguns auctores ainda querem a ligadura em massa, ao passo que outros aconselham ligaduras parciaes.

Pozzi opina porque se faça o seguinte: agarrar o pediculo com a pinça de *Billroth* que o comprime fortemente, enquanto se faz a sua secção alguns centimetros acima; tirada a pinça, praticam-se, ao nivel do sulco que ella deixou, algumas suturas com fios de seda e corta-se o tecido situado superiormente. É preciso affrontar os bordos da ferida por meio d'alguns pontos.

Desde que se tire a ligadura que provisoriamente se tem applicado ao pediculo, abandona-se este, se a hemostase é perfeita; ha casos em que se téem de laquear vasos em separado.

O que ulteriormente se tem de fazer constitue o trabalho seguido em qualquer operação abdominal.

Sendo o myoma intersticial e encapsulado ha então logar de fazer a *enucleação abdominal*.

Este processo operatorio está indicado sempre que o neoplasma se acha envolvido por uma ca-

psula bem distincta e é unico; n'estas circumstancias, por meio d'esta operação, tira-se o tumor e não se interrompe a vida genital da mulher, o que tem summa importancia quando ella está ainda muito distante da sua menopauza. *Martin*, que muitas vezes praticou esta operação, serviu-se da ligadura provisoria que applicava no collo depois de repuxado o utero para o exterior o mais possivel.

A pratica d'esta operação é a mesma que foi indicada para a via vaginal; é preciso, no emtanto, observar que deve haver a maxima cautella em não abrir a cavidade uterina para d'essa fórma obstar mais facilmente á infecção.

Desde que o tumor está enucleado resta tratar a cavidade que o continha.

Para alguns cirurgiões os pontos de sutura eram inuteis, porque as contracções das paredes da madre, depois da operação, bastavam para obliterar a cavidade.

Todavia, algumas vezes, a hemorrhagia é abundante e então a sutura impõe-se; *Schroeder* fazia-a sempre depois de ter avivado os bordos da ferida.

Alguns operadores suturam a solução de continuidade uterina á ferida da parede abdominal e estabelecem uma boa drenagem; aqui ha grande facilidade em se produzirem as adherencias entre o peritoneo parietal e a serosa que cobre a madre, de modo que a obliteração se produz pouco a pouco. *Martin* fazia tambem drenagem para a propria cavidade uterina.

Esta operação, posto que favoreça a integridade do utero e por conseguinte a sua actividade ulterior, expõe, por vezes, a recidivas e por isso parece só dever empregar-se quando haja unidade de tumor complicando a marcha da prenhez.

Para completarmos a descripção dos diversos processos operatorios em que a madre é poupada, resta-nos dizer alguma cousa a respeito da *castração*.

O estudo anatomo-physiologico dos órgãos genitales da mulher, o conhecimento da intimidade que existe entre as diversas peças do *apparelho* utero-ovarico, desde ha muito que impelliram os homens de sciencia para o estudo do papel importantissimo que os ovarios desempenham durante o periodo de actividade sexual.

Os myomas uterinos estão sob a influencia da menstruação, por isso que se tem notado o augmento do seu volume nos periodos catameniaes, e, pelo contrario, a diminuição nos respectivos intervallos. O tumor adquire tambem uma maior dureza com a approximação da menopauza.

Vê-se, por conseguinte, que existe uma acção reciproca entre este neoplasmas e o funcionamento do *systema* utero-ovarico; porém, a causa d'esta reciprocidade é diversa, segundo as innumerables theorias que têm vindo a lume sobre o assumpto e a que nós deixamos de nos referir, porque isso alongaria demais o nosso trabalho.

Seja como fôr, o que é certo é que o tumor experimenta uma involução caracteristica na occa-

sião da menopauza, e d'ahi a conveniencia que os diversos auctores reconheceram em praticar a *castração* com o fim de fazer cessar a vida sexual da mulher, de provocar em fim uma menopauza artificial.

A *castração*, já praticada por Gregos e Romanos, perpetuou-se atravez das diversas idades; e no seculo actual, entrando devéras no dominio da cirurgia, tem adquirido fóros d'uma operação util como meio de tratamento palliativo dos myomas uterinos. As vantagens da sua applicação resultam da atrophia e diminuição de volume que ella produz, principalmente quando o utero é a séde de neoplasmas fibro-myomatosos.

Pozzi diz que as indicações d'esta operação são, por emquanto, bastante obscuras e que a sua prática deve hoje abandonar-se, em presença dos optimos resultados obtidos por meio da *hysterectomy* vaginal com ou sem fragmentação do myoma. Para elle a ablação dos annexos só estará indicada quando haja absoluta necessidade de extirpar o utero, como succede quando a doente é extremamente debil ou o tumor, pelvico ou intra-ligamentar, é tão volumoso, que não póde sahir pela via vaginal.

Sabemos perfeitamente que esta operação é hoje quasi abandonada pelos bons resultados collidos pela prática das hysterectomias, como affirma *Pozzi* e tantos outros; mas, apesar d'isso, somos levados a reconhecer o seu valor não só pelas razões que os seus adeptos apresentam, mas

pelas optimas consequencias que resultaram da sua applicação a duas doentes na nossa enfermaria de clinica medica pelo professor o Ex.^{mo} Snr. Dr. A. Maia.

Apresentamos em seguida as duas observações relativas aos casos citados e que fazem parte dos diarios dos nossos condiscipulos Antonio Martins Delgado e Raul Larose Rocha.

A technica geral da operação pouco ou nada differe da que foi seguida, e por isso, abtemo-nos de a traçar tal qual vem exposta nos variados compendios de gynecologia.

