

Gentil, L. de O.

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

W4
S18
1909

17

Dos prolapsos genitales e seu
tratamento medico-cirurgico

These de Doutoramento

Luiz de Oliveira Gentil

1909



THESE

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina da Bahia

Em 31 de Outubro de 1909

PARA SER DEFENDIDA POR

Luiz de Oliveira Gentil

Pharmaceutico pela mesma Faculdade

AFIM DE OBTER O GRAU

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

(CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA)

Das prolapsos genitais e seu tratamento medico-cirurgico

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias
medico-cirurgicas

BAHIA

LITHO-TYPOGRAPHIA ALMEIDA

37 - Rua da Alfandega - 37

1909

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Director=**Dr. Augusto Cezar Vianna**

Vice-Director=**Dr. Manoel José de Araujo**

LENTES

OS ILLMS. SRS. DRS.:

MATERIAS QUE LECCIONAM:

1.ª SECÇÃO	
José Carneiro de Campos.....	Anatomia descriptiva
Carlos Freits.....	Anatomia medico-cirurgica
2.ª SECÇÃO	
Antonio Pacifico Pereira.....	Histologia
Augusto Cezar Vianna.....	Bacteriologia
Guilherme Pereira Rebello.....	Anatomia e Physiologia pathologicas.
3.ª SECÇÃO	
Manoel José de Araujo.....	Physiologia
José Eduardo Freire de Carvalho.....	Therapeutica
4.ª SECÇÃO	
Luiz Anselmo da Fonseca.....	Hygiene
Josino Correia Cotias.....	Medicina legal e Toxicologia
5.ª SECÇÃO	
Antonio B. dos Anjos.....	Pathologia Cirurgica
Antonio Pacheco Mendes.....	Clinica cirurgica—1.ª cadeira
Braz Hermenegildo do Amaral.....	" " " " 2.ª "
Fortunato Augusto da Silva.....	Operações e apparatus.
6.ª SECÇÃO	
Aurelio Rodrigues Vianna.....	Pathologia medica
João Americo Garcez Frões.....	Clinica propedeutica
Anísio Circundes de Carvalho.....	Clinica medica—1.ª cadeira
Francisco Braulio Pereira.....	" " " " "
7.ª SECÇÃO	
José Rodrigues da Costa Doria.....	Historia natural medica
Antonio Victorio de Araujo Falcão...	Materia Medica, Pharmacologia e Arte de formular
José Olympio de Azevedo.....	Chimica medica
8.ª SECÇÃO	
Deocleciano Ramos.....	Obstetricia
Clímerio Cardozo de Oliveira.....	Clinica obstetrica e gynecologica
9.ª SECÇÃO	
Frederico de Castro Rebello.....	Clinica pediatria
10.ª SECÇÃO	
Francisco dos Santos Pereira.....	Clinica ophthalmologica
11.ª SECÇÃO	
Alexandre E. de Castro Cerqueira...	Clinica dermatologica e syphilligraphica
12.ª SECÇÃO	
Luiz Pinto de Carvalho.....	Clinica psychiatica e de molestias nervosas
João E. de Castro Cerqueira.....	} Em disponibilidade.
Sebastião Cardoso.....	

SUBSTITUTOS

Os Drs.		Os Drs:	
José Afonso de Carvalho.....	1ª Sec.	Pedro da Luz Carrascosa.....	7ª Sec
Gonçalo Moniz S. de Aragão.....	2ª "	José Julio de Calasans.....	8ª "
Julio Sergio Palma.....	3ª "	José Adeodato de Souza.....	9ª "
Pedro Luiz Celestino.....	4ª "	Alfredo F. de Magalhães.....	10ª "
Oscar Freire de Carvalho.....	5ª "	Clodoaldo F. de Andrade.....	11ª "
.....	6ª "	Albino Arthur Leitão.....	12ª "
.....		Mario Leal.....	12ª "

Secretário—**Dr. Menandro dos Reis Meirelles**

Sub-Secretario—**Dr. Mathens Vaz de Oliveira**

A Faculdade não approva nem reprová as opiniões exaradas nas beses pelos seus auctores.

G 27A w 53

Proemio

Eis a nossa these!

E' tarefa bem ardua para quem começa!... e muipezado é, pois, o tributo que nos impõem!!

Quizemos escrever uma these mais completa e perfeita, mas não o conseguimos fazer pela excaszez e exiguidade dos elementos que dispunhamos nesse tão pequeno lapso de tempo que succedeu a parca enfermidade que nos massacrrou no leito!

A confecção deste trabalho que de nós exigem, portanto, satisfaz, unicamente, um principio de obediencia a Lei, a fim de recebermos, ao adeus saúdoso da despedida, a laurel glorificadora do nosso tirocinio academico.

Se fôra uma these puramente litteraria, talvez que nos custasse menos esforços, talvez que nos sahisse mais suave, porém... *scientífica?*! depende, como sabeis, de muita experimentação e taiento!

« Um campo, diz um grande philosopho, para ser conservado, é necessario que se o conheça bem, e essa questão, a mais importante, o seu elemento primordial por excellencia, não pode ser obra de um dia!... »

Quanto aprendemos, quanto meditámos e soffremos na conquista d'esta solução, luctando só, paladinamente e sempre FIRMES E DESTEMIDOS, com os unicos recursos que nos fornecia o estudo—a nossa fanal pujante!

A' medida que avançamos para o nosso ideal, com essa methamorphose da organização, novas ideias vão nascendo umas após outras, como intenso lusco fusco, em verdadeira scintillação de estrellas. O cerebro se illumina, sorri a alma como á Deus o sol, e esta doce alegria - aura fagueira dos nossos primeiros sonhos, desperta em o coração do moço, como o perfume da flor!

Depois... cresce, avolumando se o campo de observação, como se caminhassemos para as raias doiradas do infinito... cujos limites traçados pelo chãos da ignorancia, vão pouco á pouco se apagando e desapparecem!...

O organismo vem a ser o proprio theatro da vida! Desde que nascemos, que lutamos, e lutamos comnosco mesmos batemos todas as cousas do exterior e até contra as *miserias* extranhas, em soccorro da nossa propria individualidade!

Trabalhamos para vencer! Trabalhamos para viver!

E a despeito dos innovadores e espiritos systematisados, não temos a pretensão de nos julgarmos, de maneira alguma em evidencia, e se desejamos aprender, todavia não acreditamos poder encerrar, comnosco, o circulo completo da sciencia! Escolhendo para o sacer-

docio da nossa profissão — a cirurgia que, entretanto, por si só, constitue tão vasto ramo d'esta monumental **Encyclopedia**, não auguramos, senão aprender, repitimos, procurando a elevação moral do nosso nome, desprendidos de qualquer vaidade exhibicionista.

A nossa these não é uma innovação scientifica, bem sabemos, embora o assumpto ainda não tenha sido escripto entre nós, mas exprime a condensação de alguns esforços, representa o nosso SALVO-CONDUCTO — pergaminho sagrado que nos confere o privilegio de diffundirmos, pela humanidade inteira, estes dulcidos ensinamentos de CARIDADE E AMOR, tão sabiamente ministrados neste Augusto e Venerando Templo.

