

1418
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

Apresentada á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

EM 30 DE OUTUBRO DE 1926

PARA SER PUBLICAMENTE DEFENDIDA

POR

Adelaido Ribeiro

Ex-auxiliar voluntario de Clinica Gynecologica

NATURAL DO ESTADO DE SERGIPE

Filho legitimo de Domingos Alves Ribeiro e D. Arabella Cotias de Assumpção Ribeiro

AFIM DE OBTER O GRÁO DE

DOUTOR EM MEDICINA

Dissertação

A' margem da Hysterectomia Vaginal

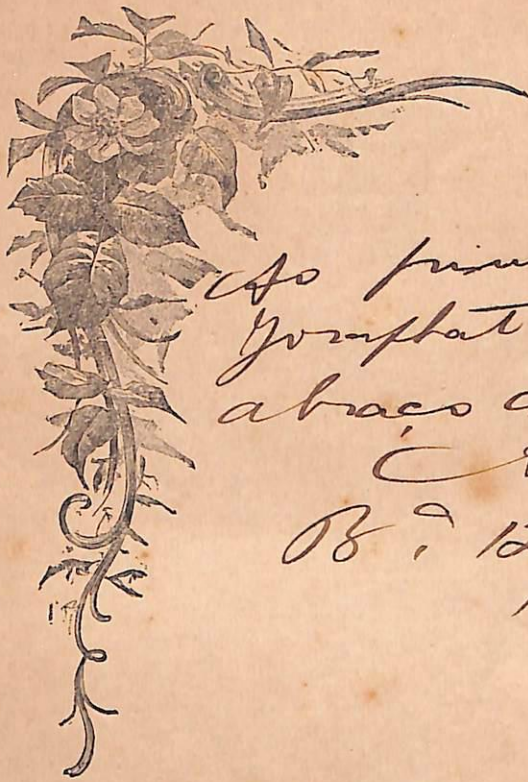
(CADEIRA DE CLINICA GYNECOLOGICA)

— BAHIA —


LIBRO-TYPOGRAPHIA ALMEIDA

15 — Algibeas — 15

1926




28
Ao primo Amigo
Yoniphat com a festa
abaco de
C. A. Reland
B. 12/26.



A saudosa memoria dos meus Irmãos

Archibaldo e Evandro



Aos meus Paes

A vós pertencem os louros da minha victoria; recebei-os pois, de envolto com a certeza de que jamais olvidarei os vossos sabios conselhos, aos quaes devo a formação do meu character.

Aos meus Irmãos

Aos meus Cunhados

Aos meus Sobrinhos

A meu Tio Leonardo Ribeiro

*A meu Primo Dr. Orlando de Ca-
lasans Ribeiro*

À minha reconhecida amizade

Aos Prezados Amigos

*Castidiano Vieira e João Joaquim de
Souza Sobrinho.*

A minha admiração

* * *

*Aos collegas amigos Clemente Gui-
marães, João Guimarães, João Martins do
Rego Filho, Jayme de Argollo Mendes, Sá
Oliveira e Romualdo Costa.*

Um apertado abraço

THESE

Frequentadores que fomos da enfermaria Sta. Martha do Hospital Sta. Izabel nos dois ultimos annos do nosso tirocinio academico, tivemos desejo de escrever these de doutouramento sobre assumpto de gynecologia, desejo que encontrou guarida na pessoa do PROF. ARISTIDES MALTEZ, que nos suggeriu o ponto de hysterectomia vaginal.

Evidentemente tornou-se-nos bastante difficil dissertarmos sobre tal assumpto, porquanto velhissimo como é, muita coisa a seu respeito se ha escripto.

Do que observamos no nosso meio e, do que lemos, uma conclusão ficou bem gravada no nosso espirito: não haver de modo algum, motivo justo para o combate systematico dado por alguns cirurgiões á hysterectomia vaginal.

Pelos quadros existentes no fim deste trabalho, observa-se como é frequente a feitura da hysterectomia vaginal na Bahia com os melhores resultados, pois em 152 operadas, somente 2 obitos foram registrados, sendo um delles occasionado por erysipela.

Sabemos com segurança haver ainda maior numero de operações aqui; mas, pelo facto de não termos conseguido os livros de registo antigos, nos foi impossível encontral-as, motivo que tambem nos impossibilitou de fazer um resumo historico na Bahia, como era nosso desejo.

* * *

Ao Professôr Eminente DR. ARISTIDES MALTEZ deixamos aqui exarados os nossos agradecimentos sinceros pelas constantes provas de consideração que teve para connosco e, as desculpas por não termos correspondido a sua expectativa.

Aos DRS. GALDINO RIBEIRO, ANTONIO MALTEZ e doutourando JOAQUIM MELLO o nosso abraço de reconhecimento.

DISSERTAÇÃO

A' margem da Hystereclomia Vaginal

(CADEIRA DE CLINICA GYNECOLOGICA)



CAPITULO I

HYSTERECTOMIA VAGINAL TECHNICA

Il n'y a pas d'opération gynécologique demandant plus d'expérience personnelle, plus de sens chirurgical, plus de décision, parfois plus de patience. C'est ce qui explique pourquoi elle a toujours eu beaucoup de détracteurs, et l'on conçoit fort bien que ceux qui la possèdent mal aient une tendance toute naturelle à la condamner; c'est cependant une opération que, dans certaines circonstances, rien ne peut remplacer. Ici, plus encore peut-être que pour l'hystérectomie abdominale, il est indispensable d'être bien outillé.

FAURE ET SIREDEV

O campo da hysterectomia vaginal foi vasto, vastissimo, nos tempos de antanho; a principio reservado aos casos de cancer, foi alargando seus limites até quando, quase tudo se procurava resolver, em gynecologia, com a intervenção em apreço. Porém, com o appare-

cimento da hysterectomia abdominal, a via vaginal, para extirpação do utero, cedeu pouco a pouco logar á primeira, sem no entretanto perder o seu valor, pois hoje tem indicações precisas e evidentemente apresenta vantagens não pequenas.

E' bem verdade ser grande o numero de detractores da hysterectomia vaginal, detractores inclementes que não vascillam em affirmar o perigo de sua pratica, allegando ser uma operação cega, devendo-se pol-a á margem do scenario gynecologico. Não comprehendemos como cirurgiões praticam tal injustiça, porquanto, se bem que a vaginal apresente, ás vezes, difficuldades vultosas, não é, de modo algum, uma intervenção cega, salvo quando praticada por cegos.

Doyen que, com as excellencias do seu processo, deu o maior impulso a hysterectomia vaginal, nos diz no bello «Tratado de Therapeutica e Technica Operatoria»: «Ma première statistique intégrale, publiée au Congrès de Gynécologie de 1892, comportait 112 cas, dont

23 hystérectomies pour cancer, avec 2 morts, 28 hystérectomies pour fibromes, avec 1 mort et 61 hystérectomies pour lésions inflammatoires, avec 3 morts, soit en tout 6 insuccés ou 5,3 p. 100». Eis ahi documentação comprovadôra de sua grande valia e nada nos admira a asserção do Mestre, porquanto, atravéz dados historicos, vimos se a ter praticado, ha seculos atraz, sem a menor hemostasia, com successo em alguns casos. Hoje, com a existencia de processos diversos, facilitando, extraordinariamente, a technica, de accordo com as indicações, com conhecimentos precisos de anatomia, e de semiologia gynecologica, que se ha de dizer do valor da vaginal? Pelo menos, com os dados colhidos no nosso meio, podemos affirmar a grande efficiencia dos seus resultados.

O maior motivo condemnatorio de tal processo reside, segundo nos parece, na difficuldade da sua technica, as vezes, quasi inexequivel, requerendo da parte do cirurgião conhecimentos solidos de anatomia e prolongado treino, tornando-se, por isso, e na verdade, uma

intervenção de especialistas. Num esplendido artigo, do «Jornal do Instituto Americano de Homeopathia», lemos: «Before one attempts the vaginal route he should practice awhile on the dead body». Ora, se temos a via alta de pratica muito mais facil, para que procurarmos processos complicados? Pelo simples facto de, em determinados casos, a vaginal apresentar grandes vantagens e se bem que o cirurgião não tenha de modo algum o direito de ser systematico, cabe-lhe no entretanto, nestes casos, a imperiosa obrigação de opinar pelo meio mais seguro, afim de obter allivio aos males dos seus doentes; ao contrario, a cirurgia deixaria de possuir o seu sublime objectivo.

*
* *

TECHNICA. Uma intervenção como a hysterectomia vaginal que, frequentemente, apresenta difficuldades, possui sempre diversos processos que facilitam grandemente o acto operatorio. E' valioso, portanto, o conhecimento dos referidos processos, sendo o prin-

cipal, o mais utilizado, o do immortal Doyen. Passemos a descrever, alem deste, alguns outros, sem, no entretanto, nos determos em detalhes; a nossa preocupação é tão somente estudar estes methodos, superficialmente, fazendo referencias ao valor e opportunidade de cada.

Eis o processo de Doyen: Uma valva é collocada na parede anterior e outra na posterior da vagina; preso o collo por pinças fortes, faz-se a incisão circular da vagina para desincuril-a. Passa-se então a descolar a bexiga á compressa ou á thesoura. O fundo de sacco peritonal anterior póde ser aberto logo, ou no fim da secção anterior do collo. Esse, repuxado para deante, introduz-se na parte posterior uma thesoura afim de abrir-se o fundo de sacco de Douglas e colloca-se, então, uma compressa por esta abertura para evitar-se a sahida de alças intestinaes. Segue-se o tempo que differencia a technica de Doyen das demais: a hemiseção anterior. No meio da parte anterior do collo, entre as duas pinças, incisa-se

com uma thesoura, e apresentando-se os labios da incisão separados, applicam-se novas pinças superiormente e continua-se a hemiseccão; assim, successivamente, faz-se apparecer o fundo do utero, que é revirado. Procede-se o pinçamento dos ligamentos, para dentro ou para fóra dos annexos, segundo se queira conservar ou extirpar os mesmos. As pinças, guiadas pelos dedos, devem ser postas de cima para baixo.

E' incontestavelmente a operação de Doyen a mais praticada e o grande cirurgião a fazia em 4 minutos. No nosso Serviço de Gynecologia, já vimos o Prof. Maltez fazel-a em 5.

Embora não seja o principal requisito do cirurgião — o andar ás pressas — em todo o mundo, onde se pratica a cirurgia, tem-se procurado demorar o menos possivel as intervenções, pelo facto de, nas que requerem muito tempo, a doente ipso facto, se intoxica com mais gravidade, por isso que absorve maior quantidade do veneno anesthesico. Em nosso meio, são seguidas ás pégadas salutarees

dos pontifices da arte de Doyen, pelo titular da Cadeira de Gynecologia, da nossa Faculdade, que brilhantemente chegou a fazer 7 intervenções cirurgicas, sendo 5 laparotomias, 1 amputação de collo, e 1 hysterectomia vaginal completa, em 2 horas e 19 minutos, com optimos resultados. Este "raid" cirurgico, dentre outros levados a termo por SS., merece da nossa parte encomios entusiasticos, pelo que, aqui o registando, louvamos o emerito Prof. por esta contribuição valiosa que tanto enaltece a Cirurgia Bahiana.