Observação I

MYOMA INTERSTICIAL.—CASTRAÇÃO.—CURA.

F., natural de Barcellos, solteira, tecedeira, de 27 annos d'idade, constituição regular e temperamento sanguíneo, entrou para a enfermaria de clinica medica (Hospital de S. Antonio do Porto) no dia 22 de Fevereiro de 1893.

Antecedentes hereditarios.—O pae, a mãe e os irmãos teem boa saude; na linha collateral nada ha digno de notar-se.

Antecedentes pessoas e historia da doença.—Nunca teve doença alguma de que se recorde.

Ha 15 mezes começou a sentir vontade frequente d'urinar, sendo-lhe por vezes tão difficil a micção que era preciso recorrer á sonda.

Por conselho d'um medico applicou uma pomada na região hypogastrica e sentiu por essa occasião um ponto

duro e globuloso na mesma região, um pouco para a direita da linha branca.

Era completamente indolor.

A micção facilitou-se e sobreveiu-lhe dificuldade na defecação, contra a qual fez uso de purgantes e clysteres repetidos. O tumor ia crescendo e a menstruação cada vez mais excepcional. Seis mezes passados consultou o Ex.^{mo} Snr. Dr. A. Maia que lhe fez logo vêr a necessidade de uma operação.

Voltou á terra e uma metrorrhagia abundante a prostrou no leito por 8 dias.

Estado actual.—Um tumor occupando todo o hypogastro e região umbilical até ao nível do umbigo, de superficie desigual, com o volume d'uma cabeça de feto, muito duro e não fluctuante.

Dôres vagas no hypogastro, augmentando pela pressão e irradiando para as coxas. Pelo toque rectal adquirimos a sensação d'uma superficie dura, convexa, alguma cousa accidentada, cujo limite superior o dedo não attingia.

O tumor comprehendia toda a parte supra-vaginal do collo, bem como todo o corpo do utero.

O toque vaginal não se fez, porque a doente era virgem, nem portanto a hysterometria.

Operação.—Esta impunha-se por algumas das razões que apresentamos n'outro lugar.

A 2 de março o Ex.^{mo} Snr. Dr. A. Maia praticou a *castração*, que foi feita em tres tempos: *abertura do abdomen, extracção dos annexos e toilette e sutura da ferida abdominal.*

1.º tempo.—Feita a anesthesia pelo chloroformio, barbeado o abdomen e a parte superior do pubis, lavado o campo operatorio com uma solução forte d'acido phenico e depois com alcool, foi feita uma incisão na linha branca, de 0,^m08 de comprimento, começando 0,^m06 abaixo do umbigo.

2.º tempo.—Os dedos polegar e indicador da mão es-

querda, introduzidos atravez a ferida abdominal, foram agarrar os annexos d'ambos os lados que, puxados para fóra, foram segurados por meio d'uma pinça

Abaixo da pinça, á distancia de 0,^m01 do utero passou-se no centro do pediculo uma agulha romba, munida d'um fio de seda dobrado.

Retirada a agulha, cortado o fio ao nivel da sua ansa, fizeram-se duas ligaduras, abraçando em dois fragmentos todo o pediculo.

3.^o tempo.—Esponjado cuidadosamente o sangue caído na cavidade peritoneal foi esta fechada com cinco pontos de costura profunda e tres superficiaes, todos a crina de Florença. Penso o habitual n'estas operações na enfermaria.

Tudo seguiu bem até fins do segundo dia, em que a doente apresentou cerca de 39° c. e pulso a 112.

A temperatura foi em incremento até ao quarto dia, em que attingiu cerca de 41°; todavia, a physionomia nada tinha d'abdominal, não havia vomitos e o tympanismo intestinal era muito moderado.

Eliminada, portanto, toda a ideia de peritonite, em quanto generalizada pelo menos, pois havia evacuações abundantes ao terceiro dia, mediante a administração dos calomelanos.

Perscrutado reiteradas vezes, o ventre apenas offerecia alguma dôr á pressão n'uma limitadissima zona á direita da ferida abdominal, em correspondencia com a ligadura dos annexos do lado direito. Entretanto occorreu-nos a miudo ao espirito que a ligadura havia sido feita com fio grosso, n.º 5, por serem demasiado frageis os fios n.ºs 3 e 4.

Ao quinto dia foi aberto novamente o ventre por uma incisão de 0,^m05 de modo a cahir sobre a ligadura á direita do tumor uterino, o que effectivamente se verificou.

Em volta d'esta havia uma côr arroseada com algum liquido transparente. Foi applicado o thermo-cauterio sobre toda a superficie, servindo de agente de diereze para a extracção do fio.

Foi deixado um dreno por prudencia até ao terceiro dia.

No dia immediato, o sexto após a operação, a temperatura remittiu a 38º, mas no seguinte elevou-se de novo a 39º,5.

Ao oitavo dia foi novamente aberto o ventre, de modo a cair sobre a ligadura dos annexos do lado esquerdo. Facilmente se deparou o fio com uma limitada zona de exsudatos e algum liquido turvo. Nova applicação do thermo-cauterio á extracção do fio e drenagem.

A temperatura desceu no dia immediato ao 38º e passados dois dias, a 37º.

Ao nono dia foram tirados os fios da incisão media que cicatrisára por primeira intenção e extrahidos os tubos das incisões lateraes; é certo, porém, que nem um só dia, até aos 15 do mez, a temperatura deixou de attingir a 38º. N'este dia verificou-se um começo de tumefacção da parotida direita, que cresceu rapidamente, com dôres concomitantes, bem como a temperatura. Foi feita uma incisão profunda por cima do bordo anterior do sternocleido-mastoideu, dando-se a saída d'algun pús grumoso.