O assumpto da nossa these é bem conhecido de todos vós e o que fazemos de novo, não é mais do que apresentar **os magnificos processos** de dous grandes scientists — Bouilly e Guenard, os quaes muito successo teem alcançado no velho mundo.

Eis, pois, o que podemos fazer.

DISSERTAÇÃO

(CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA)

Dos prolapsos genitales e seu tratamento
medico-cirurgico

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso
de sciencias medico-cirurgicas

SUMMULA

- I—Considerações anatomo clinicas sobre os prolapsos genitales.
- II—Tratamento em geral.
- III—Escolha do processo cirurgico.
- IV—Preparação da doente e cuidados pre-operatorios.
- V—Cuidados post-operatorios.



CONSIDERAÇÕES ANATOMO-CLINICAS

As considerações anatomo-clinicas que ora vamos narrar, embora em traços largos, são de maxima importancia para a nossa These. A sua relação com o assumpto escolhido é tão intima e perfeita que não poderíamos, absolutamente, dellas prescindir.

Dá-se o nome de prolapso genital a uma molestia, ou antes, uma enfermidade constituida pelo relaxamento progressivo das paredes vaginaes, que por fim se desentolam completamente para fóra da vulva, acartetando comsigo a queda do globo uterino.

Clinicamente o prolapso é caracterizado por um tumor que se assenta entre os grandes labios da vulva, formado pelas paredes deslocadas da vagina só, ou d'ella invaginando o utero.

O prolapso genital é, na maioria dos casos, uma enfermidade compativel com a vida.

No começo não se revela phenomeno algum apreciavel, e ás vezes, é por acaso ou quando se pratica um exame necessitado por uma causa muito diversa, que o medico descobre a lesão.

Nas formas mais adiantadas, porém, ella se manifesta por symptomas mais ou menos caracterisados, conforme a intensidade da affecção e o temperamento do individuo, podendo em alguns, chegar a embaraços graves e compromettedores para o seu estado geral.

Ha casos, entretanto, em que mesmo no periodo mais adiantado da molestia, o doente vem a ser despertado da sua enfermidade por incommodos muito ligeiros, como sejam—peso no hypogastrio, simples rachialgia e dores muito vagas na região inguino-abdominal, estando as lesões, como deixei transparecer, já bastante adiantadas.

Nem sempre podemos avaliar a importancia de um prolapso genital, pela simples inspecção clinica, por serem as suas lesões e symptomatologia muito variaveis.

Em regra, os symptomas que se apresentam são nullos ou pouco accentuados no começo da molestia. Nesta primeira phase, vê-se, collocada a mulher na posição do especulo—a vulva ligeiramente aberta e entre os pequenos labios, na parte antero-superior d'ella, uma saliencia mucosa arredondada e mais ou menos proeminente.

A etiologia desta enfermidade é de valor relativamente insignificante, comparada com a sua pathologia propriamente dita.

Em geral, é o enfraquecimento de algum ou

dos varios elementos do appazelho vagino-perineal que produz o prolapso da vagina, da bexiga, da parede anterior do recto, do intestino e do utero—affecções estas ás quaes damos as designações de colpoceles, cystocele, rectocele, enterocele e prolapso uterino.

O deslocamento destes orgãos parece, a primeira vista, uma affecção banal e sem importancia alguma pathologica.

Tal, porém, não acontece, e estudando-se bem esta questão, observa-se justamente o contrario.

Desde a natureza do prolapso da vagina até o alongamento do collo a divergencia de opinião é tão grande, que necessario se faz definizmos, de modo claro e preciso, todos estes estados morbidos.

Em referencia aos pequenos prolapsos, isto é, á colpocele complicada de cystocele e rectocele, adiantamos que, segundo alguns autores, a hernia das visceras circumvisinhas á vagina não deve ter a designação de prolapso que, para elles e principalmente Columbat, não é outra coisa senão o revizamento da mucosa causado pela infiltração da textura cellulosa que une esta membrana ás partes subjacentes.

Lembram a consequencia dos tumores do ovario e das varias annexites, para justificar o seu modo de pensar, reconhecendo embora que o peso do utero gravido e deslocado pode fazer saliencia na vulva de uma porção do conducto vaginal sem que isto constitua um prolapso genital.

O professor Columbat, de certo, não conhecia

bem a razão de ser destas enfermidades e por isto confundiu-as tanto, á ponto de expressar-se da forma que acima alludimos.

O que elle quiz explicar, e não o fez scientificamente, foram estes estados transitórios de simples recalçamento que produzem apenas uma exuberancia do rebordo vaginal, cousa que aliás não tem relação absolutamente alguma com o nosso thema.

O professor Columbat tinha um exemplo frizante na pseudo-cystocele das multiparas, se comprehendesse melhor esta questão.

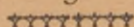
O prolapso é, pois, sem controvezias, uma hernia especial dos órgãos genitales.

Agora, surge uma outra contenda sobre a pathogenia d'essa enfermidade.

Refutando a opinião de classicos antigos, diz Gaillard Thomas, que a parede anterior da vagina está tão intimamente adherente á base da bexiga e da parte anterior do *museau de tanche*, e por intermedio dos ligamentos sacro-uterinos, tão fixada ao recto que não sabe se o prolapso da vagina pode existir só, sem ser acompanhado de cystocele, rectocele ou prolapso uterino.

Indubitavelmente a colpocele pode existir só, sem o cortejo d'essas outras affecções, porém isto é rarissimo que aconteça e, podemos dizer, ella não é mais do que um caso *pro-forma*.

Diz o professor Lutaud nunca ter visto prolapso da parede anterior da vagina sem deslocamento da bexiga, não obstante observar muitos



casos de prolapso da parede posterior, sem o deslocamento do recto.

Trelat assegura que estes deslocamentos são tão intimamente solidários que, a ser verdade que elles possam existir isoladamente, é a título de excepção, porque o mais das vezes elles se succedem.

Com estes ultimos ensinamentos prestamos, pois, o nosso apoio pleno e incondicional a bella doutrina de Gaillard. Escudados em a anatomia topographica da região não tenhamos receio algum de succumbirmos em erro.

Basta para a confirmação do que vimos de fallar, observar-se quanto a parede anterior da vagina contribue para a gravitação do utero, da bexiga, intestinos, etc; quanto á parede posterior que, embora não seja de tal maneira ligada ao recto, adheze comtudo a elle e muito solidamente ao nivel do fundo do *cul-de-sac* posterior, e ainda mais, quanto no septo peritoneal, um pouco acima da vulva e ao nivel do bordo superior do corpo do perineo, as fibras musculares da vagina se confundem com as do ramo ischio-pubiano, dando ao cylindro vaginal tão apertado ahí pelo pubo-coccygiano o seu verdadeiro esphincter muscular.