O processo de Muller e Quenu differe do de Doyen no que diz respeito a hemiseccão, pois, em vez de ser feita na parede anterior somente, attinge ambas, ficando, por conseguinte, o orgão dividido em duas ametades, uma direita, outra esquerda, que descem, seguindo o eixo natural da bacia.

E' de grande valia esta technica, pois, ás vezes, um utero que, a primeira vista, parece impossivel sahir, pode, graças a hemiseccão total, facilmente descer. Nos casos em que, logõ

apoz a hemiseccção anterior, no processo de Doyen por conseguinte, o utero não passa o limite da vulva, impedindo a pesquisa dos anexos, a simples hemiseccção posterior fará com que cessem todosos impecillios.

Legueu aconselha, para maior facilidade ainda, fazer-se retomar o seu logar uma ametade, afim de que, no lado opposto, se possa trabalhar melhor.

Pean depois de desincerir a vagina, descollava as duas faces do utero e dos ligamentos largos, pinçava a parte livre desses ligamentos para seccional-os. Depois, com uma thesoura recta, dividia o utero em duas partes, uma anterior, outra posterior. Collocadas as pinças na base de cada parte, Pean, inferiormente cortava-as, procedendo dessa forma, successivamente, até a retirada de todo orgão, utilizando-se, por conseguinte, da hemostase preventiva e do «morcellement».

Segond começava como Pean até a retirada do collo, para depois proceder como Doyen, fazendo a hemiseccção anterior e o re-

viramento do utero; se, por acaso, adherencias impediam este reviramento, era praticado o morcellement.

Parece-nos ser o processo de Ségond superior ao de Pean e nos casos de difficil descida do utero por pouca extensão dos ligamentos, o primeiro possui, de facto, grande valia. Ségond affirmava haver no seu processo grande vantagem, em virtude da prévia retirada do collo, evitando lesões dos uretères.

J.—L. Faure creou um processo para casos de immobildade accentuada. Consiste na secção mediana do utero até quando elle não mais se abaixe. Então, uma das ametades é seccionada transversalmente, o que facilita a introducção, de baixo para cima, de uma pinça que prende o ligamento largo, que por sua vez é cortado. Isto feito, o fim da operação é simples.

Além destes e muitos outros processos, existem as incisões que visam alargar o campo, como a de Schuchardt, Cuneo, etc. Quando

tivermos de descrever a technica especial para cancer, trataremos da incisão de Schuchardt.

O conhecimento de todas essas technicas permite ao cirurgião levar a termo, muitas vezes, uma intervenção que, a primeira vista, parece inexequivel.

* * *

Comparando-se as possiveis consequencias post operatorias da hysterectomia vaginal, com as da abdominal, em casos que não haja contra-indicação para a primeira, é dever do cirurgião preferir-a porque, mesmo, afastando o ponto de vista da falta de cicatriz e impossibilidade de eventração, bastaria, o facto da excepcionalidade do shock operatorio, para recommendal-a. O shock, tão frequente nas laparotomizadas, quasi nunca se observa nas operadas por via baixa e é de comprehensão muito simples a existencia disso, pois a menor exposição da cavidade peritonial, cuja impor-

tancia não é preciso encarecer, o menor traumatismo nas visceras abdominaes, nos convencem dessa realidade; este assumpto que é largamente commentado pelos tratadistas, nos faz lembrar a comparação, aliás muitissimo exagerada, de um gynecologista que achava identico o abalo produzido pela hysterectomia vaginal ao da extracção de um dentê.

Digamos algumas palavras sobre meios de hemostasia e difficuldades da hysterectomia vaginal.

Somente valor historico, tem a «forcipressure» de Pean e Ségond, pois alem do perigo imminente da lesão dos uretéres, a hemostasia não se faz com segurança. Ficamos, portanto, em presença de dois methodos: pinças de permanencia e ligaduras. E' verdadeiramente curioso o commentar dos diversos auctores, no particular das preferencias, pois quase todos aconselham o primeiro, procurando mostrar suas grandes vantagens, as quaes confessamos, embora receiosos, não reconhecer. Somente

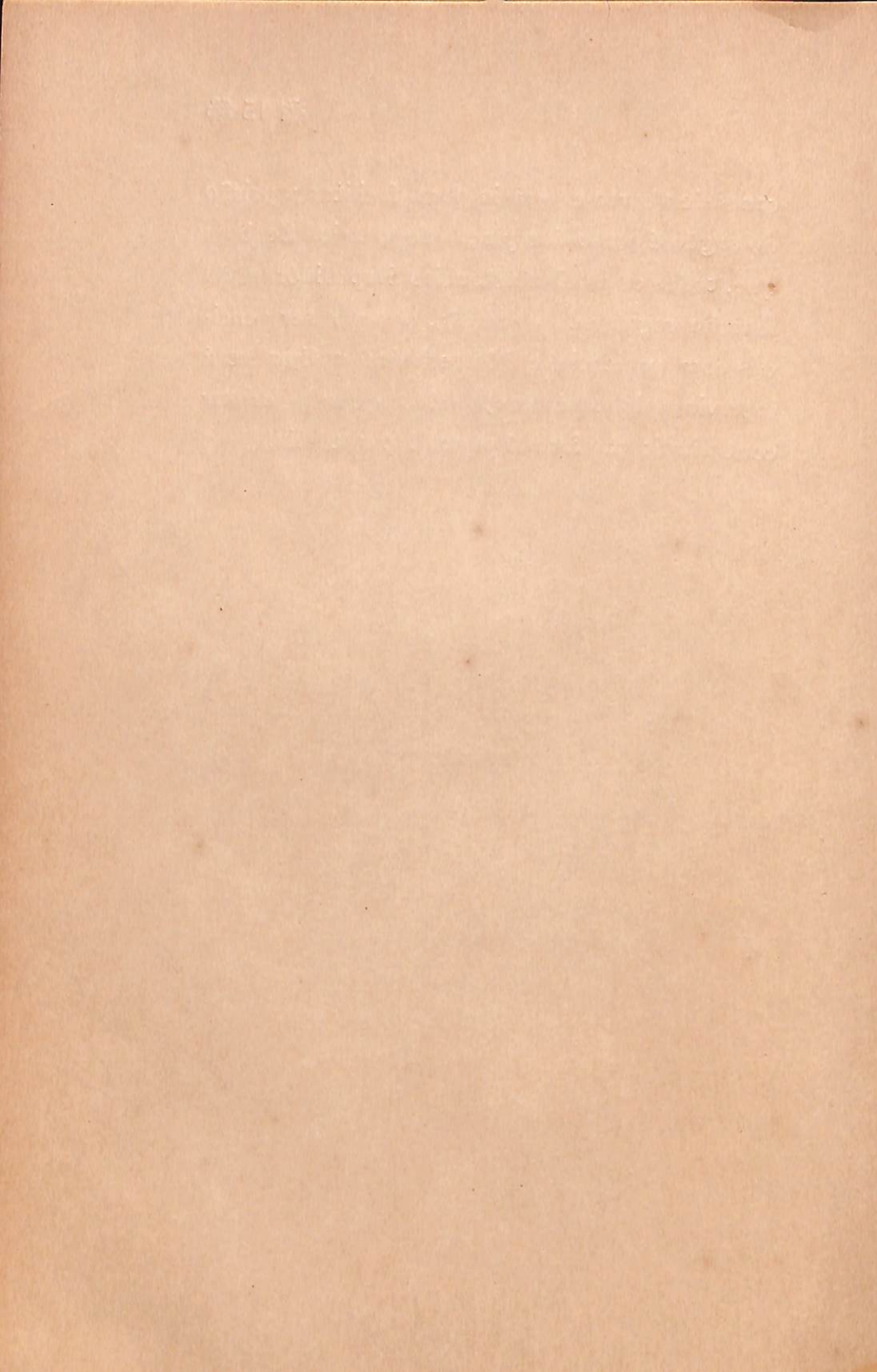
quando se faz mister operar em curto espaço de tempo, achamos justificavel o emprego das pinças de permanencia, pelo facto de nos parecer existir nas ligaduras superioridade notavel; é bem possivel, no entretanto, o motivo dessa nossa maneira de pensar ser occasionado pela circumstancia de jamais termos assistido uma só hysterectomia vaginal, com pinças, nem nunca termos verificado accidentes, nas nossas enfermarias, em doentes operadas. Achamos as pinças de permanencia, além de incommodas, perigosas. Ninguem poderá negar a afflicção, o mal estar de uma doente que após soffrer uma hysterectomia, seja obrigada a trazer, por dias, pinças que naturalmente, impedem o seu repouso. É bem verdade haver, hoje, as pinças ditas de Mayo, menos incommodas, porquanto depois de presos os pediculos, retiram-se os cabos, permanecendo somente a parte compressôra. Tem se verificado, e não é para admirar, a desarticulação de uma das pinças no decorrer dos primeiros dias, como tambem, no momento da retirada das mesmas a hemorragia do pediculo;

aconselham, por isso, alguns auctores, proceder-se esta retirada, lentamente, afim de, nestes casos, prender-se de novo. Isso seria, effectivamente, vantajoso se não occorresse a subida natural e instantanea do pediculo, podendo-se até pegar alças intestinaes como tem acontecido, muitas vezes, o que traz graves consequencias para a operada e serios vexames ao cirurgião, motivo pelo qual esta manobra pouco valor apresenta, salvo quando ha grande extensão dos pediculos. facta raro. As ligaduras que, tornam a intervenção mais demorada e exhaustiva, evitam todos esses inconvenientes, de consequencias, as mais das vezes, desastrosas.

A hysterectomia vaginal, como todos os processos operatorios, apresenta as vezes difficuldades vultosas e não raras surpresas, trazendo resultados funestos quando feita por mãos inexperientes. Occasiões ha que, após iniciada, se é obrigado a recorrer a via alta por absoluta impossibilidade de proseguir e não pensamos como fazem alguns auctores,

ser prova de incompetencia, tomar-se uma resolução de tal ordem, pois a teimosia nunca deve existir no espirito de quem opera. O proprio Doyen que, incontestavelmente graças a sua pratica reiterada, conseguia operar com pericia e presteza notaveis, nos falla de um caso de fibroma, circumdado de adherencias epiploicas taes, que se vio obrigado a recorrer, apoz ter iniciado a hysterectomia vaginal, á via alta. Varias causas podem difficultar a operação: desde a estreiteza da vagina até as fortes adherencias dos annexos, quando se faz mister a retirada dos mesmos. Para a estreiteza vulvar e vaginal, pode-se fazer, previamente, applicação do pessario, desbridamento, ou recorrer-se as incisões especiaes que visam alargar o campo. As lesões inflammatorias peri uterinas tornam, frequentemente, o utero tão fixo que só com o auxilio do "morcellement", poder-se-ha extirpal-o. Finalmente, as difficuldades operatorias attingem o mais alto grao de evidencia, quando ao utero fixo se associa a friabilidade tão verificada nos

casos de aborto e, o meio para facilitar a prisão do órgão é o uso das pinças de ovario. Se bem que, todas essas circumstancias impedidôras da marcha regular da operação, possam ser vencidas com paciencia e bôa technica, melhor será intervir pelo abdomen, salvo quando existir contraindicação formal para a laparotomia.