Decorridos dois dias, nova parotidite esquerda, oedema e incisão que não rendeu pús. Mas a febre remittiu então definitivamente, começando a convalescença franca.

Esta doente ficou sendo um testemunho vivo do grande poder e alcance da cirurgia, quando manejada por mão ousada e prudente. Graças a ella a doente pôde triumphar das successivas complicações sérias, que puzeram a sua vida em grave risco.

A doente teve, ao segundo dia após a operação, uma hemorrhagia uterina que se prolongou por quinze dias mais, cessando, porém, para não mais voltar.

Quando a doente saiu, a 30 d'abril, o myoma estava reduzido de volume d'uma maneira sensivel e muito notavelmente reduzidos, tambem, os inconvenientes relativos á defecação e micção.

Observação II

Myoma intersticial, desenvolvido á custa da face posterior do utero e profundamente encravado na pequena bacia. — Metrorrhagias abundantes. — Compressão do recto e bexiga. — Castração. — Eliminação tardia dos fios de ligadura. — Cicatrisação por primeira intenção. — Atrophia consecutiva do tumor.

Vicencia Rosa, de 38 annos, solteira, creada, filha de paes incognitos e natural de Barcellos, entrou para o Hospital de Santo Antonio do Porto (enfermaria de clinica-medica), no dia 26 de novembro de 1892.

Antecedentes hereditarios. — Em virtude da natureza da sua filiação, não pôde ser colhida a historia pathologica ancestral d'esta doente.

Antecedentes pessoaes e historia da doença. — Pelo que directamente lhe diz respeito, ella não se recorda de ter tido, até aos 18 annos, o mais leve incommodo; a sua compleição vigorosa permittiu-lhe, até essa idade, o cabal desempenho dos encargos inherentes ao seu mister, sem que uma vez só (assim o assegura) se sentisse perturbada na sua saude.

O seu fluxo catamenial estabeleceu-se aos 14 annos, na ausencia completa de perturbações symptomaticas concomitantes, tão frequentes de resto n'este periodo da vida da mulher. Continuou a ser menstruada regularmente, sendo os menstros de mediana abundancia, de cor normal e durando ordinariamente cinco a sete dias.

Em março de 1882 notou a doente que o seu fluxo mensal, posto de duração normal (cinco dias), era d'uma excessiva abundancia; este facto repetiu-se nos mezès immediatos, acarretando-lhe um certo grau de enfraquecimento.

Não sentia a nossa doente dôres por essa occasião, e as suas regras offereciam caracteres normaes, guardando perfeita periodicidade na sua apparição.

No anno seguinte, porém, esta periodicidade desapareceu, para dar lugar a perdas sanguineas quasi intermittas que progressivamente a debilitavam.

Com varias alternativas, assim foi passando até principios do anno de 1886, em que se aggravou o seu estado pela appareição d'um phenomeno que bastante a embaraçou; referimo-nos ás perturbações vesicaes.

Com effeito, a micção começou a ser estorvada, conseguindo urinar só á custa de razoaveis esforços, experimentando no fim a sensação de ter esvasiado incompletamente a sua bexiga.

Esta perturbação, a principio pouco consideravel, augmentou lenta e gradualmente nos annos immediatos, vendo-se a doente por fim na necessidade de recorrer á prática do catheterismo vesical, para dar livre curso á sua urina.

Em 87 identicos phenomenos começaram de manifestar-se do lado do recto, e á semelhança do que dissemos a respeito da micção, as perturbações rectaes aggravaram-se progressivamente, tornando-se a defecação, por fim, extremamente laboriosa; o uso quotidiano de clysteres era o unico meio de dar sahida ás materias fecaes accumuladas.

Notava tambem a doente, por esta occasião, que as pressões exercidas na parede abdominal e nomeadamente na região hypogastrica lhe despertavam dôres, cuja intensidade, de resto pouco consideravel, estava em directa proporcionalidade com o grau d'essas pressões.

Emfim, n'estes ultimos tempos, os seus padecimentos tinham-se aggravado por tal fórma, as perdas sanguineas eram d'uma abundancia tal, que a doente, profundamente anemiada, era obrigada a guardar o leito.

A conselho d'um facultativo que a examinou, e que lhe denunciou a existencia d'um tumor pelvico, resolveu-se a entrar para o hospital.

Estado actual.—A doente occupa o decubito dorsal, podendo indifferentemente tomar qualquer attitude. O

seu aspecto é manifestamente anemico. Queixa-se das perturbações já mencionadas. Osapparelhos respiratorio e circulatorio estão normaes. A inspecção da parede abdominal denuncia-nos a existencia d'uma saliencia na parte media e inferior do ventre, de fôrma irregular e que se estende desde o pubis até tres dedos abaixo do umbigo. As excursões respiratorias, pelos movimentos que imprimem ás paredes abdominaes, tornam mais nítidos os seus irregulares contornos.

Pela apalpação nota-se que o corpo producteur d'esta saliencia é sub-jacente á parede abdominal, sem relação de solidariedade com ella. Este methodo d'exploração indica-nos mais a dureza consideravel que todo este corpo offerece, a pequena irregularidade da sua superficie e a accidentação do seu rebordo peripherico.

Demais, todas as tentativas de movimentação feitas sobre esta massa morbida eram infructiferas.