Esta disposição anatomica poderia por si só fazer triumphar a opinião de Gaillard. Como se vê o nosso incendiado enthusiasmo por essa brilhante doutrina não se fundamenta em uma opinião leviana ou abstracta, ella é mui bem justificada pelo seu proprio valor. E não é tudo,

ainda. Do seu seio flozesce um corollario magnifico que explica de modo peremptorio, claro e evidente, porque é excepcionalmente rara a colpocele simples sem o deslocamento de uma ou das diversas visceras precipitadas e tambem porque, desde que isto se dá, o prolapso se manifesta, somente, sobre a parede posterior.

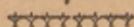
Hart, fazendo o estudo das hernias em geral, incluiu os deslocamentos vagino-uterinos. Peccou, não ha negar, porque entre as verdadeiras hernias e estes deslocamentos genitales a differença é grande.

Nas hernias abdominaes, taes como a dos intestinos, as epiploicas, etc. os orgãos impellidos para o exterior pela pressão intra-abdominal são essencialmente moveis, emquanto que os prolapsos genitales podem conservar pontos estaveis ao nivel de suas adherencias profundas, soffrendo deformações multiplas, conforme se explica o alongamento do collo do utero, etc.

O prolapso é, não ha duvida nenhuma, uma hernia, porém de natureza toda particular aos orgãos genitales, devido á atrepsia geral dos tecidos e especialmente á atonia do apparatus contensor do utero, (Gaillard).

Trelat, accorde com o professor Pozzi, considera synonymias de prolapso as designações HYSTEROPTOSE, PROCIDENCIA, ABAIXAMENTO, DESCIDA, QUEDA E PRECIPITAÇÃO DO UTERO, termos estes que, segundo elles, exprimem muito bem o factio pathologico.

Esta classificação tão abstracta e confusa



precisa de ser reparada e por isso, a contetamos formalmente, baseados nas justas ponderações de Guenard.

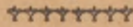
As designações—descida, abaixamento, queda e precipitação—são de certo estados distinctos que representam as diversas phases da evolução da enfermidade.

Deve-se ter muito interesse em distinguir actualmente estas minudencias, maximé, se se quizer ser preciso nas indicações e julgar previamente os resultados operatórios.

Os prolapsos devem ser classificados em cathogozias e graus. A sua divisão, classica aliás, não era, todavia, dotada de muita clareza e precisão, carecendo algo de positivo, porque se apoiava apenas sobre phenomenos anatomo-clinicos muito instaveis e appazentes.

Necessitavamos, pois, da pelvimetria e da hystero-pelvimetria que agora completam as instrucções precisas, com as quaes organisamos hoje um estudo mais racional e perfeito. A hystero pelvimetria nos ensina o grau de alongamento do collo, a pelvimetria a porção do abaixamento do utero, considerando a distancia que separa do *estreito interior da bacia*—o orificio inferior do collo do utero, independente de alongamento cervical.

Sabemos que o estreito de que se falla é representado por uma linha imaginaria que se estende do bordo inferior da 4^a vertebra sagrada, e corresponde ao meio desta linha. mais ou menos. Esta distancia é calculada pela per-



pendicular tirada do orificio inferior do collo para baixo sobre o estreito inferior, e mede normalmente 2 cm.

A hystero pelvimetria tambem consiste na avaliacao de uma perpendicular ao estreito inferior, porém aqui esta perpendicular é representada pelo utero em prolapso ou simplesmente o collo consideravelmente alongado.

A sua avaliacao faz-se pelo toque e pela hystezometria propriamente dita.

O toque necessita de ser duplo, porque o dedo introduzido no recto não reconhece a extremidade inferior do collo senão pelo dedo da outra mão, que indica a sua posição.

A hystezometria é muito mais simples, e se obtem pela via vaginal e do seguinte modo: introduz-se o hystezometro, seguindo as boas prescrições da technica, até o fundo da cavidade uterina e da profundidade accusada, subtrae-se a extensão normal, cuja media é 6 cm. nas nulliparas e 7 cm. nas multiparas, sendo o excesso desses numeros o valor ou o grau do alongamento hypertrophico.

Uma vez sabidas as dimensões da cavidade uterina nos seus tres segmentos, e observadas as precauções asepticas, das quaes nunca se deve prescindir, a hystezometria é uma exploração absolutamente inoffensiva.

Nas mulheres nervosas esta pequena operacao provoca, ás vezes, uma dor muito viva no momento em que o hystezometro attinge o isthmo, e tambem uma sensação, um tanto penosa, logo



que o instrumento bate no fundo da cavidade uterina.

Na pelvimetria o orificio inferior do collo pode ser supra ou subjacente ao estzeito inferior da bacia, conforme o grau do prolapso uterino. Nos casos recentes a diminuição da distancia que separa normalmente a extremidade inferior do collo do orificio inferior da bacia indica o estado dos pequenos prolapsos; a distancia da séde normal da extremidade inferior do collo ao *estzeito*, sommada com a do estzeito até a posição pathologica do collo, dá-nos o grau de descida do utero nos casos de grandes prolapsos.

Como se vê, estes elementos são indispensaveis para se fazer não só uma apreciação completa e perfeita da forma e intensidade do prolapso genital, como tornar evidentes as lesões que, por ventura, possa acarretar esta enfermidade.

Chamamos clinicamente prolapso completo e incompleto, conforme a importancia da lesão. Quer Desormeaux que admittamos apenas duas ordens de prolapsos para exprimir todo o quadro pathologico da molestia, conforme o utero está ainda occulto na vagina, ou já se acha fóra della, condições estas que não exprimem nitidamente a nossa questão. Por isso julgamos a classificação de Beguel e West a mais racional e completa.

Esta comprehende 4 cathogozias, a saber: *colpocetes simples, sem violação do perineo, colpocetes com violação do aparelho perineal, prolapso uterino, sem alongamento hypertrophico do collo do utero e prolapso da vagina e do utero com alongamento cervical.*

Consideramos as duas primeiras cathogozias no grupo dos prolapsoes pequenos ou incompletos, as duas ultimas em o dos prolapsoes grandes ou completos.

PROLAPSO PEQUENOS OU INCOMPLETOS

(Prolapsoes vaginaes)

COLPOCELE

Da primeira cathogozia temos a prociencia da vagina que pode constituir por si só uma lesão isolada e permanente, ou ser o começo de um prolapso genital em evolução, ao qual se dá o nome de colpocele.

A colpocele, resultante da flaccidez e mobilidade consideraveis das paredes da vagina, pode ser parcial ou total.

Nestas affecções é a parede anterior a que desce mais facilmente.

A colpocele é muitas vezes uma especie de sub-involução vaginal e em geral é seguida da queda da bexiga.

A colpocele posterior é formada pela queda da parede vaginal posterior só, ou complicada da queda da parede anterior do recto. Mas de

ordinario a procidencia é das duas paredes simultaneamente, com preponderancia da anterior.

Esta colpocele dupla ou total apresenta-se anatomicamente como uma dupla saliencia da mucosa vaginal em forma de 8, occulta nos pequenos labios da vulva e comprehendendo um deslissamento mais ou menos completo das paredes deste conducto genital.