CAPITULO II

INDICAÇÕES

Prolapso uterino — Os processos cirurgicos para o tratamento do prolapso uterino, ou melhor, prolapso genital conforme judiciosamente denominou Trelat, pelo facto de nunca existir queda isolada do utero, são varios; delles somente nos interessa a hysterectomia vaginal pelo que começemos, de logo, as referencias á mesma.

Foi Chopin que, em 1867, fez a primeira hysterectomia vaginal por prolapso e posteriormente muitas theses foram apresentadas, á Faculdade de Medicina de Paris, estudando o assumpto, tornando-se desde então corrente a sua pratica.

Três factores devem ser considerados para bem se indicar a operação: gráo do prolapso, idade da paciente e estado do utero e annexos.

É no prolapso do terceiro gráo, quando o utero perdeu o «direito de domicilio», que a hysterectomia vaginal encontra a sua maior indicação, e, em verdade, nenhuma outra intervenção nesse caso dá resultado satisfactorio.

A idade da paciente muito valor apresenta no resolver o sacrificio do utero e achamos judiciosa a retirada do mesmo em casos de prolapso antigos, mesmo não do terceiro gráo, em doentes menopausadas; um orgão inutil, predisposto, dadas as suas condições a adquirir males como cancer, não deve ser conservado.

Finalmente a verificação do estado do utero e dos annexos peza grandemente na indicação operatoria; quando ha esclerose accentuada, grandes ulcerações do collo, annexite, mesmo em doentes moças e portadoras de pequenos prolapso, a hysterectomia é justificavel.

A existencia de lesões nos orgãos prolapsados é muito contradicção. Verdade é que

nem sempre estas lesões são ocasionadas pelo prolapso, muitas vezes, são anteriores, aumentando de gravidade após a deslocação dos órgãos. Veit, em 80 operadas encontrou 40 vezes processos inflammatorios nos ovarios e trompas.

Em summa, a não ser nos casos de prolapso do terceiro gráo, onde a hysterectomia encontra plena justificativa, só o exame da doente poderá dictar a maneira de agir, não devendo o operador sujeitar a paciente a intervenções de resultados duvidosos, nem sacrificar o utero systematicamente como soe acontecer muitas vezes.

Não é, no entretanto, a hysterectomia vaginal capaz, por si só, de alliviar uma portadora de prolapso: torna-se mister, de uma maneira absoluta, refazer-se o assoalho pelvico, sem o que a operação será de nenhum resultado e, é de facil comprehensão a necessidade da colpo-perineoplastia. Na pathogenia do prolapso, papel saliente têm as ruturas e a flaccidez do

perineo e mesmo quando não tenham sido a causa do mal, a dystrophia muscular é manifesta devido o pezô que supporta, tornando-se, repetimos, de todo indispensavel a plastia do perineo. E' bem de ver que, apesar destas noções serem commentadas com clareza pelos auctores, cirurgiões descuidados operam sem praticar a colpoperineorrhaphia, donde o insuccesso operatorio e isto muito contribue para o descredito da vaginal, descredito, aliás, somente concebido, por quem não possui conhecimentos precisos de cirurgia gynecologica. Occasiões ha em que a colpoperineoplastia não dá resultados, como frequentemente acontece nos prolapsos senis pela circumstancia do estado do perineo se achar em condicções de não supportar a intervenção, e, nestes casos, deve-se fazer em vez da hysterectomia a operação de Muller ou Le Fort, pois, praticar hysterectomia sem intervir no perineo, é nada fazer.

A hysterectomia vaginal nos casos de prolapso é de technica relativamente facil, nenhum perigo e alem disto, com a necessidade de

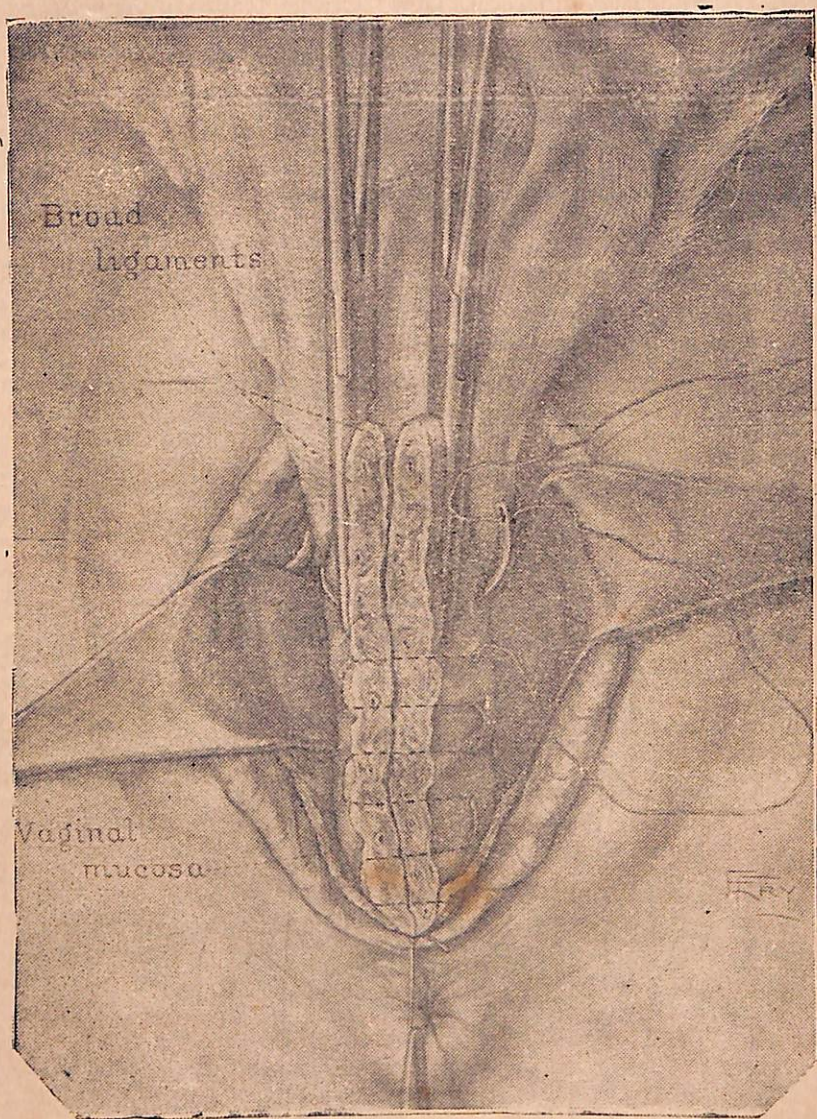
agir no perineo, o cirurgião trabalha n'um só campo, donde a sua superioridade a hysterectomia abdominal.

A hysterectomia vaginal por prolapso possui grande numero de processos, sendo o melhor e mais conhecido, o de Mayo, por isso que é o mais empregado, inclusive na Clinica Gynecologica da nossa Faculdade, pelo Prof. Maltez, desde o apparecimento da descripção da technica, pelo proprio Mayo na «Surgery, Gynecology and Obstetrics».

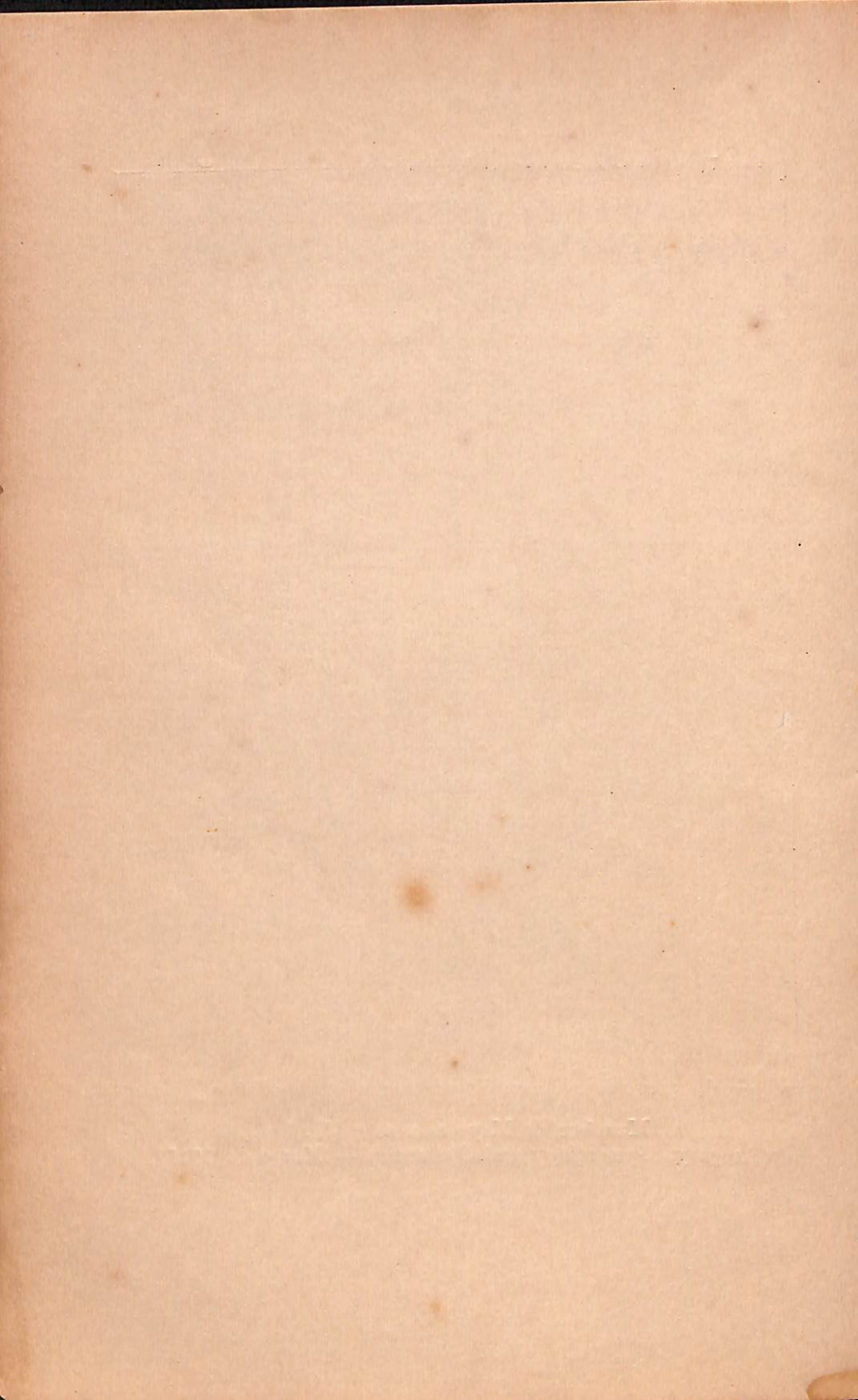
São estas as palavras de Mayo a respeito de sua operação: «The cervix is grasped with two pairs of volsellum forceps and drawn well out of the vagina. A pear-shaped incision is now made with its apex one and one-half inches below the external urinary meatus. It passes down each side of the cystocele and around the cervix. The sides of the incision are grasped and the vaginal wall readily separated from the bladder by blunt gauze dissection. The apex of the vaginal flap attached to the anterior lip of the cervix is turned down and the bladder rapidly separated

by gauze dissection from the front of the uterus. As soon as the peritoneal fold is reached it is incised and divided laterally. The blunt gauze dissection now separates the posterior vaginal wall from the uterus at the side and on to the broad ligaments. The sharp fork retractors are now used to draw the fundus of the uterus out of the incision as in an ordinary hysterectomy and the cervix is restored within the vagina. The broad ligaments are fully spread out on each side. Unless the ovaries are diseased they are not removed. A heavy hysterectomy forceps with long blades now grasps each broad ligament. The uterus is divided a half-inch from the forceps and two more pairs are applied, one on each side, with their tips catching the cul-de-sac behind the cervix. The uterus is then cut entirely away. When the tissues are not sufficiently relaxed for easy approximation, a little of the lateral wall of uterine tissue may be left attached to the broad ligament.