Não havia o menor signal de fluctuação. O toque vaginal e a hysterosmetria impossiveis, porque a doente era virgem. Porém, o toque rectal forneceu-nos valiosas indicações. Com effeito, o dedo explorador, uma vez transposta a abertura anal, encontrava o calibre do recto diminuido na parte correspondente ao corpo do utero; e isso em virtude d'um corpo de firme consistencia, externo ao tubo intestinal e muito irregular.

Tentativas de mobilisação feitas sobre este corpo ficavam sem effeito.

O toque rectal, combinado com a apalpação hypogastrica, assegurava que utero e tumor formavam uma massa unica.

A mensuração indicou-nos que a neoplasia se elevava dezeseis centimetros acima da arcada publica, que, lateralmente, a distancia que a separa das espinhas iliacas antero-superiores era aproximadamente de 0^m,05 d'um e outro lado.

Operação.—Reconhecida a necessidade d'uma intervenção cirurgica, o Ex.^{mo} Snr. Dr. A. Maia propoz e foi

acceite pela doente que essa operação se realizasse no dia 15 de dezembro.

Preparada a doente de vespera com o uzual purgante e feita a devida toilette antiseptica, deu-se principio á anesthesia por volta das 9 horas da manhã do dia aprazado, finda a qual se começou a operação.

Fez-se uma incisão na linha branca de 0^m,05 apenas de extensão e aberto que foi o peritoneo, penetrou-se na cavidade abdominal, onde se procedeu á pesquisa dos anexos do utero; uma vez encontrados, o que se realizou com extrema rapidez, foram pinçados e ligados com fios de sêda antiseptica, tendo-se feito, como a arte prescreve, uma dupla ligadura de cada lado, apoz o que foram extrahidos ovarios e trompas.

Como na 1.^a observação, tentou-se o fio n.º 4, como porém não resistisse á tracção, houve que recorrer-se ao n.º 5.

Procedeu-se em seguida á terceira parte da operação—toilette e costura da ferida abdominal—o que se realisou nas melhores condições. A operação durou 25 minutos, tendo-se gasto apenas 25 grammas de chloroformio. Verificou-se que a temperatura post-operatoria era de 35º,6 e que o pulso se tinha tornado quasi imperceptivel, batendo 68 pulsações por minuto.

Até ao dia 23 nada ha a mencionar de importante, conservando-se o pulso entre 90 e 110 pulsações e sendo o maximo de temperatura 38º,7 no dia 17. Os curativos foram feitos até ahí com toda a regularidade, apresentando-se a ferida abdominal com o melhor aspecto e sem o minimo signal de suppuração.

No dia 23, porém, ao fazer-se o curativo, observou-se a existencia d'um pequeno foco de suppuração na parte superior da incisão.

Foi estabelecido um dreno por esse motivo, o que não impediu que uma pequena quantidade de pús continuasse a correr nos dias subsequentes.

Por ocasião do curativo feito no dia 9 de Janeiro de 93, tendo o Ex.^{mo} Snr. Dr. A. Maia sondado a ferida, con-

seguiu, depois de varias tentativas, retirar um dos fios da ligadura, cuja existencia na cavidade abdominal constituia a causa directa da suppuração, attentos os cuidados antisepticos empregados.

No dia 16 foi retirado o outro fio, apoz o que a cicatrização se fez rapidamente, tendo desaparecido muito antes o corrimento sanguineo e notando-se então uma manifesta atrophia do tumor, que se elevava agora 0^m,11, apenas, acima da arcada pubica. A defecação era facil bem como a micção.

• A doente saiu no dia.....

*

Continuando a seguir o plano que deixámos traçado, vamos occupar-nos d'outros processos operatorios, actualmente muito preconizados para o tratamento dos myomas uterinos.

Queremos referir-nos á *hysterectomy*, tanto abdominal como vaginal.

A *hysterectomy* abdominal póde ser total ou parcial; a esta ultima dá-se o nome de *hysterectomy* supra-vaginal.

A *hysterectomy* total comprehende dois processos, visto poder praticar-se integralmente pela via abdominal ou por esta combinada com a vaginal.

Todas as vezes que tenhamos de praticar a *hysterectomy* supra-vaginal, devemos attender, segundo *Pozzi*, ao seguinte, devido a *Schroeder*: ou o myoma está fixo no fundo do utero de modo que o corpo e annexos são livres ou invadiu toda a madre. No primeiro caso, quer este auctor que

se deixe uma parte do corpo uterino com os anexos; mas a maior dificuldade no tratamento do pediculo, que é, no caso presente, mais grosso, e, além d'isso, a possibilidade de se deixarem pequenos neoplasmas no restante tecido uterino, são indicações para a prática da *hysterectomy* supravaginal propriamente dita.

Como o seu nome indica, esta operação consiste em extirpar a madre por meio d'uma secção ao nível do collo.

As estatísticas provam-nos que os perigos da hysterectomy augmentam á medida que nos aproximamos da região cervical; o tratamento extra-peritoneal é por vezes impossivel por causa do volume e pouco comprimento do pediculo; logo no principio da operação podemos ficar embaraçados com o enorme volume do tumor e então teremos de o puncionar, quando tenha kistos ou levar a incisão até ao appendice xiphoideu e por ultimo ainda teremos de arcar com a dificuldade de isolar o utero para collocar no seu collo a ligadura metallica ou elastica hemostatica.

Estas razões põem de parte este methodo que, ainda assim, se pôde empregar quando o tumor seja de evolução accentuadamente pelvica ou quando o utero faz parte integrante do neoplasma.