A sua superficie, ora conserva as dobras transversaes da mucosa, ora deixa que estas se apaguem por inflammacão, tornando-se os seus tecidos consideravelmente espessados.

Nessa figura 8 notamos que a saliencia superior representa uma colpocele complicada de cystocele, a inferior é formada de uma simples colpocele, ou della complicada de rectocele.

Na progressão de um prolapso genital a colpocele anterior é a primeira que apparece, mas o deslissamento da parede vesico-vaginal, porque esta adhere muito intimamente á bexiga, arrasta consigo a parte correspondente della e este primeiro grau do prolapso constitue o que se chama uma cystocele.

CYSTOCELE

Esta affecção pode existir só, constituindo toda a lesão, o que é muito constante nos prolapso vaginaes, como deixamos dito. A cystocele, contudo, não é appazente senão em periodo adiantado da colpocele.

No co neço ella não é visivel senão na posição de pé, sendo clinicamente feito o seu exame na posição gynecologica e com auxilio do especulo.

Mais tarde, porém, com a evolução da enfermidade ella se caracteriza pela apparição de um tumor arredondado, de superficie lisa e brilhante, coloração rosea, elastico e fluctuante, situado na parte superior da entrada da vagina e logo abaixo do meato urinario. Depois elle se alonga no sentido vertical, prolongando-se algumas vezes até a vulva.

Este tumor é molle, muito facilmente reductivel e por completo indolente. O seu volume varia conforme o momento em que o exame é praticado.

De ordinatio observa-se nas multiparas um ligeiro grau de cystocele quando a bexiga está cheia sem que isto, entretanto, constitua uma verdadeira condição pathologica: apenas a parte anterior excede a posterior com integridade do perineo.

E' raro a cystocele ultrapassar o tamanho de um ovo de gallinha, comtudo ella augmenta um pouco no estado de repleção da bexiga, voltando depois da micção ao seu volume primitivo.

A cystocele é em synthese a hernia da bexiga, que assim cahida toma a forma de bisacco com a parte superior mantida na sua loja pelo *ouraque* e ligamentos suspensores deste reservatorio, emquanto que a inferior (o fundo) se precipita para baixo, formando uma bolsa dilatada e irregular. Nas colpoceles, ou melhor, nos prolapsos

genitales a bexiga é quasi sempre arrastada para baixo e profundamente deformada em bisacco.

De ordinario a sua porção herniada é inferior ao canal da urethra cujo esphincter fica na parte mediana do reservatorio. Desta disposição pathologica da bexiga é que se originam as perturbacões urinarias tão frequentes nesta enfermidade.

Em todo o quadro symptomatologico dos prolapsos genitales são de facto as perturbacões da urinação um dos signaes mais frequentes e importantes. Ella se manifesta ás vezes n'uma simples cystocele, sob a forma de pollakiuria, passa depois a intermittencia e por fim á retenção.

A pollakiuria constitue para a mulher uma enfermidade martyrisadora e se observa frequentemente pela pressão do utezo sobre a bexiga.

Segundo Comaz, principia este phenomeno morbido por uma vontade frequente de urinar, que depois toma o caracter de incontinencia, principalmente quando o doente se acha de pé, ou quando faz um esforço qualquer, como o tossir, ziz, etc.

Esta incontinencia faz suspeitar-se de uma fistula vesico-vaginal, como aconteceu com uma doente de Gerard Marchand na qual, em virtude de não se terem revelado logo os outros signaes de prolapso, assim foi considerada a sua molestia.

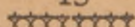
Logo que esta lesão se acha bastante adiantada, a retenção se dá pela perda da contractibilidade da bexiga.

Acontece que as doentes são obrigadas a se inclinarem para diante, comprimindo com as mãos a cystocele, quando querem uzinar, afim de esvazial-a do seu conteúdo; dahi resulta que o liquido, não podendo ser expellido á distancia, como no estado normal, escorze sobre o tumor, irritando a mucosa vaginal, que por fim se ulcera e pode gangrenar n'essas mulheres pouco asseiadadas que não se preoccupam absolutamente com a asepsia, indispensavel n'esta ordem de enfermidades.

E' sobretudo aqui que se encontra a *cystalgia*, as *cystites purulentas* com todos os seus caracteres e as vezes complicadas de lesões outras ascendentes para o lado dos ureterios, bassinets, zins, etc. Tambem não é raro ver-se depositarem-se no fundo deste reservatorio concreções calculosas diversas formadas pelos residuos da urina, que ahi ficam accumulados.

Os ureterios, tambem seriamente compromettidos nos grandes prolapsos, são estizados e alongados, apresentando ás vezes uretero-pyelites, etc., etc.

Nos prolapsos em começo, quando ainda não ha senão uma pequena cystocele appazente, esta affecção pode ser confundida com uma urethrocele; mas um exame attento e sobretudo auxiliado pelo toque vaginal e a sondagem da bexiga, estabelece o diagnostico exacto.



Não constitue isto difficuldade alguma de diagnostico uma vez que façamos a sondagem da urethra porque o diagnostico de uma cystocele se resume em que uma sonda introduzida pela urethra esvasia o tumor do seu conteúdo, se inclina para baixo e é logo sentida através da parede vaginal prolabada.

Ensina o professor Duplay que, para 'se desfazer alguma duvida, que por acaso surja no diagnostico differencial destas duas affecções, basta calçar a hernia porque, sendo uma cystocele, a urina é em continente expellida pelo meato. Ainda mais, introduzindo a sonda ou o catheter, o bico de qualquer destes dous instrumentos, sente-se através das paredes do tumor, no caso de uma cystocele, e ao contrario, perder-se-á no orificio de entrada da urethrocele, se não se trata daquella affecção.

O seu volume é diminuido pela replexão da bexiga ou pelo dedo, recalçando-a. A urethrocele é menor que a cystocele, não excede o tamanho de uma noz e o tumor tem a côr arrocheada, deitando sangue pela incisão.

Algumas vezes a cystocele é a unica lesão a observarmos na doente, mas é commum e mesmo muito constante com a descida da parede anterior da vagina dá-se a queda da parede posterior deste conducto e com esta a descida da parede anterior do recto, complicando a affecção de rectocele.

RECTOCELE

A rectocele, tambem chamada elytocele, é um tumor que apresenta todos os caracteres dos tecidos desta região. Tem muita semelhança com a cystocele, algumas vezes, mas a sua forma propria é differente, apresentando-se como uma dobra transversal e exuberante da mucosa da parede posterior da vagina. E' igualmente molle, mas pode tornar-se irreductivel pelo accumululo de materias fecaes, na ampoula rectal e offerecer embaraços para o diagnostico.

A rectocele pode existir só e constituir toda a molestia, como dissemos da cystocele. Isto porém é rarissimo e em regra a cystocele a precede de algum tempo, coexistindo depois estas duas affecções.