If there is any tendency of the sigmoid or omentum to prolapse, it is held back by a long



Manobra de Mayo com os pediculos
(Surgery, Gynecology and Obstetrics — Março de 1915),



pad of gauze inserted into the peritoneal opening. The pairs of forceps, two on each side, are now approximated laterally and a running mattress suture of chromic catgut is applied which passes back and forth behind the forceps completely through both ligaments at such a distance as to tighten the broad ligaments. An approximation of from one to one and one-half inches of these ligaments is secured. The method of suture is applied so as to interlock and prevent the inward slipping of any vessels. When the suturing reaches the round ligament, it is caught into the angle of dissection where the bladder has been separated from the anterior vaginal wall. This suturing extends backward on each side from this point catching into the broad ligaments and then on each side into the angle of the depth of the dissection, thus compelling the bladder to rest on the broad ligaments. The loose ends of the exposed broad ligament are now approximated by a running buttonhole stitch extending back to the perineal position and the sides of the vaginal mucosal

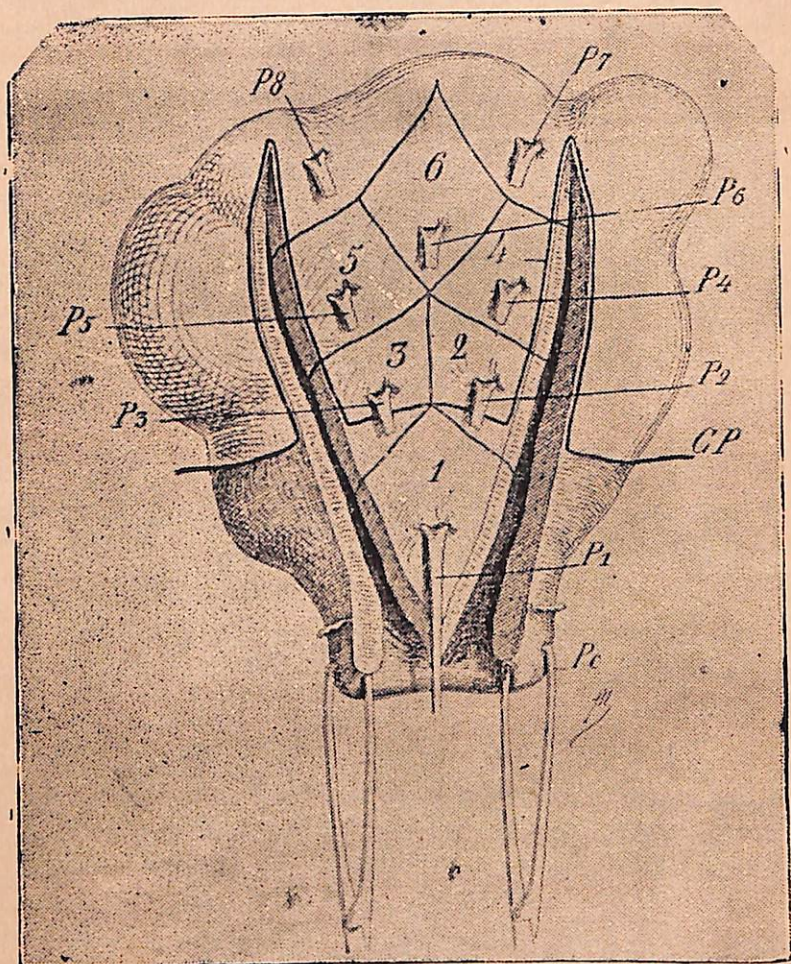
flaps, and closed by a running catgut suture in a sub-mucous manner. No sutures are exposed». (1)

Esse processo é vantajoso, porquanto os pediculos se tornam verdadeiro colchão que sustenta a bexiga e a vagina.

Existem numerosas modificações no tempo concernente a maneira de proceder com os pediculos. Dentre ellas conhecemos a do Prof. Maltez que consiste na ligadura de cada, separadamente e depois, na junção dos mesmos, fazendo passar o fio de um para o outro, diversas vezes, até tornal-os solidamente unidos. Parece-nos offerecer esta modificação maior segurança na hemostasia e ligadura em massa, que na de Mayo.

Fibroma uterino. — Foi correntemente seguido, em gynecologia, o seguinte conselho de Pean: «Toute tumeur fibreuse ne dépassant pas le niveau de l'ombilic doit être, sauf exception, enlevée par la voie vaginale». As indi-

(1) Surgery, Gynecology and Obstetrics — Março de 1915.



“Morcellement”

(Traité de Therapeutique et Technique Operatoire — Doyen)

cações da hysterectomia vaginal por fibroma teem, no entretanto, mudado de feição nestes ultimos annos, havendo mesmo, hoje, grande restricção na sua pratica. Muitos cirurgiões a condemnam por ser radical e de technica exhaustiva e perigosa.

Pean, E. Rose e muitos outros, acham de um modo geral que todo tratamento cirurgico para os fibromas uterinos, deve consistir na hysterectomia e procuram mostrar ser caso excepcional a não recidiva apoz a myomectomia. Filiamo-nos aos que assim pensam e não julgamos razoavel o criterio que leva alguns cirurgiões a preferir sempre a laparotomia por offerecer maiores possibilidades a um exame detido que, tão somente, justifique a myomectomia; reconhecer e extirpar nucleos de um utero fibromatoso é difficil e, as mais das vezes, impossivel.

Nem sempre a hysterectomia vaginal por fibroma é exhaustiva e perigosa.

De um modo geral, é indicada quando o tumor não possui fortes adherencias e não

passa do tamanho da cabeça de um feto e, em verdade, a intervenção nada differe dos processos classicos, sendo, por conseguinte, de realização facil. Porem, quando o tumor é volumoso, maior que a cabeça de um feto, só o «morcellement» é capaz de levar a termo a operação e casos ha em que este processo é exhaustivo e perigoso, porquanto qualquer descuido póde fazer o cirurgião lesar órgãos vizinhos. Entretanto, deve ser bem conhecido pois realiza grandes serviços em gynecologia, sendo, inegavelmente, o que mais concorre para indicação do «morcellement», a pericia, paciencia e resistencia de quem opera. Nas doentes esgotadas por hemorragias frequentes, nas obesas, nas que teem o seu fibroma á luz da vagina, ainda que necessario se torne o «morcellement», a hysterectomia vaginal é indicada e o mesmo acontece com as portadoras de fibromas esphacelados e infectados, porquanto a retirada destes fibromas por via alta, póde facilmente infectar o peritonio.

Para boa pratica do «morcellement», jamais se deverá perder o contacto do utero e afastar

da linha mediana, afim de evitar lesões de órgãos visinhos.

PROCESSO DE PEAN — Preso o collo pelas commissuras do seu orificio, por pinças resistentes, incisa-se circularmente a mucosa vaginal e passa-se então a libertal-o ou dissecando, a bisturi ou thesoura ou fazendo pressão com uma compressa, nos lados até a base dos ligamentos largos, anterior e posteriormente até os fundo de saccos, os quaes, devem logo ser abertos. Uma pinça de cada lado, é collocada ao nível da base dos ligamentos largos afim de prender as uterinas e abaixa-se o collo o mais possivel para incisal-o lateralmente, dividindo-o em duas ametades uma anterior, outra posterior. Essas ametades, seguras por pinças fortes, soffrem de logo a ressecção, aos poucos, devendo-se ter o cuidado de nunca cortar sem estar collocada superiormente uma pinça. Procede-se, continuamente, desta forma, até que se possa exteriorisar o fundo do utero e se fazer o movimento de bascula. Isto conseguido, collocam-se de cima para baixo as pinças nos

pediculos, e corta-se para dentro d'aquellas, libertando por conseguinte o utero. Ahi termina a operação por pinças.

Processo de Doyen. 1.º Tempo—Presas as commissurias do orificio do collo, como no processo precedente, descola-se a bexiga e abre-se o fundo de sacco de Douglas.

2.º Tempo —Protegida a bexiga por uma valva, pratica-se na parede anterior do collo uma incisão em forma de V, aberto para o fundo do utero, conforme a figura ao lado. Exteriorizado o pólo inferior do fibroma, perfura-se em uma ou muitas direcções divergentes por meio dos tubos cortantes de Doyen ou com o longo bisturi curvo, sendo que, logo após a perfuração, procura-se extrahir as partes destacadas do tumor.

3.º Tempo —Prolonga-se o mais possivel ao nivel do corpo uterino o V e procura-se prender fortemente com pinça o labio anterior do orificio do centro do fibroma; applicando-se um afastador entre o fibroma e a parede uterina, pratica-se um novo V na face anterior do

tumor. Desta forma, vão sendo extrahidas diversas porções com thesouras e pinças de Museux até que o tumor possa revirar para deante. Graças a diminuição do volume da face anterior do fibroma, o V da parede uterina deixa-se abaixar até a vulva e então prolongam-se ainda mais os seus ramos e abre-se o fundo de sacco peritoneal anterior. O pólo inferior do tumor é fortemente preso por pinça ou sacca tumor e, com tracções fortes, procura-se destacal-o da sua loja. Isto feito, nada mais resta que extirpar o utero, o que se consegue, com relativa facilidade, por se achar livre do seu conteúdo.

Cancer do collo.—Longe de considerarmos excepcional a cura do cancer uterino, como faziam Pozzi e Lawson-Tait, estamos, na verdade, muito distantes de uma situação lisongeira. A cirurgia do cancer se bem que, tenha avançado extraordinariamente nestes ultimos annos, ao ponto de, com a extirpação meticolosa dos ganglios pretender exterminar o mal, deixa, no entretanto, muito a desejar no que diz respeito á cura, dependendo esta da

maior ou menor propagação. Seria o idéal em gynecologia, a possibilidade do diagnostico precoce do cancer, o que muito melhoraria as estatísticas conhecidas. Este diagnostico precoce é bem difficil de ser feito, não só pelo facto das perturbações se apresentarem em periodo adelantado, o que ratarda a visita da doente ao consultorio medico, como tambem, mesmo no inicio, a caracterisação das lesões é difficil.

O verdadeiro tratamento do cancer do collo é a hysterectomia, abdominal ou vaginal, possuindo cada a sua indicação.

A hysterectomia vaginal só deve ser praticada quando o mal se acha limitado ao utero, sem ter expandido os seus tentaculos para dependencias outras da cavidade pelvica e, o reconhecimento da extensibilidade das lesões nos é dado pelo toque, e principalmente, pela verificação da mobilidade do utero, o que constitue um elemento poderoso para o diagnostico.