TECHNICA OPERATORIA.—Aberto o abdomen como para as laparotomias, a mão do operador irá reconhecer as relações do utero com os demais or-

gãos contidos na cavidade peritoneal. Identificadas bem essas relações, começa-se por isolar o utero, cortando as suas adherencias e fazendo ligaduras successivas, tendo sempre o maximo cuidado em não interessar a bexiga, como já tem succedido. Trazido o utero para fóra do abdomen, applica-se ao nivel do collo uma ligadura de caoutchouc ou mesmo de metal, cujas extremidades serão fortemente repuxadas por um ajudante, enquanto o operador as aperta com fio de sêda.

Em seguida secciona-se o utero alguns centimetros acima da ligadura; prende-se a superficie de secção com uma pinça *Museux*, regularisa-se e começa-se depois a fechar a ferida.

Desde que se tenham tirado todos os liquidos por meio de esponjas montadas, sutura-se o peritoneo ao pediculo, mas abaixo da ligadura, e continua-se a sutura para a parte superior.

O resto da operação é identico ao que se pratica na laparotomia.

Auvard aconselha que se façam suturas profundas e superficies do pediculo para maior garantia da sua fixidez.

E' escusado fallarmos no rigor que deve presidir á realisação do penso, tanto n'esta como em qualquer outra operação de grande cirurgia; d'isso dependerá em grande parte o bom exito da operação. *Pozzi* diz que a mortalidade é de 25 %.

Varios auctores reputam a hysterectomia abdominal total muito superior á que vimos de des-

crever. Assim *Bardenheuer* diz que, por meio d'ella, se obsta aos accidentes de septicemia devidos ao pediculo que se gangrena na sua totalidade.

Além d'isto, este mesmo tratadista affirma que a existencia do pediculo impede uma drenagem completa, perfeita, que é da maxima utilidade para nos assegurar uma boa asepsia e tambem indicar-nos as hemorragias que por vezes sobrevêm nos casos de tratamento intra-peritoneal do pediculo.

Reverdin prefere tirar o pediculo pela via abdominal a ter de praticar uma nova operação para a sua sahida pela vagina. Este auctor imaginou um mechanismo especial para extirpar o tumor quando elle tem grande peso e apresenta fortes adherencias.

Apezar d'isto, *Auvard* prefere a *hysterectomia* parcial, excepto nos casos em que haja impossibilidade de fazer o pediculo.

Vautrin diz que esta operação, para myomas uterinos, ainda não é sufficientemente garantida pelos dados estatisticos e que não deve ser uma operação d'escolha, mas sim, em alguns casos, de necessidade, como por exemplo, quando o collo está todo tomado pelo neoplasma.

A technica d'esta operação póde dividir-se em dois tempos durante os quaes se pratica a ablação do corpo da madre e em seguida a do collo.

No primeiro tempo seguem-se os mesmos preceitos que expozemos para a *hysterectomia* supra-vaginal.

No segundo *Auvard* quer que se faça o seguinte: um dos ajudantes introduz um corpo estranho, rombo, no fundo do sacco vaginal posterior para, por este meio, facilitar a penetração do bisturi no canal da vagina. Em seguida pratica-se uma serie de suturas com sêda em torno d'aquelle canal, secciona-se o tecido circumvisinho por meio d'uma tesoura e finalmente estabelece-se a drenagem por meio de dois tubos em cruz.

O fazer passar os pontos de sutura pela parte anterior, tem algum perigo porque se corre o risco de ferir a bexiga; é por isso que esta parte da operação requer a maxima prudencia e cautella da parte do operador.

Bardenheuer e *A. Martin* foram os primeiros que tiveram ideia de completar a *hysterectomy* supra-vaginal com a extirpação do pediculo formado pela vagina. Deram a essa operação o nome de *hysterectomy abdomino-vaginal*.

Compreende-se facilmente que n'este processo podem considerar-se dois tempos, como fez *Bouilly*. Durante o primeiro este gynecologista praticou a *hysterectomy supra-vaginal*.

No segundo applicou pinças fortes sobre os ligamentos largos para cortar sobre ellas e destacar assim pela vagina tudo o que resta do tumor e utero.

N'estas manobras o operador segue á risca todos os preceitos que os diversos auctores mandam

seguir, quando tenha de se praticar a hysterectomia vaginal.

A hysterectomia abdominal é uma das operações mais graves da cirurgia.

Claro está que applicamos esta designação sómente aos casos em que se verifica a abertura da cavidade uterina e portanto excluimos, por completo, os casos de myomectomy.



CAPITULO III

TRATAMENTO DO PEDICULO



DESDE o momento em que haja de se praticar a hysterectomia abdominal, surge quasi sempre uma difficuldade que provém do tratamento do pediculo, assumpto este que, modernamente, tem merecido a attenção de gynecologistas, os mais celebres.

Claro está que essa difficuldade desaparecia com a pratica da hysterectomia total; mas, apesar do que em seu abono têm dito *Pean*, *Martin*, etc., esta operação ainda não conseguiu ter geral acceptance.

Abrimos, por isso, n'este nosso trabalho um capitulo especial, em que diremos o que hoje se faz no tratamento do pediculo.

Todos os homens de sciencia dividem este tratamento em: *extra-peritoneal*, *intra-peritoneal* e *mixto*.

O methodo extra-peritoneal é conhecido desde ha muito.