No primeizo gráo só se observa uma simples dobra que apenas passa do orificio da vagina e desaparece durante o decubito; a um gráo mais avançado constitue-se um tumor do volume de um ovo, molle e reductivel, porém que se torna duro e desigual se ha materias fecaes no recto.

Accumulando-se no diverticulo rectal essas materias endurecem, irritam as partes, e sua presença determina *tenesmo*, *hemorrhoidas* e algumas vezes *rectites* com escoamento.

Muito frequentemente na rectocele o doente é acomettido de constipação, que se torna ás vezes muito rebelde e pertinaz.

A defecação é por isso difficil e dolorosa, e este embaraço constitue o ponto de partida

de desordens muito graves no funcionamento do apparelho digestivo.

Assim como para a cystocele, o seu exame no decubito dorsal não serve para a formação do diagnostico, passa muitas vezes despercebida; pela tosse ou outro esforço qualquer que se mande o doente fazer é que ella pode então ser observada.

Este diagnostico deve ser feito pelo toque rectal, introduzindo o dedo meio incurvado no recto e, com a polpa voltada para a parede vaginal, percorrer uma bolsa circumscripta que corresponde ao tumor rectal, ou ainda pela evacuação das fezes com as lavagens intestinaes. Finalmente e conforme se vê o diagnostico é muito simples, positivo e claro não havendo confusão alguma com affecções outras.

ENTEROCELE

Sabemos que a bexiga e o recto não são incondicionalmente arrastados na queda das paredes vaginaes, os *cul-de-sacs* peritoneaes podem ser abaixados para a vulva, vindo ás vezes alojadas nelles ansas intestinaes, que constituem uma hernia destes diverticulos.

Facto paradoxal, parece estes *cul-de-sacs* dilatados e abaixados podem recalcar para baixo e para diante a mucosa vaginal, sem arrastar tambem a bexiga ou o recto.

A' hernia produzida pelo *cul-de-sac* anterior chamamos enterocele anterior, assim como cha-

mamos enteroceles posterior a que é formada pelo *cul-de-sac de Douglas*, na porção posterior e superior da vagina, pelas mesmas razões expostas.

Emboza estas lesões, tão bem estudadas por Breisky e Etheridge e consideradas casos excepcionaes, pertençam propriamente ao estudo das hernias, taes as observações de Rutter, Berard, Berger e outros, devemos mencional-as aqui, lembrando que ellas estabelecem as vezes confusão de diagnostico, o que tem grande importancia para o tratamento cirurgico destas affecções.

Por esta razão é que em presença de um prolapso utero-vaginal deve-se sempre recorrer ao toque rectal e ao catheterismo, para se saber se existe ao mesmo tempo enterocelo, por ser o estado destes *cul-de-sacs* do peritoneo impossivel de se apreciar pela inspecção simples. O borbulhamento produzido pelas tentativas de redução é que nos permite descobrir a presença de ansas intestinaes, para diante ou para traz dos tecidos prolabados.

Alem disto a enterocelo é sempre mascarada pela cystocelo ou rectocelo, conforme ella é anterior ou posterior, e nesses casos, abtindo-se o tumor, penetra-se directamente na cavidade peritoneal por um dos *cul-de-sacs* perineo cheio de ansas intestinaes.

Quando se dá uma enterocelo, suspeita-se logo de uma fixação muito grande do utero, ao lado tambem de uma flaccidez consideravel da serosa,

ou segundo Freund, á persistencia de um estado fetal, porque nos casos de feto as dobras do peritoneo descem muito.

Estas enteroceles que são raras, como já tivemos occasião de dizer, não se encontram quando ha hypertrophia supra-vaginal do collo, porque o peritoneo fica mais affastado da vagina do que no estado normal.

Logo que a enteroccele recto-vaginal se apresenta na uulva, observa-se um tumor sonoro a percussão, reductivel com bozbulhamento caracteristico e algumas vezes animado de movimentos peristalticos, não sendo de extranhar que sobrevenham ainda embaraços digestivos, vomitos e constipação.

A enteroccele não é um accidente grave, a não ser que sobrevenha durante o trabalho do parto, quando o estrangulamento pode ser fatal. Mas, o intestino, uma vez deslocado, bastam algumas manobras bem executadas, porque de ordinario sempre volta á cavidade abdominal.

Por isso o clinico não deve nunca prescindir de um exame completo e minucioso para o seu diagnostico. Não é que se receie o não descobrimento de qualquer d'essas affecções anteriormente citadas, mas limitar a lesão, precisando a sua opinião a fim de não se estabelecer confusão alguma o que seria decepção bastante vexatoria tratando-se principalmente de uma intervenção cirurgica. Tambem não é difficil confundir-se um kysto volumoso da vagina com qualquer d'esses prolapsos, não obstante notar-se, logo

que é feita a nossa attenção, o tumor indolente, arredondado, liso, algumas vezes pediculizado de consistencia molle, elastica e fluctuante pelo toque vaginal e rectal combinados.

O prolapsos de toda a circumferencia do cylindro vaginal é tambem chamado inverção vaginal, tem a conformação de um tumor cylindrico ou arredondado, periforme e saliente entre os grandes labios, no centro do qual se encontra uma depressão mais ou menos profunda por onde se alcança o orificio do collo uterino. Como já disse a sua configuração é mais ou menos de um 8, dependendo o seu volume em parte do espessamento da mucosa que depois com o tempo se modifica; a superficie exposta ao ar e attitos exteriates, se epidermisa, edemacia e expressa algumas vezes a ponto de se parecer com uma elephantiase. Pode escotiar-se, fistulando-se.

PROLAPSOS GRANDES OU COMPLETOS

Prolapsos da vagina e do utero

(SEM ALONGAMENTO CERVICAL)

Em geral a queda da vagina produz a queda do utero, salvo, quando adherencias peritoneaes pathologicas fixam este corpo na sua sede normal, tornando-o resistente ao peso e ás tracções repetidas da vagina prolabada.

A não ser a existencia de uma anteflexão que prenda o fundo do utero nas aponevroses pelvianas, ou uma retroflexão no *cul-de-sac de*

Douglas, basta que o aparelho de sustentação do útero esteja relaxado ou traumatizado, para que a acção vulnerante se exerça sobre estes tecidos assim compromettidos na sua tonicidade physiologica.

Em regra o útero arrastado pelo volume das paredes vaginaes hypertrophizadas e congestas cede ao peso da sua massa, descendo progressivamente para o orificio vulvar assim dilatado, que o vence, ao mesmo tempo que ao resto do cylindro vaginal completamente revidado. No começo não ha senão um simples abaixamento do orgão, que se conhece pelo toque vaginal, mas este abaixamento progcede lenta e gradativamente, enchendo durante algum tempo a porção vaginal que persiste ainda na sua integridade normal. Finalmente o útero e a vagina cahem por completo, dando-se como que uma luxação uterina.