A mobilidade uterina é relativamente facil de pesquisar, mesmo no inicio do mal, pelo toque combinado ou procurando-se por meio de uma pinça preza ao collo exercer tracções.

Nos casos de immobillidade absoluta, em que o utero parece transformado n'um bloco encravado em gêsso, ou mesmo quando os movimentos são sensivelmente diminuidos, a hysterectomia vaginal deve ser rejeitada, apresentando-se a via alta com superioridade notavel.

Existe vantagens na pratica da hysterectomia vaginal por cancer, quando ella é indicada, sendo a mais saliente, o menor perigo de infecção, que nas laparotomias é frequente, tornando-se como faz sentir Veit, a mais commum causa mortis da operação de cancer, a infecção peritoneal.

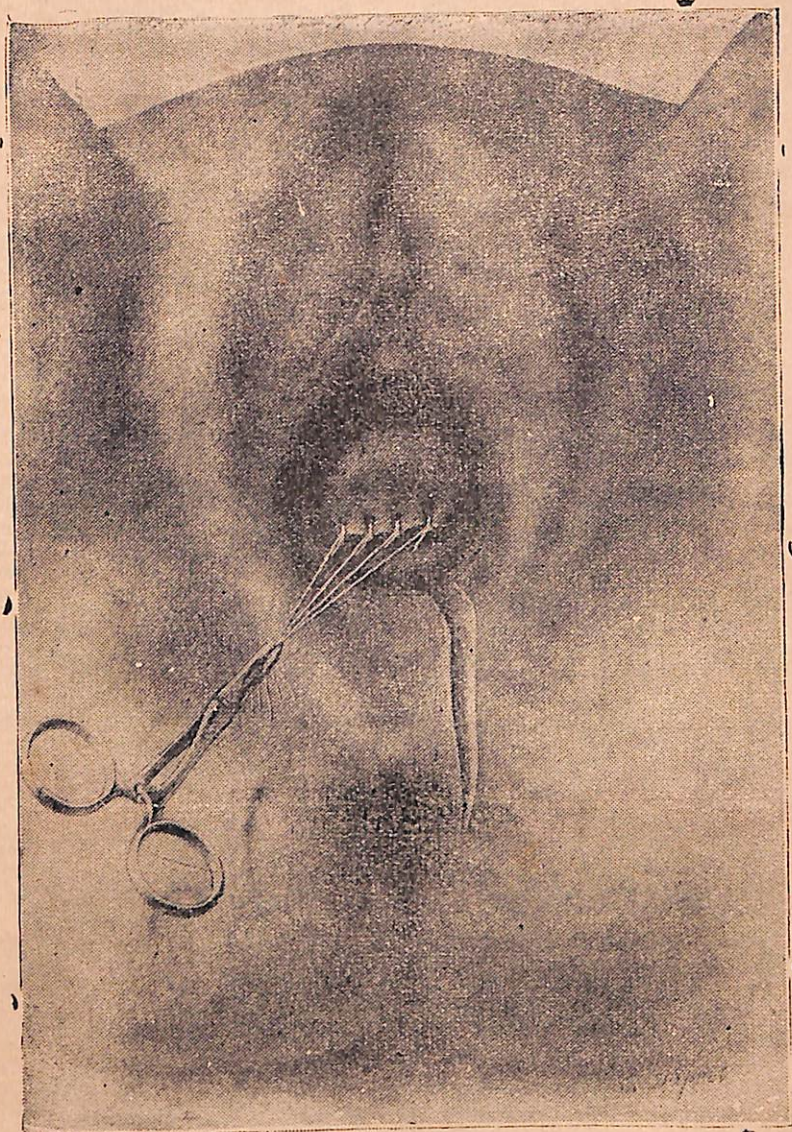
A vaginal quando indicada é relativamente benigna, motivo de se dever preferil-a para doentes esgotadas, fracas e, nestes casos, os resultados immediatos são assombrosos.

Olshausen em 100 operadas, perdeu uma só doente e Accioni, em outras 100, não perdeu nenhuma. Verdade é que, não se pode avaliar as vantagens de um methodo

operatorio pelos resultados immediatos e sim pelos tardios, mas, nos estamos referindo, tão somente, aos casos de mobilidade do utero, onde ha indicação para a vaginal.

O que mais leva alguns cirurgiões a desprezarem e condemnarem a retirada do utero canceroso pela vagina, é a estreiteza do campo, que não permite a resecção bem feita das partes affectadas. Se bem que, a operação em apreço só deve ser feita quando o cancer estiver limitado ao utero, nem sempre o diagnostico é preciso e, as mais das vezes, ha invasão do tecido peri-uterino e, então, a hysterectomia vaginal offerece, de facto, um campo estreito. Incisões ha, no entretanto, que visando alargar o campo, facilitam, extraordinariamente, o acto operatorio. A incisão de Schuchardt, uma dellas, é commummente empregada pelo Prof. Maltez, não só para casos de cancer, mas todas as vezes que a estreiteza vaginal é accentuada.

Schuchardt e Schauta possuem um processo de hysterectomia vaginal, que nos sentimos bem em descrever, embora summariamente,



A incisão de Schuchardt depois do fechamento do collo.
(Faure et Siredey).

1.º Tempo — Após a cauterisação ou “couretage” e desinfecção da vagina, incisa-se a mesma um pouco abaixo do neoplasma e dissecam-se circularmente um retalho de 5 centímetros mais ou menos e, fechando-se com este retalho o collo para diminuir as possibilidades de contaminação, facilita-se também a pegada do utero, no que ha vantagem, desde quando a friabilidade dos tecidos doentes é manifesta.

2.º Tempo — Desbrida-se a vulva e o perineo, a esquerda e, incisa-se a vagina, incisão que se dirige obliquamente para a fossa ischio-rectal. Nos casos difficeis, é justificavel o mesmo proceder do lado opposto (processo de Staude de Hamburgo).

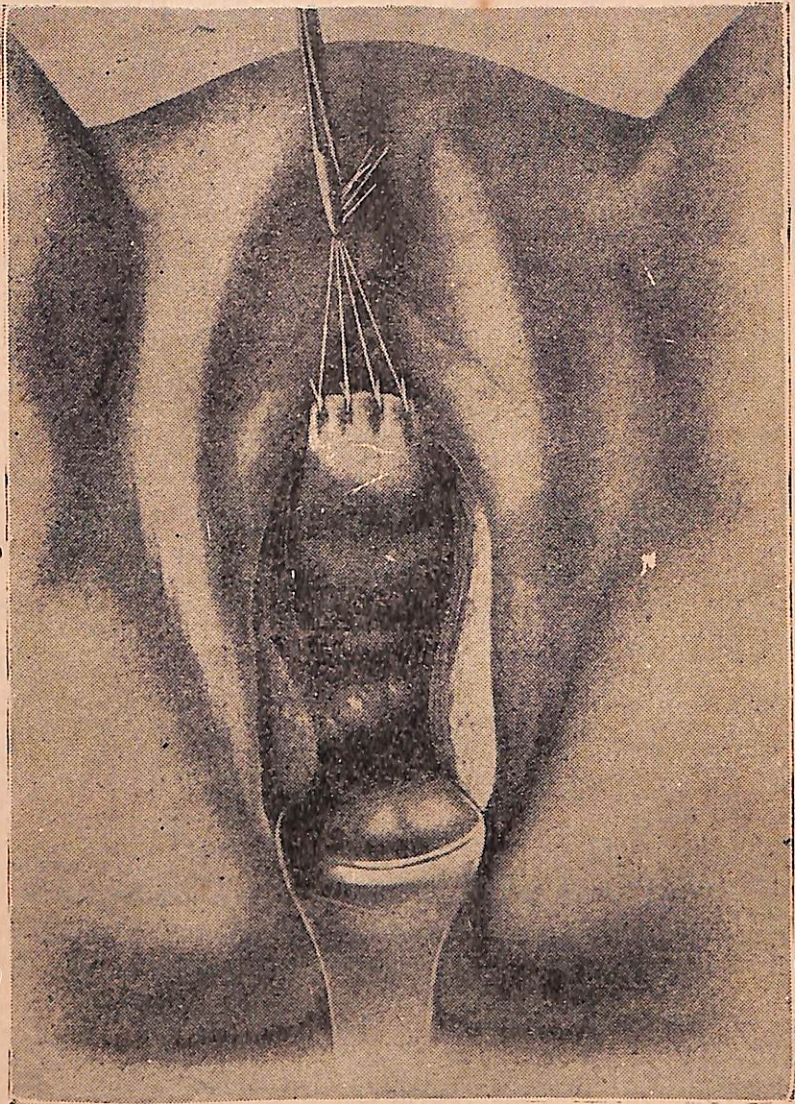
3.º Tempo — Pratica-se o descollamento da bexiga como na colporrhaphia anterior, emquanto que os ureteres, caracterisados pela cor avermelhada, encontrados nos angulos lateraes da bexiga, são recalcados para cima. Esta facilidade porem, só é observada nos casos simples. Quando o neoplasma se distende, o isolamento da bexiga e dos ureteres é penoso.

Preferível será ressecar-se pequenas porções da bexiga, se houver friabilidade e infiltração adelantadas, capazes de, posteriormente, produzir rupturas.