Kimball e *Spencer Wells*, em seguida ás suas hysterectomias, fixavam já o pediculo ao angulo inferior da ferida abdominal e cauterisavam depois com o ferro em brasa. Mas a gloria d'este methodo cabe, com justa razão, a *Pean*, *Koeberlé* e *Hègar* que muito o aperfeiçoou. O processo imaginado por este auctor é o que geralmente se segue, e por isso é tambem a elle que nos referiremos.

Applicada que seja ao pediculo a ligadura provisoria, repuxado este para o exterior por meio de pinças *Museux*, regularisada convenientemente a sua superficie e sobretudo havendo a certeza de que n'essa ligadura não ficaram inclusos outros órgãos (intestinos, bexiga, etc.), começa-se a collocar a ligadura definitiva do modo seguinte: (*Pozzi*): torcem-se as extremidades do laço d'uma ou duas voltas, applica-se uma ligadura de seda grossa e com nó cirurgico o mais proximo que se possa do pediculo, para impedir que aquelle volte ao seu estado primitivo.

Por vezes, é preciso levar a torção muito mais longe e por isso fazer applicação de novos fios de seda.

Pozzi considera vantajoso o methodo de *Hègar* por isolar o pediculo da cavidade abdominal

por meio de suturas do peritoneo, feitas abaixo da ligadura elastica.

Para se praticar esta parte da operação, utilizam-se agulhas curvas, armadas de fios proprios.

Deve haver o maximo cuidado em não incluir na sutura senão a serosa.

Feita a approximação do peritoneo ao pediculo em toda a volta d'este, continua-se a sutura do mesmo em toda a incisão abdominal.

As diversas camadas das paredes do ventre são successivamente suturadas, começando sempre as costuras alguns centimetros acima do pediculo.

A simples prisão do pediculo ao angulo inferior da incisão abdominal não é sufficiente para ahi o sustentar solidamente, como é preciso, e, por esse facto, é conveniente transfixal-o por meio de cavilhas proprias dispostas em X.

O seu emprego, não só impede a fuga do pediculo, como tambem obsta a que a ligadura suba, se escape pela extremidade do mesmo.

O methodo intra-peritoneal foi imaginado com o fim de impedir os accidentes originados por aquelle de que acabamos de fallar.

Primitivamente, levados pelos magnificos resultados colhidos, tratando intra-peritonealmente o pediculo dos kistos ovaricos, os cirurgiões tentaram o mesmo processo para o caso de myomas uterinos. Não encontraram, porém, as vantagens que esperavam.

Houve alguns casos de cura na Inglaterra e na

Allemanha, mas pouca ou nenhuma importancia lhe ligaram.

Alguns auctores, não podendo fixar exteriormente o pediculo, porque era muito curto, atreveram-se a ligar este *in situ*, fazendo sair pela ferida os fios que empregavam, sem se lembrarem de que d'esta pratica poderiam advir hemorrhagias fulminantes, em virtude do relaxamento das ligaduras. Este provinha da necrose do pediculo que em breve começava.

N'este methodo, tão preconisado por *Schroeder* e seus discipulos, praticam-se suturas com seda que, ou são de pontos separados, como fazia em principio aquelle gynecologista, ou são de pontos continuos e com catgut, que teem sobre as primeiras a vantagem de não se exigir uma tracção tão forte para que se dê o affrontamento.

Pozzi opta pelo emprego simultaneo d'alguns pontos com seda para desaparecer o risco que póde provir da reabsorção rapida do catgut, principalmente se da parte dos tecidos saturados ha grande resistencia.

Martin aconselha a drenagem pelo remanescente do canal cervico-uterino; mas *Pozzi* julga isso desnecessario.

A grande maioria dos cirurgiões prefere o methodo extra-peritoneal, apesar das affirmações d'alguns, geralmente de pouca experiencia. Vêem n'elle um methodo optimo para obstar ás hemorrhagias devidas á queda da ligadura, porque o pediculo póde ser vigiado de perto, e além d'isso

com uma antisepsia rigorosa, póde dar-se a sua eliminação por necrose.

Pari e passu, este tratamento tem graves inconvenientes que dependem da suppuração do pediculo, por vezes vulgar, porque o elemento pyogenico ahi é levado pelos agentes exteriores. Ainda censuram este methodo pela lentidão da cura, por dar logar a fistulas abdominaes ou abdomino-vaginaes e ainda porque facilita as eventrações. No methodo intra-peritoneal ha egualmente desvantagens, como são a possibilidade do apparecimento d'uma peritonite septica, devida ao esphacelo do pediculo, e ás hemorragias perigosas, intra-abdominaes, attribuidas á fuga da ligadura.

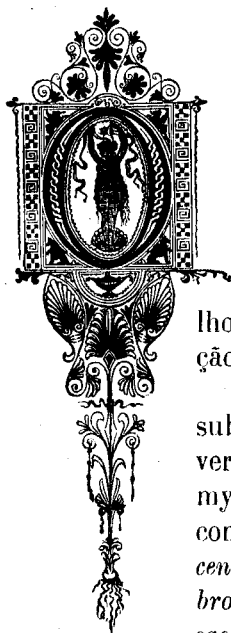
O methodo mixto que deve a sua existencia á difficuldade em que alguns operadores se encontravam para puxar o pediculo, curto, para a incisão abdominal, consiste em deixar aquelle dentro do ventre, preso por fios vedetas que saem para o exterior.

Finalmente diremos que ainda ha quem faça a extirpação pelo ventre, operação que exige uma disseccção minuciosa com a bexiga, uma sutura extensa no pavimento pelvi-peritoneal e uma extensão de hemostase que só homens, como *Martin*, podem executar d'entro d'alguns quartos de hora.