O útero, uma vez em prolapso propriamente dito, distinguiremos tres gráus que descrevem muito bem todo o seu quadro pathologico:

1.º—*O útero é ainda contido completamente na cavidade vaginal.*

2.º—*O collo já é apparente e se manifesta o semi-prolapso.*

3.º—*Ha sahida completa do orgão.*

A sua symptomatologia é muito variavel e podemos dizer que cada prolapso tem a sua modalidade particular. Esta importante affecção, produz-se, umas vezes de maneira brusca,

instantanea e pela violencia do choque acompanhada de dozes muito vivas que podem ir até a syncope; outras, porém, apresenta-se com os signaes caracteristicos de uma peritonite.

São excepçoes estes casos agúdos, e de ordinario o prolapso uterino é uma enfermidade chronica que se manifesta em tempo mais ou menos longo, podendo durar até muitos annos.

O quadro symptomatologico comprehende signaes physicos que são do dominio da anatomia pathologica, phenomenos funcçoes, geraes e dystrophicos, dos quaes fallaremos aqui ligeiramente. Os phenomenos funcçoes são no começo vagos e discretos, o doente queixa-se de peso, contracção no baixo ventre e dor na região lombar.

Na estação de pé tem uma sensação de corpo extranho, (de alguma coisa que lhe emerge da bacia), embaraçando, sobremodo, a marcha que por isso se torna tão caracteristica nesta enfermidade.

E' no periodo mais adiantado, digo, nas formas mais complexas, que as infelizes portadoras desta enfermidade soffrem horrozosamente, têm dozes cruciantes locais e compromettido o funcionamento de orgãos importantes da economia, além de perturbacões trophicas muito graves.

Clinicamente observamos que, entre as saliencias vaginaes anterior e posterior apparece o collo do utero, que monta sobre o orificio vulvar, revelando a sua presença pelo aspecto



roseo pallido delle e o orificio do *focinho de tenca*.

O prolapso completo offerece á vulva um aspecto inteiramente característico: entre os grandes labios percebe-se duas bossas separadas por um sulco transversal, a de cima maior, formada por uma cystocele se alonga no sentido vertical, a outra collocada transversalmente, corresponde a rectocele, e o sulco representa a entrada da vagina, ponto no qual se deve introduzir o index para tocar este canal.

Algumas vezes, pelo toque vaginal, nota-se que o utero é deslocado e descido, porque o dedo encontra o *focinho de tenca* muito perto do orificio vulvar e no entanto trata-se apenas de um alongamento do collo.

Deve-se applicar então a hystero-pelvimetria, mas ás vezes basta que a mulher faça um pequenino esforço para que o collo appareça, com a sua forma pathologica caracteristica, formando o nucleo deste duplo tumor.

E' a forma typica do prolapso uterino. O tumor é extezior, de volume comparavel com o de uma cabeça de feto, arredondado, periforme, cuja extremidade livre é inferior.

Constituido pela mucosa vaginal invertida como dedo de luva, rugosa, secca, apresenta algumas dobras transversaes, mais ou menos distendidas, segundo o grau e o volume da cystocele que elle occulta;

Immediatamente para traz vê-se o collo, muitas vezes pequeno, pouco distincto, cujos labios

são apagados, graças á distensão das partes visinhas.

O orificio cervical nem sempre occupa exactamente o polo inferior do tumor, ora está para diante, ora para traz, segundo o grau de abaixamento de cada uma das paredes vaginaes. Nos grandes tumores prolabados a palpação permite discernir a forma do utero; toda a porção vaginal, e mesmo a cystocele, dão a sensação de uma massa molle, pouco elastica, salvo o caso de repleção da bexiga que, produz á pressão um ruido de bozbulhamento, quando existe um pouco de enterocele.

O diagnostico do prolapso uterino é muito facil mas, como nem sempre o grau de abaixamento do utero correspondê ao das paredes vaginaes, não basta a simples inspecção da vulva, devendo-se fazer um exame minucioso da vagina, da bexiga pelo catheterismo e do recto pelo toque, exame este que mostra com mais ou menos precisão o grau de deslocamento de cada uma dessas visceras.

Não é absolutamente raro encontrar-se este orgão deslocado, havendo apenas uma cystocele ou uma rectocele ainda mal caracterisada.

De outras vezes o deslissamento da vagina dá logar a desvios uterinos e a cystocele assim pronunciada faz deslocar o corpo uterino para diante, provocando uma verdadeira anteversão; do mesmo modo a rectocele exerce ao nivel das inserções da vagina sobre o collo tracções mais ou menos fortes que têm por effeito bascular o

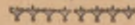
fundo do órgão para traz do que resulta a produção de uma retroversão.

Quanto á posição do utero, é ainda pelo exame mixto que se pode revelar alguma cousa. Com a palpação, o toque vaginal e rectal e o catheterismo podemos sempre conhecer a natureza do deslocamento genital.

Na anteversão o collo levado para traz e para cima é um pouco mais afastado da parte anterior do orificio da vagina do que no estado normal; por isto é que por traz do collo não se pode chegar até a face anterior do corpo; por diante, ao contrario, diminuido o *cul-de-sac* anterior, sente-se a face posterior do collo em extensão maior que de ordinario e ás vezes mesmo completamente. O toque rectal determina o grau de compressão exercida pelo collo uterino sobre o recto e permite notar-se se este corpo está na sua posição normal ou existe na parte posterior do utero algum tumor que occasiona o desvio.

Na retroversão, pelo toque nota-se a ausencia do collo, no *cul-de-sac* posterior, que se acha contra a parede posterior da vagina e seu orificio situado por traz da symphyse pubiana.

Pelo toque rectal, sente-se o fundo arredondado do utero que faz saliencia neste canal, e associando a este o toque vaginal, com a extremidade do dedo podemos algumas vezes circumscripto a massa uterina e até mesmo recalcar o órgão.



Não se pode perceber o collo com o especulo senão depois de ter abaixado o utero e mesmo assim este não é examinado senão em parte. O catheterismo é que deixa observar-se o utero, fazendo-o bascular para nos certificarmos que não existe nenhuma adherencia, porque estes desvios podem (mesmo na anteversão) ser provocados por um corpo fibroso qualquer, ou por um phlégmão retro-uterino.

Isto tem grande importancia no diagnostico, porque, se de algum modo interviermos em tempo, poderemos evitar a hecatombe do globo uterino, uma vez que somos avisados de que a queda da vagina dá lugar a desvios deste orgão.

Quanto ás anteflexões e rectroflexões dizemos apenas algumas palavras, no que estas affecções nos possam interessar.

O toque vaginal ensina qual a direcção do collo. Quando existe anteflexão, no *cul-de-sac* anterior encontra-se uma saliencia arredondada e dura, formada pelo fundo do corpo uterino que se dobra para diante; se ha rectroflexão, o dedo introduzido na vagina, em lugar de encontrar o collo e seu orificio inferior, vae de encontro á face posterior do utero cahido para traz na cavidade de Douglas que ao mesmo tempo deprime o abdomen acima da symphyse do pubis. Nota-se a ausencia do fundo uterino atraz desta mesma symphyse, e a queda do utero que faz bascular o *focinho de tenca* para traz e para cima, em sentido contrario.