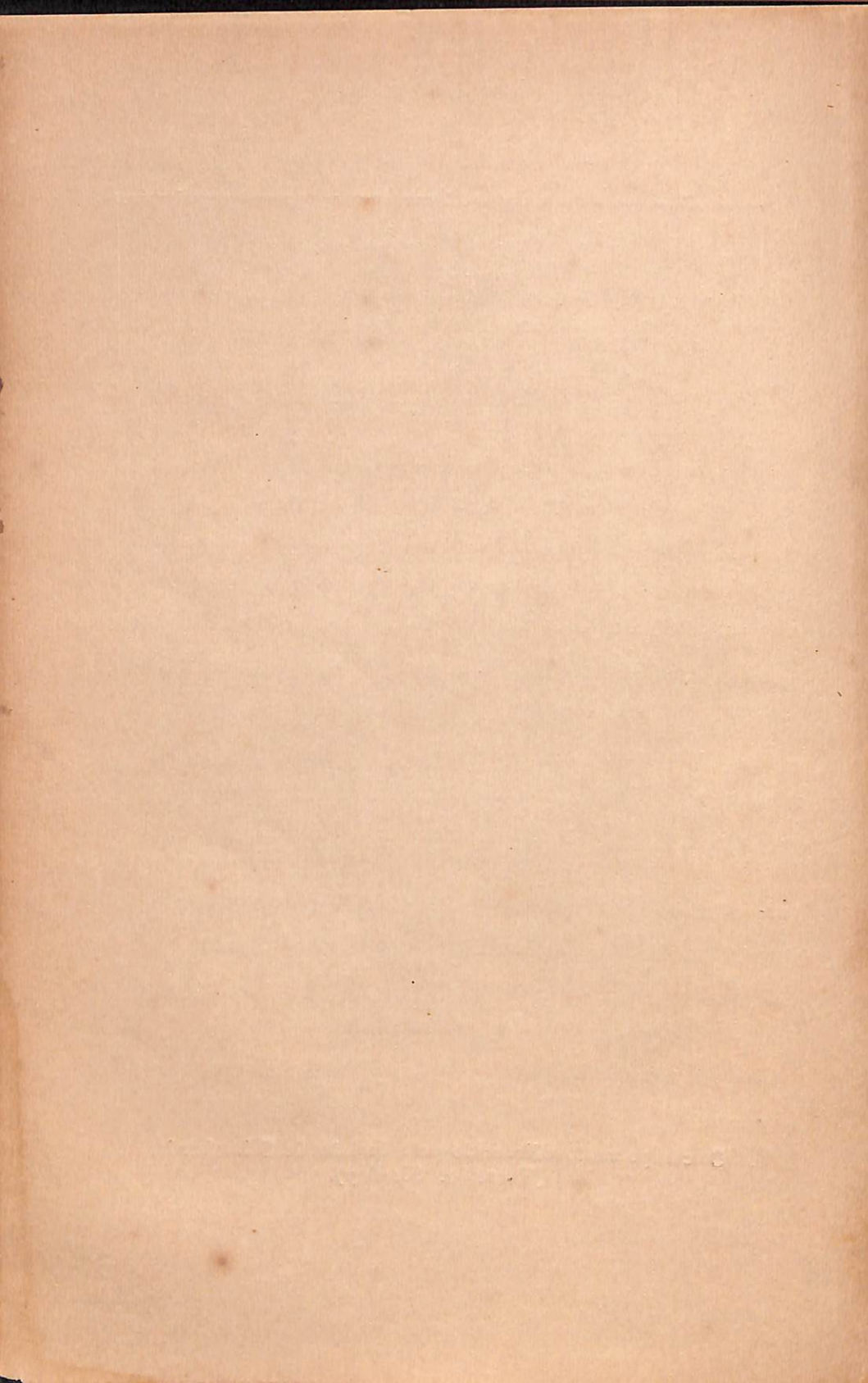
Mock e Doré, na "Gynecologie et Obstetrique", insistem no valor da introdução de sondas nos ureteres, que se transformam em conductos rigidos, para bem se praticar o isolamento dos mesmos.

4.º Tempo — Liberta-se a parede posterior e bordos lateraes da vagina, onde veem ter vasos importantes, os quaes devem ser ligados e, então, é de relativa facilidade a extirpação do parametrio doente, desde quando elle se torna bem visivel.

5.º Tempo — Os fundos de sacco peritoneaes devem ser abertos á thesoura e, bascula-se o fundo do utero para deante. Nada mais resta que se praticar a hemostasia, por pinças ou ligaduras e corta-se os pediculos para fora dos annexos, que são retirados em bloco, com vagina e utero. Fechado



O campo vasto oferecido pela incisão de Schuchardt.
(Faure et Siredey).



o peritoneo, reconstitue-se convenientemente a vulva e o perineo.

A hysterectomia vaginal feita desta forma, é uma operação clara, que permite a extirpação da zona doente ou suspeita, constituída pelo parametrio uterino.

Suppuração pelvica. A hysterectomia deve ser praticada nos casos de suppuração pelvica quando, após o tratamento medico e a colpoto-mia, a infecção progride ou quando, desde o inicio, o utero se acha compromettido. É á vaginal que se deve recorrer em taes casos, não só pela maior tolerancia da parte das doentes como tambem pela drenagem franca, natural, que ella offerece.

Hysterectomisar-se, por via alta, uma doente que tem a sua cavidade pelvica cheia de puz, é expol-a a grande perigo de infecção peritoneal. Entretanto, casos ha em que adherencias fortes impossibilitam a feitura da vaginal, e, então, achamos que deveria ser sempre seguido o conselho de notavel gynecologista que manda abrir o fundo de sacco anterior, desbridar as

adherencias, drenar, para depois recorrer-se á hysterectomia abdominal.

De referencia á technica, não differe dos processos classicos descriptos no nosso primeiro capitulo.

Infecção puerperal. É questão debatida a das indicações da hysterectomia nos casos de infecção puerperal.

Desde 1866, quando Schulze teve a idéa de fazel-a, até hoje, se discute o assumpto e a não ser, como muito bem diz Cotte, em doentes que possuem lesões que justificam a hysterectomia, as opiniões são controversas,

Não nos parece de modo algum justificavel a retirada do utero nos casos em que a infecção se acha em inicio, pois com simples drenagem, addicionada a meios outros, medicos, obtem-se resultados satisfactorios. Porem, se os sypmtomas alarmantes apparecem, a temperatura se mantem elevada, parecendo, portanto, evoluir o mal, a hysterectomia poderá perfeitamente curar, e esta é a opinião de muitos auctores, inclusive a de J.—L. Faure. Este, em 5 de

Setembro de 1920, communicou á Sociedade de Medicina de Paris, a cura de uma victima de infecção puerperal, que soffreu a hysterectomia vaginal, depois de haver falhado o tratamento medico. Esta communicação suscitou discussões, sendo que M. Brindeau fez uma distincção, sob o ponto de vista therapeutico, entre infecção puerperal "post partum" e "post abortum", achando n'esta ultima maior indicação para a hysterectomia.

Finalmente, nos casos graves, em que a septicemia se evidencia, talvez não tenha valor a retirada do utero, porquanto não mais se trata de uma infecção local e sim generalisada, desde quando as toxinas agem espalhadas na corrente circulatoria. No entretanto, cirurgiões como J. L. Faure, Cadenat, Donay, Potvin, Cotte etc., hysterectomisam mesmo nestas circumstancias, allegando que o utero representa uma fonte onde são elaboradas as toxinas. Neste caso, este proceder será tanto mais valioso, quanto a acção do cirurgião se fizer mais cedo, no inicio da septicemia por conseguinte.

De referencia a escolha do caminho a seguir desde quando se acha resolvida a retirada do utero, achamos na vaginal vantagens grandes. Na hysterectomia abdominal, a doente está mais exposta a infecção peritoneal; a drenagem não se faz tão bem e além disto o prognostico torna-se mais sombrio porque laparotomia, em doente febril, que tem o coefferente de defeza organica muito diminuido, constitue verdadeiro perigo. Somente, quando houver collo esphacelado que impede a prisão do utero, symptomas de thrombophlebite que alem da hysterectomia deve-se fazer as ligaduras das veias peri-uterinas, quando houver ainda peritonite da grande cavidade abdominal, é que se poderá opinar pela via alta.

A technica operatoria é a mesma dos processos classicos, devendo-se lançar mão das pinças de ovario, para a prisão do collo, devido sua grande friabilidade. Outrosim, será sempre preferivel intervir-se sem abrir o utero, evitando-se, até certo ponto, a infecção.

Annexite. Pean, antigamente, tratava suas doentes de annexite, extirpando o utero, tão somente.

Parecia ao notavel cirurgião, principalmente nos casos de annexite suppurada que, sem o utero, o puz das Bolsas drenava, o que depois occasionaria a cura. Não é assim que pensam e procedem, hoje, os cirurgiões; todos estão accordes na retirada dos annexos com o utero. Tambem, quando são bilateraes as lesões, a extirpação dos annexos sem o utero, está sendo esquecida, porquanto, este ultimo alem de quase sempre apresentar modificações pathologicas, torna-se, de facto, inutil e capaz de adquirir molestias que, de fucturo, indiquem nova intervenção.

Teve a hysterectomia vaginal a primazia por muitos annos, nos casos de annexite; porem, hoje, a abdominal possui maior terreno. Entretanto, não se tornou a primeira de modo algum esquecida; tem suas indicações e até mesmo deve ser preferida sempre que não haja adherencias fortes. Nas inflammções agudas,

virulentas, em que existem multiplas bolsas de puz, é incontestavelmente vantajosa, pelos mesmos motivos já mencionados na parte concernente a suppurações pelvicas. Na verdade, vezes ha que as adherencias constituem verdadeira barreira ao andamento do acto operatorio, não devendo isto motivar o abandono de uma operação tão util, tão valiosa.

O unico tempo especial da hysterectomia vaginal, por annexite, é o da ablação dos annexos, que devem ser procurados na face posterior dos ligamentos largos.



CAPITULO III



COMPLICAÇÕES

Lembramos-nos que o Prof. Maltez n'uma das suas eruditas aulas, tratando destas complicações, disse-nos serem produzidas por inexperiencia do operador, por falta de technica e por difficuldade operatoria.

Quando a vaginal é executada por principiante, que confiado na leitura, age afoitamente sem o tirocinio necessario, as surpresas podem apparecer, impedindo muitas vezes o proseguimento do acto operatorio.

A falta de technica que consiste na má realisação das manobras operatorias, na má

escolha de material cirurgico, poderá levar o cirurgião a serios embaraços e acarretar á doente, a morte.

As difficuldades operatorias, emfim, poderão levar mesmo cirurgiões adestrados a praticarem lesões graves. Em circumstancias taes, nada deprecia o valor do operador, se elle conhece logo e remedia o mal com toda opportunidade.

♥ *Hemorragia:* Das complicações, a mais encontradiça é a hemorragia.

No decurso da operação, quasi sempre as hemorragias podem ser evitadas por cuidados que dependem de bôa applicação das pinças, escolha das mesmas, sendo as preferidas as de Hartmann; outrosim, jamais se deverá seccionar um pediculo sem a prévia hemostasia e a verificação da bôa pegada do instrumento.

A causa mais frequente da hemorragia immediata é a desarticulação das pinças ou a fuga das ligaduras, como tambem na retirada d'aquellas o pediculo pode sangrar.

A conducta a seguir-se em qualquer caso de hemorragia secundaria, apoz a hysterectomia vaginal, é o transporte immediato da doente para a meza de operações, procurando-se com o afastamento das paredes vaginaes, por valvas, a fonte do sangue. Se por accaso este ponto se apresenta, nada mais resta que ligal-o. No entretanto, jamais se deverá agir as cégas, pois com a precipitação, em taes circumstancias, poder-se-ha praticar verdadeiros desastres. Quando nada se consegue pela vagina, recorre-se á laparotomia e, então, com a inspecção clara, é remediado o mal.

Lesões da bexiga. Depois das hemorragias é a complicação mais commun, principalmente nos casos de cancer. É, quasi sempre, occasionada por manobras intempestivas e defeituosas.

É sempre aconselhavel, introduzir-se uma sonda na bexiga antes de operar, afim de verificar-se a sua extensão, o que evita lesões no momento da incisão vaginal. Tambem, no descollamento é de importancia agir-se sempre de encontro a parede uterina.

A ruptura vesical se revela pelo escoamento da urina e immediatamente deve ser feita a sutura, sem o que advirá uma fistula vesico-vaginal de cura tão difficil, ou ainda, o escoamento se dará para a cavidade peritoneal, causando as mais das vezes, infecção.

Lesões dos uretères. É, felizmente, muito rara esta lesão; Segond em 450 operadas só observou 2. O ureter direito é mais facil de ser attingido que o esquerdo. Tuffier verificou-a 28 vezes á direita e 7 á esquerda.