CAPITULO IV

TRATAMENTO MEDICO



tratamento medico dos myomas uterinos é verdadeiramente palliativo; porém, em face dos resultado da experiencia, vê-se claramente que a mulher colhe por vezes melhoras sensiveis da sua applicação.

Teem sido diversissimas as substancias preconizadas pelos diversos auctores no tratamento dos myomas da madre, entre as quaes convem mencionar: *a cravagem do centeio, o arsenico, o phosphoro, o brometo e iodeto de potassio, diversas aguas mineraes, etc.*

Estes medicamentos parece que teem uma accção suggestiva, tal é a influencia que elles exer-

*

cem sobre o estado moral da paciente. *Bugney* cita alguns casos de metrorragias curados por meio do hypnotismo.

A cravagem do ceteio ou antes o seu principio activo, a ergotina, applicada em injeccões hypodermicas, pôde sustar hemorrhagias, devidas á existencia de myomas, porque contribue para a retracção do utero, mas a morosidade em produzir o effeito desejado é tal que chega a fazer desesperar a paciente. *Winckel* diz que foi preciso praticar só n'uma mulher mil e quinhentas injeccões.

Este mesmo auctor opina que a ergotina deve ser applicada com extrema precaução em virtude dos accidentes gravissimos que pôde originar, e a que egualmente se refere *Pozzi*, taes são: caimbras das extremidades, vomitos, febre, dôres intensas, abcessos, intoxicação do organismo, aphasia, etc.

Cada injeccão deverá conter vinte e cinco centigrammas do principio activo (dóse diaria) e praticar-se-hão, em geral, nas nadegas ou sobre o musculo deltoide, observando-se sempre a mais rigorosa antisepsia, tanto da agulha e seringa, como da região escolhida.

A cravagem não tem apenas uma acção hemostatica; algumas observações, ainda que em pequeno numero, provam que ella é capaz de produzir a atrophia do tumor, modificando a sua nutrição. *Schroeder* diz que a cravagem, determinando contracções incessantes, poderia pedicular o

neoplasma a ponto d'elle poder ser repellido para o exterior.

Sendo os myomas uterinos apanagio das idades avançadas, como affirmam, entre outros, *Poulet* e *Bouschet*, em que a mulher já se encontra muito perto da sua menopauza, e sendo certo tambem que esta faz entrar o tumor em uma nova phase regressiva, está justificado d'algum modo o emprego das injeções d'ergotina, como meio d'hemostase, até que chegue a epocha da menopauza.

Th. Landau cita alguns perigos a que a doente está sujeita em seguida ao uso muito prolongado da ergotina, que favorece a degenerescencia cardiaca, por vezes a causa proxima da morte em seguida a uma operação.

Tambem attribue a este medicamento uma acção especial sobre o *systhema nervoso*, produzindo a sclerose nos cordões posteriores da medulla.

Com isto o auctor não repudia integralmente o tratamento dos myomas da madre por meio da cravagem, antes diz que da sua applicação se tem obtido alguns resultados felizes; mas o que pretende frizar bem é que uma operação em casos d'esta ordem offerece tanto menos probabilidades de bom exito quanto mais prolongado tiver sido o emprego anterior da ergotina.

O arsenico, preconizado por *Gueniot*, pelo facto de ser um reconstituente de primeira ordem, fortalece a nutrição geral das doentes, o que é de summa importancia.

E' possivel que este medicamento não tenha uma acção electiva, como se poderia esperar; apesar d'isso, da sua applicação resulta por vezes grande utilidade.

O *phosphoro*, para *Vautrin*, tem a mesma acção que deixamos exposta para o arsenico; porém, outros auctores não concordam com esse modo de vêr, (*Pozzi*, *Auvard*).

O *brometo* e *iodeto de potassio* que, segundo *Simpson*, devem ser applicados em doses fracas e por muito tempo repetidas, teem o grande inconveniente de concorrerem para a fluidificação do sangue, creando assim uma predisposição para as hemorrhagias quando, na grande maioria dos casos, o que convem é sustar as que já existem. Além d'isto, estes medicamentos, no caso presente, podem alterar as funcções digestivas (*Pozzi*).

Relativamente ao tratamento thermal dos myomas, este mesmo auctor affirma ter obtido melhoras consideraveis em todos os casos em que tem recorrido á sua applicação.

As aguas, cujo emprego elle recommenda, são principalmente as chloretydas sodicas, de que em Portugal ha algumas nascentes importantes, como são: *Amieira*, no districto de Coimbra; *Cucos*, no districto de Lisboa, muito ricas em chloreto de sodio; *Freião* (Braga); *Branças* e *Fervença* (Leiria); *Monchique* (Faro) e muitas outras, cuja innumeração seria difficil e talvez impropria d'este logar.

Todas estas teem, como um dos seus elementos principaes na sua composição chimica, o

chloreto de sodio; mas além d'este sal, existem n'ellas muitos outros, taes como: bicarbonatos, sulfatos, brometos, etc.

Ainda hoje não está bem assente a que deva attribuir-se esta acção especial que as aguas mineraes exercem sobre o organismo. Assim, uns querem que ellas actuem em virtude de combinações chimicas diversas, outros que o seu poder curativo seja originado por micro-organismos espeziaes, ali existentes.

Sem nos prendermos com questões de tal ordem, porque isso ultrapassaria, por certo, muito os limites do nosso trabalho, diremos que as aguas a que alludimos, quando applicadas n'um caso de myoma da madre, contribuem poderosamente para levantar as forças da doente, tornando-a assim mais apta para supportar os estragos organicos causados pelo neoplasma.