Se ha rectroflexão, a direcção do collo é normal, mas encontra-se o *cul-de-sac* posterior occupado por uma saliência arredondada, dura, dolorosa á pressão constituida pelo fundo do utero. Quando a reflexão é completa apaga o *cul-de-sac* posterior, e nos casos rarissimos em que se encontra concomitantemente a vaginal retroflexão e a antesflexão—o toque rectal e vaginal nos revela os signaes caracteristicos.

Sabemos que a gravidez durante os primeiros mezes, pode dar a sensação de um utero em retroflexão e trazer difficuldades para o diagnostico, razão pela qual, nestas circumstancias, recorreremos á propedeutica obstetrica.

Finalmente é pelos processos propedeuticos já enumerados que nós conseguimos distinguir o prolapso uterino de outras affecções, taes como a inversão uterina, certos polypos do utero e os kystos vaginaes e uterinos. A differença entre estes estados pathologicos é frizante, fallecendo portanto aqui a necessidade de mais uma explicação.

PROLAPSO COMPLETO DA VAGINA E DO UTERO

(COM ALONGAMENTO HYPERTROPHICO)

Esta forma de prolapso devemos á Huguier que a descobriu em 1860. Mas este notavel scientista exagerou tanto o valor da sua descoberta, a ponto de dizer que o prolapso propriamente dito se constituia unicamente do alongamento hypertrophico do collo, o qual poderia

chegar a vulva e mesmo sahiz d'ella, enquanto o corpo uterino ficava na sua séde normal.

Os prolapsos sem alongamento eram para elle falsos prolapsos, até que Depaul surgiu a combater com muito brilho e successo esta sua theoria. Depaul provou que a hypertrophia do collo é ordinariamente secundaria e devida ás tracções exercidas pela vagina que desce na evolução do prolapso genital.

Estudou muito bem a pathogenia desta affecção e d'elle se conclue que das tzes porções do collo é a supra-vaginal que apresenta as modificações mais interessantes.

Umaz vezes é alongada, espichada, adelgada a ponto de ser reduzida a um cordão vazio, outras, ao contrario, se acha espessada e hypertrophiada.

Esta ultima é aquella á qual Huguier deu o seu nome, estando por tornaz extensiva á sua descoberta a forma do alongamento mechanico, admittindo que elle tivesse em parte razão, porque esta ultima forma era até então desconhecida.

Não é exacto, comprehende-se, o que elle dizia, porque na immensa maioria dos casos o alongamento hypertrophico da porção supra-vaginal do collo é secundaria e devida ás tracções exercidas pela vagina prolabada sobre este segmento do utero. A lesão pode ser primitiva ou consecutiva e, segundo o professor Bouilly, é este o caso typico mais ordinario do prolapso antigo.

Huguier,zepito, tinha de algum modo razão ainda mais porque, nos casos de alongamento por hypertrophia primitiva, são os pseudo prolapsos caracterizados por uma metzite parenchymatosa ou uma hypertrophia simples por superactividade nutritiva d'esta zona do collo. Este alongamento não podendo desenvolver-se livremente para o lado do abdomen evolue para a vuval, affrontando com elle suas inserções vaginaes, do que provém a inversão da parte superior deste conducto. Accrescentamos mais que esta lesão pode estabelecer-se a todo o collo, mesmo ao *focinho de tenca* que toma formas bizarras, taes são os collos tapizoides, em badallo de sino, etc.

Depois da brilhante defeza de Depaul, sabemos então que o alongamento do collo é em regra uma lesão secundaria, embora possa manifestar-se de começo com esta forma primitiva.

E' difficil precisar-lhe a natureza, mas todos os casos até hoje conhecidos por Olivier, Pillaet e outros têm sido de metzites parenchymatosas ou simples hyperplasias inflammatorias, etc.

O alongamento hypertrophico pode dar-se nos diversos segmentos do collo e, segundo Schroeder, o aspecto da lesão caracteriza a porção affectada. No segmento intra-vaginal o collo pode se desenvolver e alongar-se neste cylindro, sem comprometter os *cul-de-sacs* vaginaes, e então a lesão é isolada constituindo um falso prolapso; no segmento medio as lesões

vaziam, conforme a extensão da enjermdade, affectando deste modo o *cul-de-sac* anterior só, ou os dois ao mesmo tempo, sem lesões outas muito accentuadas e o collo pode ser alongado com ou sem hypertrophia.

Com a hypertrophia o tumor toma o aspecto vermelho-violaceo da congestão passiva, o collo é espessado e cylindroide, existe cystocele consideravel ou inversão muitas vezes total da vagina anterior e o *cul-de-sac* posterior é ordinariamente intacto.

No segmento supra-vaginal os dois *cul-de-sacs* descem por igual, a vagina é completamente invertida, o collo que occupa a parte anterior do tumor é muito alongado, porém ás vezes pequeno sem hypertrophia verdadeira.

E' quando a colpocele entza no seu grau mais accentuado tendo a bexiga em bisacco e uma ectocele consideravelmente grande. O collo muito hypertrophiado, apresenta-se sob a forma de uma massa arredondada, saliente, com um orificio cervical arredondado e cercado de uma grande exuberancia avermelhada e livida.

Pela palpação sente-se no meio do tumor uma especie de cylindro elastico e persistente, que se continúa com o corpo do utero fixado muitas vezes na bacia, por traz do pubis.

Comtudo, além da palpação, para prevenir um insuccesso no diagnostico, convem, como é de rigor, praticar o catheterismo do utero prolado, para fazer-se o diagnostico do alongamento

hypertrophico, e nesta ultima hypothese verifica-se então que a cavidade uterina, augmentada nas suas dimensões, conta 12 a 15 cms. de diametro vertical.

Tendo feito o diagnostico das colpoceles, inclusive a enterocele, depois mesmo do exame característico do prolapso uterino completo com alongamento, vamos agora tratar da variedade mais complexa e adiantada do prolapso genital.

Nesta, o collo forma um eixo mais ou menos expesso e rigido, dando a mão que palpa o tumor a sensação de uma corda ou um cylindro elastico e resistente que se continua para dentro com o corpo do utero, collocado para traz do pubis.

E' verdade que o catheterismo deste orgão fornece-nos as instrucções precisas no caso de alongamento no qual o hysterometro vae a grande profundidade, medindo 10 a 15 e mesmo 20 cms., mas quanto á forma do tumor sabemos que além destas hypertrophias, o collo pôde apresentar complicações outras muito variaveis e constantes.

Algumas vezes apresenta-se corroido e recortado, tomando insensivelmente a mucosa vaginal os caracteres da pelle.

A sua mucosa é sempre congesta e inflammada, ou porque provenha isto de alguma endometzite ou processos outros inflammatorios (quando o tumor se acha ainda encoberto pela vagina), ou porque exposto ás influencias atmosphericas e

atricos mechanicos seja aggravado de ulcerações, abcessos gangrena, etc.