A não ser nos casos avançados de cancer, são perfeitamente evitaveis estas lesões, se o descollamento da bexiga e o abaixamento do utero são bem feitos, impellindo assim, os uretères para cima, onde o cirurgião não tem necessidade de agir. É importante a maneira de fazer a hemostasia dos pediculos. O auxiliar, puxando o utero para o seu lado, do outro, o cirurgião abraça com os dedos o ligamento, tendo o maior cuidado em juntar a pinça aos dedos, e nunca collocal-a em posição obliqua:

Logo que se observa a ferida do ureter, a sutura do mesmo deve ser immediata. Se, porem, o accidente passa desapercibido, vem a fistula uretero-vaginal. Quando os ureteres são pinçados a morte se dá por anuria.

Feridas do intestino. A lesão do rectum é grave, principalmente se fôr extensa. É geralmente occasionada, no momento em que se liberta a face posterior do utero e facilitada por alterações neoplasticas que por acaso existam.

As feridas do intestino delgado, rarissimas, podem ser produzidas na libertação dos annexos, em casos de fortes adherencias. Quando se procura um pediculo que foge ou quando se quer prender vasos em casos de hemorragia o pinçamento do intestino delgado pode se dar, d'onde o apparecimento de fistulas estercoraes, ou perfuração, causa de peritonite mortal.

Occlusão intestinal. É uma complicação muito mais rara na hysterectomia vaginal, que na abdominal,

Pode se apresentar precoce ou tardiamente a oclusão intestinal, sendo a primeira de diagnostico, ás vezes, difficil, pela possível confusão com a peritonite.

A oclusão tardia, corre por conta do pinçamento do intestino ou da má posição que este ás vezes toma, adherindo a alças outras, ou ainda pode ser occasionada esta complicação, por adherencias intestinaes com a cicatriz do fundo da vagina. M. Auvray teve occasião de observar um caso deste jaez.

Em geral, a conducta que deve seguir o operador, nos casos de oclusão intestinal, quando já se constata phenomenos graves, é a laparotomia, afim de verificar a causa da obstrucção e agir de accordo com a necessidade.

Infeccção. São, tambem, de grande raridade os phenomenos de peritonite e septicemia depois da hysterectomia vaginal; e, em geral, quando sobreveem, se exteriorisam no decurso do segundo dia, após a operação.

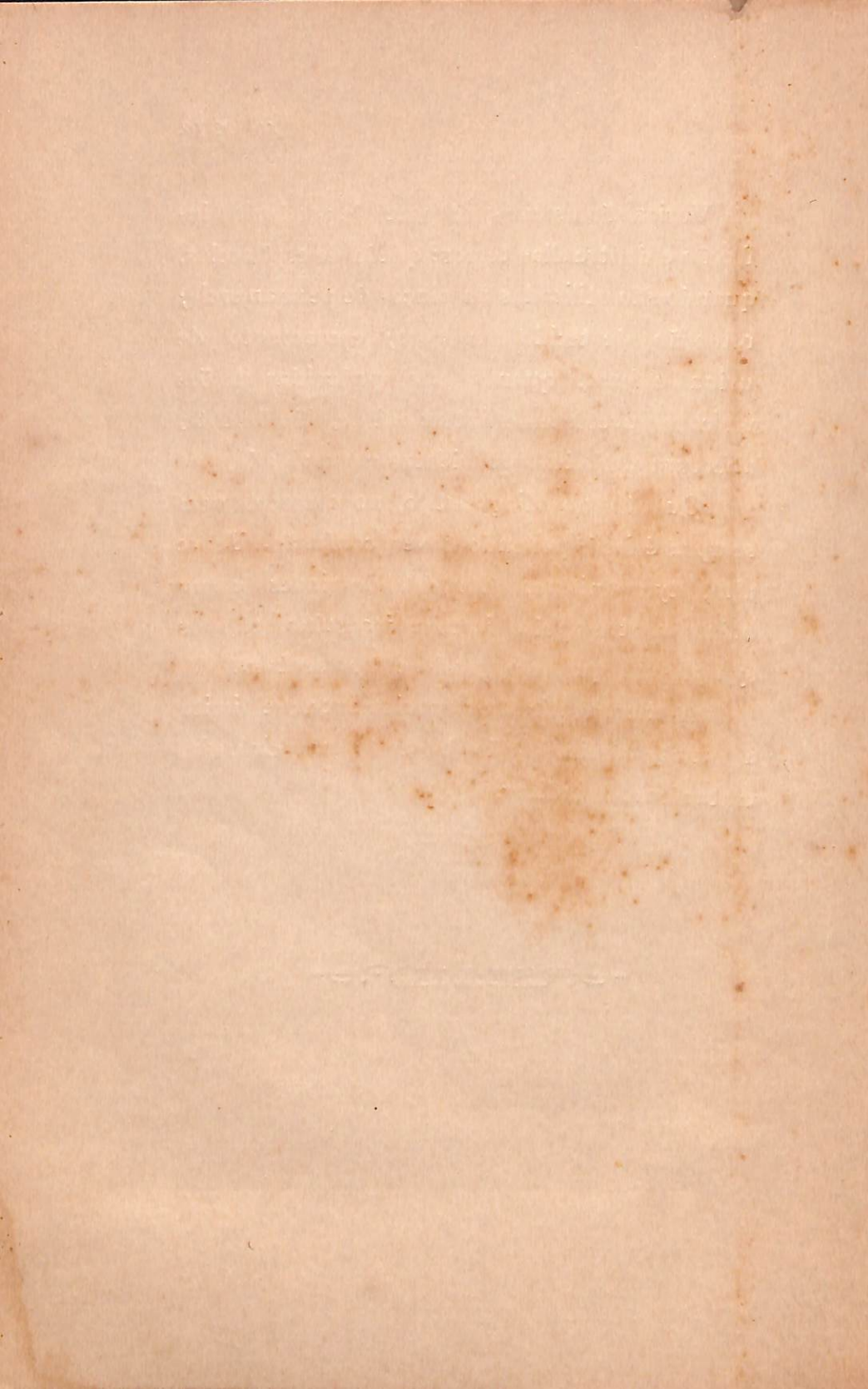
É incontestavelmente o accidente mais grave não só na intervenção em apreço, mas em todas as demais.

Varias são as causas capazes de produzir a infecção e dentre ellas temos: queda de esphacelos, quando são utilizadas as pinças de permanencia; retenção de tecido canceroso; escoamento de urina e fezes, quando são produzidas lesões vesicaes, ureteraes e intestinaes e, finalmente, abertura de bolsas purulentas na cavidade.

Quanto ao diagnostico, no começo, nem sempre é facil, podendo haver confusão. Febre alta, tympanismo, dores abdominaes e no baixo ventre, pulso fraco e irregular, são os symptomas que, em geral se apresentam.

A therapeutica, ordinariamente, se limita a meios medicos, não havendo, em cirurgia, tratamento a indicar.





Quadro das operadas pelo Prof. Aristides Maltez no H. Sta. Izabel, na Maternidade Climerio de Oliveira e na sua clinica civil

Nome	Idade	Cor	Naturalidade	Profissão	Estado	Diagnostico	ENTRADA			SAHIDA			Resultado
							Dia	Mez	Anno	Dia	Mez	Anno	
R. O. D.	27	Parda	Bahia	S. d.	C. Ppara	Prolapso total do utero	25	9	1917	17	10	1917	Curada
F. R.	30	Parda	Bahia	"	C. Ppara	" " " "	31	10	1918	19	12	1918	"
M. G. O.	32	Parda	Bahia	"	S. Ppara	" " " "	3	9	1919	9	11	1919	"
D. L.	46	Branca	Bahia	"	V. Ppara	Prolapso total e salpingoophorite bilateral	25	9	1919	9	11	1919	"
R. N. S.	48	Parda	Bahia	"	C. Ppara	Prolapso total e annexite bilateral	17	11	1922	18	12	1922	"
O. F. V.	65	Parda	Bahia	"	S. Ppara	Prolapso total do utero	18	7	1925	6	8	1925	"
S. O. S.	49	Parda	Bahia	Lavadeira	V. Mpara	" " " "	10	7	1925	25	8	1925	"
I. C.	34	Parda	Bahia	Operaria	C. Mpara	Epithelioma do collo	4	7	1925	20	9	1925	"
M. A. B.	38	Branca	Bahia	S. d.	C. Mpara	Prolapso total e cysto do ovario direito	24	7	1925	28	8	1925	"
M. J. R.	40	Branca	Bahia	"	C. Ppara	Myoma, hydrosolpinge e prolapso do utero	27	2	1925	2	11	1925	"
T. B.	56	Branca	Bahia	"	V. Mpara	Prolapso total do utero	11	5	1925	11	6	1925	"
A. M. A.	59	Branca	Bahia	"	C. Mpara	" " " "	14	8	1925	1	11	1925	"
M. R. C.	44	Branca	Bahia	"	S. Mpara	Prolapso total e annexite direita	29	9	1925	1	11	1925	"
M. L. P.	42	Preta	Bahia	"	S. Mpara	Prolapso total e cysto do ovario esquerdo	16	10	1925	22	11	1925	"
M. A. S.	27	Parda	Bahia	"	C. Mpara	Hypertrophia do collo e annexite dupla chronica	10	11	1925	28	1	1926	"
A. S.	40	Branca	Italia	"	C. Mpara	Prolapso total do utero	3	3	1926	11	3	1926	Falleceu por erysipela da parede abdominal.
R. M. N.	45	Preta	Bahia	"	S. Ppara	Prolapso total e hypertrophia do collo	25	4	1926	27	6	1926	Curada
H. C.	45	Parda	Bahia	"	C. Ppara	Prolapso total do utero	8	4	1926	4	7	1926	"
A. P.	40	Parda	Bahia	"	C. Mpara	" " " "	4	3	1926	18	7	1926	"
M. C. L.	37	Parda	Bahia	"	S. Ppara	" " " "	31	5	1926	30	7	1926	"
M. A. F.	30	Parda	Bahia	Costureira	S. Ppara	" " " "	9	8	1926	22	9	1926	"
R. F. B.	36	Branca	Bahia	S. d.	S. Ppara	" " " "	24	8	1926	2	11	1926	"
J. S. L.	36	Branca	Bahia	"	C.	Sarcoma do utero	17	12	1917	18	12	1917	Falleceu 6 horas depois da operação por anemia aguda, shock e colapso cardiaco.
M. C.	37	Branca	Bahia	"	C.	Prolapso total do utero	18	5	1920	3	6	1920	Curada
M. M.	23	Branca	Bahia	"	C.	" " " "	7	8	1922	5	9	1922	"
M. S.	44	Branca	Bahia	"	V.	" " " "	17	3	1924	10	4	1924	"
C. A.	39	Branca	Bahia	"	C.	" " " "	12	5	1924	8	6	1924	"
H. F. S.	39	Branca	Bahia	"	S.	" " " "	15	9	1925	3	10	1925	"
L. L.	50	Branca	Bahia	"	V.	Esclerose do utero	13	9	1926	5	10	1926	"

OBSERVAÇÃO — Devemos acrescentar ao quadro acima as seguintes operações do Professor Maltez, por nós encontradas no seu livro de registro particular e no do H. Sta. Izabel:

Prolapso e annexite bilateral	2	C.
Prolapso total	18	"
Prolapso total e myoma	2	"
Prolapso total e cysto do ovario esquerdo	2	"
" " " " direito	2	"
Myoma uterino	3	"
Cancer do collo	3	"