Um processo de tratamento palliativo dos myomas uterinos consiste tambem no emprego das correntes electricas, segundo os preceitos indicados por *Apostoli* e muitos outros.

Desde 1874, anno em que este meio de tratamento foi ensaiado pela primeira vez na America por *Cutter*, até hoje, grandes discussões se têm travado no campo da medicina.

Primitivamente as correntes empregadas eram fracas, não chegando a produzir a destruição do tecido proprio do tumor; mas *Apostoli* e outros utilizam correntes d'uma enorme intensidade, o que consideram muito vantajoso sobre o processo antigamente seguido.

A technica a seguir encontra-se exposta nos variados livros que se occupam do assumpto, por isso julgamos desnecessario referil-a n'este logar.

Apostoli diz que o seu methodo applicado durante alguns mezes, dá optimos resultados, sobretudo porque faz desaparecer as hemorragias e os phenomenos provenientes da compressão exercida pelo tumor.

Auvard diz que este tratamento se deve repetir duas ou tres vezes cada semana.

No estado actual da sciencia considera-se impossivel o emittir uma opinião certa e mais ou menos segura ácerca d'este tratamento, tal é a diversidade que se observa entre os diversos gynecologistas.

Ha duas correntes perfeitamente heterogenias e que são constituídas, d'um lado, por aquelles que se encontram no campo da cirurgia e por outro lado por os chamados *electricistas* (*Auvard*).

Os primeiros vêem na electricidade um medicamento puramente suggestivo, incapaz de curar por outro meio, ao passo que os outros consideram-n'a como que infalivel.

Pozzi cita a proposito d'isto a opinião de *Thomaz Keith*, que reputa criminoso todo aquelle que praticar uma hysterectomy sem ter primeiro ensaiado o tratamento electrico.

A isto póde francamente chamar-se um verdadeiro fanatismo pela electricidade.

M. Parsous, n'uma communicação que fez á Sociedade d'Obstetrica, na sua secção de 6 de

Janeiro de 1892, mostrou os resultados por elle obtidos com o tratamento electrolytico de quatorze myomas. Conseguiu sempre sustar a hemorrhagia, excepto n'um caso ; os symptomas devidos á compressão melhorados ; porém, apenas pôde notar uma ligeira diminuição do volume do tumor.

E' d'opinião que a este methodo estão reservados de futuro grandes successos, porque pôde impedir o crescimento do neoplasma, as perdas sanguineas e livrar a mulher dos soffrimentos, horriveis por vezes, sem acarreter consigo a esterilidade.

M. Playfair diz que a galvano-punctura submete a paciente a perigos que não são por fórma alguma compensados pelas melhoras que pôde obter. O mesmo pensam *L. Tait*, *Bantock*, *Thornton*, *Martin*.

Reconhece-lhe ainda assim propriedades hemostaticas bem demonstradas e considera o methodo d'*Apostoli* como constituindo um meio therapeutico de grande vantagem em muitos casos, fazendo, porém, notar que se lhe não pôde attribuir uma efficacia completa.

Resumindo mais ou menos o que fica exposto, vê-se que por meio da electricidade apenas se faz desaparecer alguns symptomas originados pelo tumor.

Segundo *Auvard* ella dá algum resultado nos myomas inoperaveis ou quando a paciente não quer sujeitar-se a uma intervenção cirurgica ; constitue a unica tentativa a empregar.

Para terminarmos o que se nos offerece dizer sobre o tratamento medico dos myomas do utero, lembraremos a necessidade imposta ao clinico de aconselhar á doente o repouso horizontal.

Este facto tem grande importancia, porque, tornando mais facil a circulação de retorno, diminue o fluxo sanguineo.

Concluindo: a não ser que se imponha uma intervenção operatoria, a paciente deve ignorar que é portadora de myoma ou myomas. A maior parte das mulheres, com effeito, uma vez entradas no conhecimento d'este facto, vivem sobre a garra d'uma preocupação permanente, d'uma verdadeira obsessão como que supersticiosa, sendo mais infelizes ainda por isto do que pelos soffrimentos reaes emanados do tumor.

Em materia de padecimentos os peiores que padece a pobre humanidade são os imaginarios.

.....

PROPOSIÇÕES

ANATOMIA.—Os endothelios pôdem adquirir os caracteres dos epithelios, ectodermicos e endodermicos, apesar de terem uma outra origem embryologica.

PHYSIOLOGIA.—As glandulas salivares são ao mesmo tempo secretoras e excretoras.

MATERIA MEDICA.—Na administração d'um grande numero de medicamentos, prefiro a via rectal.

ANATOMIA PATHOLOGICA.—Na producção das phlebites, as modificações das paredes vasculares são quasi sempre phenomenos secundarios.

PATHOLOGIA GERAL.—A nutrição está mais ou menos subordinada á acção da luz.

PATHOLOGIA INTERNA.—A polyadenite mais ou menos generalisada é a fórma mais frequente da tuberculose nas creanças.

PATHOLOGIA EXTERNA.—Rejeito as insufflações d'ar na caixa do tympano, quando se tracta d'uma obstrução tubarica com ou sem otite catarrhal.

PARTOS.—As hemorrhagias em casos de placenta previa dependem das contracções uterinas.

OPERAÇÕES.—No tratamento dos panaricios, pratico a incisão profunda logo em principio.

HYGIENE.—Reprovo o trabalho feminino nas fabricas, como sendo prejudicial á propagação e desenvolvimento da especie.

Visto

Moraes Caldas.

IMPRIMA-SE

Dr. Souto,
Director interino.