Quadro das operadas pelo Prof. José Adeodato — no H. Sta. Izabel e Maternidade Climerio de Oliveira

Nome	Idade	Cor	Naturalidade	Profissão	Estado	Diagnostico	ENTRADA			SAHIDA			Resultado
							Dia	Mez	Anno	Dia	Mez	Anno	
R. A.	42	Preta	Bahia	S. d.	C. Mpara	Metrite parenchymatosa chronica	27	8	1913	26	10	1913	Curada
M. H. T.	50	Preta	Bahia	Cosinheira	S. Ppara	" " "	12	10	1913	14	11	1913	"
M. E. C.	52	Parda	Bahia	Cosinheira	S. Mpara	" " "	27	10	1913	21	12	1921	"
J. M. S.	40	Branca	Bahia	S. d.	C. Mpara	Prolapso total do utero	11	3	1914	15	4	1914	"
M. V.	44	Preta	Bahia	Lavadeira	S. Mpara	" " "	18	4	1914	9	5	1914	"
M. A. S.	60	Preta	Bahia	Cosinheira	V. Mpara	" " "	11	7	1914	18	8	1914	"
M. C. C.	54	Preta	Bahia	S. d.	S. Mpara	" " "	2	2	1915	1	3	1915	"
T. R. J.	35	Branca	Bahia	"	S. Mpara	Esclerose uterina e parametrite	15	6	1915	8	8	1915	"
F. M. S.	48	Branca	Bahia	"	V. Mpara	Fibroma do utero e cysto do ovario esquerdo	21	7	1915	15	8	191	"
P. R. J.	45	Branca	Bahia	"	V. Mpara	Prolapso total do utero	14	4	1916	21	2	1916	"
C. M. L.	40	Preta	Bahia	"	C. Mpara	" " " e annexite	28	7	1916	6	9	1916	"
M. B.	50	Preta	Bahia	"	S. Mpara	Prolapso total do utero	4	8	1916	9	9	1916	"
S. R. A.	25	Parda	Bahia	"	S. Mpara	Prolapso total allongamento hyperthrophico do collo e annexite	25	7	1916	19	9	1916	"
M. F. H.	33	Branca	Bahia	"	C. Mpara	Prolapso total do utero	22	8	1916	3	10	1916	"
J. M. S.	50	Preta	Bahia	Gomadeira	C. Mpara	" " "	16	8	1916	6	10	1916	"
J. C. S.	40	Parda	Alagoas	S. d.	V. Mpara	Hypertrophia do collo e esclerose uterina	7	11	1916	23	12	1916	"
E. S. A.	22	Branca	Bahia	"	S. Mpara	Esclerose e salpingite dupla	14	3	1917	15	6	1917	"
R. M. C.	46	Parda	Bahia	"	V. Mpara	Esclerose do utero e salpingoophorite bilateral	27	7	1917	8	9	1917	"
J. S. R.	38	Branca	Bahia	"	S. 1 aborto	Prolapso total do utero salpingoophorite bilateral	25	9	1917	8	11	1917	"
M. G. S.	45	Branca	Bahia	"	S. Mpara	Prolapso total do utero	9	10	1917	15	11	1917	"
C. R. C.	66	Branca	Bahia	Lavadeira	V. Mpara	" " "	26	2	1918	24	3	1918	"
T. M. C.	64	Parda	Bahia	Engomadeira	C. Mpara	" " "	4	3	1918	6	4	1918	"
I. S. R.	25	Branca	Bahia	S. d.	S. Mpara	" " "	25	4	1918	9	6	1918	"
E. S.	52	Branca	Bahia	"	V. Mpara	Prolapso total do utero e cysto do ovario esquerdo	23	6	1918	15	7	1918	"
M. S. A.	42	Branca	Bahia	"	C. Mpara	Prolapso total do utero	5	8	1918	17	9	1918	"
L. M. C.	46	Branca	Bahia	"	S. Mpara	" " "	23	3	1919	6	4	1919	"
M. J. P.	32	Branca	Bahia	Operaria	S. Ppara	" " "	23	1	1920	29	2	1920	"
R. M.	40	Parda	Bahia	S. d.	V. Ppara	" " "	26	7	1 20	16	9	1924	"
E. P.	58	Parda	Bahia	"	S. Ppara	" " "	1	10	1921	2	1	1921	"
L. B. L.	43	Parda	Bahia	Engomadeira	V. Ppara	" " "	29	11	1921	27	1	1921	"
M. S. A.	37	Parda	Bahia	S. d.	S. Ppara	" " "	16	12	1921	15	4	1921	"
E. C. A.	50	Parda	Bahia	Charuteira	V. Mpara	" " "	28	7	1921	15	9	1921	"
C. M. J.	39	Preta	Bahia	Doceira	S. Ppara	" " "	5	9	1921	9	10	1921	"
M. E. N.	31	Preta	Bahia	"	S. Mpara	" " "	17	9	1921	3	17	1921	"
J. G. S.	32	Branca	Bahia	S. d.	C. Ppara	" " "	13	10	1921	15	12	1921	"
M. F.	51	Branca	Bahia	Cosinheira	S. Ppara	" " "	10	10	1921	21	12	1921	"
P. S.	66	Parda	Bahia	"	S. Ppara	" " "	17	11	1922	14	1	1922	"
B. P.	55	Preta	Bahia	S. d.	S. Ppara	" " "	10	5	1922	25	6	1922	"
M. C. P.	40	Preta	Bahia	"	V. Ppara	Myoma do utero	30	10	1922	3	12	1922	"
M. R. S.	52	Preta	Sergipe	"	S. Ppara	Prolapso total do utero	15	6	1923	28	10	1923	"
M. A. C.	35	Preta	Bahia	Rociera	S. Ppara	" " "	26	9	1923	25	11	1923	"
E. C. S.	40	Preta	Bahia	S. d.	C. Ppara	" " "	3	12	1924	20	1	1924	"
M. E. A.	30	Preta	Bahia	"	S. Ppara	" " "	12	2	1924	22	6	1924	"
M. C.	34	Branca	Cará	"	C. Ppara	" " "	31	5	1924	10	9	1924	"
M. S. C.	36	Barda	Bahia	"	C. Ppara	" " "	1	12	1924	27	2	1925	"
A. S.	52	Parda	Bahia	"	S. Ppara	" " "	9	6	1925	6	8	1925	"
M. G. T.	43	Branca	Bahia	"	C.	Esclerose e prolapso do 2.º gráo	9	8	1914	15	11	1914	"
G. L. M.	48	Bianca	Bahia	"	C.	Esclerose e fibro-myoma mucoso do collo	31	3	1916	3	5	1916	"
M. C.	20	Branca	Bahia	"	C.	Utero gigante e prolapso do 1.º gráo	3	12	1917	22	12	1917	"
R. R. C.	46	Branca	Pernambuco	"	V.	Sarcoma do corpo do utero	9	12	1917	29	12	1917	"
C. S.	33	Branca	Pernambuco	"	C.	Esclerose uterina	13	8	1919	8	9	1919	"
J. A.	30	Branca	Sergipe	"	C.	Prolapso do 2.º gráo e metrite parenchymatosa do collo	6	5	1920	26	5	1920	"
M. D. S.	39	Branca	Sergipe	"	V.	Degeneração a cancerosa do utero	15	6	1921	2	7	1921	"
A. L.	43	Branca	Bahia	"	C.	Sarcoma do corpo uterino	22	3	1922	5	4	1922	"
A. F. A.	46	Branca	Bahia	"	C.	Prolapso do 3.º gráo	27	3	1922	19	4	1922	"
M. F.	26	Branca	Bahia	"	C.	Esclerose do utero e metrorragias abundantes	24	4	1923	18	5	1923	"
E. M. R.	48	Parda	Bahia	"	V.	Esclerose uterina	24	5	1923	12	6	1923	"
M. E. S.	38	Branca	Bahia	"	C.	Prolapso do 3.º gráo	31	7	1923	17	8	1923	"
D. P.	40	Branca	Bahia	"	C.	" " "	4	9	1923	22	9	1925	"
S. C. O.	45	Branca	Bahia	"	C.	" " "	24	5	1924	13	6	1924	"

Varias são as causas capazes de produzir a infecção e dentre ellas temos: queda de esphacelos, quando são utilizadas as pinças de permanencia; retenção de tecido canceroso; escoamento de urina e fezes, quando são prduzidas lesões vesicaes, ureteraes e intestinaes e, finalmente, abertura de bolsas purulentas na cavidade.

Quanto ao diagnostico, no começo, nem sempre é facil, podendo haver confusão. Febre alta, tympanismo, dores abdominaes e no baixo ventre, pulso fraco e irregular, são os symptomas que, em geral se apresentam.

A therapeutica, ordinariamente, se limita a meios medicos, não havendo, em cirurgia, tratamento a indicar.



Quadro das operadas pelo Prof. Antonio Borja na Maternidade Climerio de Oliveira

Nome	Idade	Cor	Naturalidade	Profissão	Estado	Diagnostico	ENTRADA			SAHIDA			Resultado
							Dia	Mez	Anno	Dia	Mez	Anno	
J. S.	63	Branca	Bahia	S. d.	C.	Prolapso total do utero	4	4	1918	5	5	1918	Curada
A. B. L.	50	Branca	Bahia	"	V.	" " " "	2	8	1918	26	8	1918	"
J. M. L.	36	Branca	Bahia	"	C.	Cancer do collo uterino	27	6	1919	27	7	1919	"
M. A. O.	70	Branca	Bahia	"	V.	Prolapso total do utero e cancer do collo em inicio	3	10	1919	23	10	1919	"
R. O. S.	40	Branca	Bahia	"	C.	Prolapso total do utero	24	11	1919	10	12	1919	"
L. L. B.	40	Branca	Alagôas	"	C.	" " " "	9	10	1921	10	11	1921	"
B. S. S.	52	Branca	Bahia	"	V.	" " " "	18	1	1923	6	2	1923	"
C. D. L.	27	Branca	Bahia	"	C.	Metrite chronica e prolapso irreductivel	28	2	1924	20	3	1924	"
M. A. P.	49	Parda	Bahia	"	C.	Prolapso total do utero	22	4	1925	16	5	1925	"
M. A. M.	39	Parda	Bahia	"	C.	Esclerose do utero	6	8	1925	13	9	1925	"
M. A. T.	48	Branca	Bahia	"	C.	Prolapso total do utero	12	9	1925	6	10	1925	"
O. V.	58	Branca	Bahia	"	V.	" " " "	20	9	1925	8	10	1925	"

OBSERVAÇÃO — Deixam de figurar aqui muitas das operações feitas pelo Prof. Borja na sua clinica civil e no H. Sta. Izabel, por motivos alheios á nossa vontade.

Foram feitas, pelos seguintes operadôres, mais 32 hysterectomias vaginaes por prolapso, no H. Sta. Izabel, conforme os registros das Clinicas Cirurgicas e do mesmo Hospital:

Dr. Jones G. Martins	12
Prof. Caio Moura	5
Prof. Fernando Luz	3
Dr. Sá Oliveira	3
Dr. Messias Lopes	3
Dr. Antonio Maltez	3
Dr. J. Dias Tavares	3