Nos prolapsos antigos notamos frequentemente dessas ultimas complicações, o que achamos muito natural desde que a superficie do tumor não é outza cousa senão a mucosa vaginal, muito delicada e sensível, revizada como um dedo de luva sobre ella mesma, por uma especie de invaginação analoga a que se produz no prolapso rectal.

Na pesquisa do diagnostico, de tudo é necessario saber-se, e não é demasiada exigencia inquerir do estado do utero, das lesões dos seus ligamentos e alterações do perineo, a não ser que o tumor seja de todo herniado quando a palpação auxiliada pelo catheterismo vesical e pelo toque rectal, basta para dar uma noção exacta do conteúdo do prolapso.

Este methodo é de muito alcance e grande utilidade clinica. Ora, fazendo a exploração do estado do utero podemos avaliar por essa palpação bimanual bem executada se o utero está ou não hypertrophiado, estudal-o mesmo desde o fundo até o collo, apreciando a sua forma, situação, direcção, etc.

A palpação, dizemos mais uma vez, é o processo mais evidente, positivo e que nos dá sensações precisas e instrucções magistraes da lesão constituida.

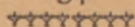
Concluindo esta semeiotica observamos o seguinte: 1.º tudo que pertence a procidencia vaginal é molasso, cuja tensão e elasticidade

augmentam na cystocele principalmente com a repleção da bexiga; 2.º que a enterocele percebe-se pelo bozbulhamento e consistencia pastosa do tumor; 3.º no caso de se tratar de uma queda do utero sem hypertrophia cervical, poder-se-á pegar o proprio collo uterino e estudar os seus differentes segmentos; 4.º que a forma typica do prolapso com hypertrophia consecutiva ou primitiva do collo bem depressa se percebe por este segmento do utero bastante alterado no centro do tumor.

Para terminar resta fallarmos do estado do utero, dos ligamentos proprios deste orgão e finalmente do perineo.

O utero nesses casos é consideravelmente comprometido na estructura e trama intima dos seus tecidos, apresenta-se sempre augmentado de volume e peso, hypertrophiado no seu conjunto; o *focinho de tenca* é volumoso, infiltrado e coberto de ulcerações, ás vezes em consequencia dos attritos constantes e repetidos que soffre o orgão deslocado e exposto ás influencias atmosphericas.

Este alongamento hypertrophico dá ao utero a forma cylindroide regular com um collo de volume variavel, medindo todo o orgão 15 á 20, ou mais centimetros de extensão. A séde da lesão é propriamente o collo que apresenta o tecido muscular liso muito hypertrophiado com infiltração do tecido conjunctivo frouxo. Os vasos



uterinos e utero-ovarianos são dilatados, flexuosos, extasicos e apresentam suas tunicas espessas e esclerosadas. Notam-se endometrites e perimetrites. Os lymphaticos são tambem muito dilatados, as veias em seios irregulares de paredes expressadas, formam extases venosas e os ganglios se acham inflamados e infartos.

Além destas alterações o utero pode apresentar lesões de endometrite e metrite parenchymatosa.

O seu apparelho de suspensão é sempre alterado nos prolapsos completos: os ligamentos largos alongados, distendidos e adelgaçados, arrastam os annexos, ás vezes inflamados; os ligamentos redondos apesar de resistentes, sofrem a mesma sorte dos ligamentos largos; finalmente os utero-sagrados ficam, por sua vez tão deformados que parecem duas fitas.

O soalho pelvico, que é o apparelho de sustentação do utero é sempre adelgaçado e enfraquecido no prolapso. Ora se apresenta espesso, e a vulva ligeiramente dilatada, embora a ruptura seja bastante consideravel (Duplay e Juzeaux); ora sem ruptura apparente é adelgaçado e exuberante para baixo, devido á ruptura muscular intersticial que mascara assim o perineo reduzido á mucosa e pelle.

Na maioria dos casos a ruptura verdadeira do perineo é bastante consideravel e complica seriamente a pathologia do prolapso. Ella im-

porta não somente nos tecidos próprios do perineo como também nos profundos, como o musculo levantador do anus, as aponevroses, etc.

Os corpos musculares são pallidos, delgados e atrophiados, parecendo isto devido ás lesões nervosas e vasculares produzidas pela distensão naturalmente consideravel desses mesmos elementos, factor primordial na producção dos prolapsos genitales. No peritoneo pelviano, os *cut-de-sacs* são abaixados na descida do utero, tornando-se mais profundos, mais frouxos e deslizam sobre os planos subjacentes.

O tecido cellulaz é destrphiado e se acha em completa dissociação.



TRATAMENTO

DOS

PROLAPSOS VAGINAES

O tratamento dos prolapsos genitales é hoje perfeitamente comprehendido e muito satisfazem já os resultados brilhantes que observamos diariamente na clinica. Gynecologistas eminentes e autorizados pela experimentação e talento, fazem conhecer-se pelo universo inteiro os principios essenciaes dessas intervenções nas suas obras didacticas, sabias memorias, e communicações primorosamente illustradas e instruidoras.

Felizmente approximamo-nos á passos largos do nosso idealizado zenith. Hegar, Kaltentbach, Pozzi, Richelot e outros, muito se têm empenhado para que o tratamento do prolapso genital seja hoje uma realidade.

As communicações de Quenú á Sociedade de Cirurgia de Paris em 1893 e as memorias de Bouilly ao Congresso de Cirurgia em 1896, foram dois legados preciosos para o mundo scientifico.

Entretanto, a cura dos prolapsos genitales é

para a humanidade e a sciencia, contraziada muitas vezes, por circumstancias varias e imprevistas que só á Natureza compete incriminar-se, apesar dos inumeros recursos da sua vasta therapeutica.

Para saber-se, o que se deve fazer em cada caso é indispensavel que se conheça, como preliminares, a pathogenia da affecção, a constituição organica do doente, tendo em muita conta, o seu estado geral, os phenomenos mechanicos e dystrophicos e a sua symptomatologia, e dahi, pois, se collige que, para intervir num caso de prolapso, seja elle qual for, deve-se proceder com muito raciocinio e criterio.

Nem sempre se pode intervir com o fim de curar, ou porque a occasião não o permitta, pelas condições morbidas do orgão affectado, ou porque o estado de sensibilidade ou depauperamento organico sejam contra indicações naturaes, ou finalmente porque, lesões outras de orgãos importantes da economia, atestem a impossibilidade de se poder submeter o doente á qualquer dos processos considerados de escolha. A cura de um prolapso genital, por mais simples que pareça, não está exempta de perigos, em razão da longa duração da intervenção e da notavel quantidade de sangue que ella faz perder a um doente, muitas vezes já bastante enfraquecido. Isto é mais grave ainda, quando se tem de praticar a amputação elevada do collo a qual provoca um escoamento abundante de sangue,

apezar dos meios empregados para o estabelecimento da hemostasia preventiva.

Como em toda intervenção grave, a prudencia ordena que se seja sempre muito cauteloso, não só quanto ao resultado definitivo da operação, como ainda pela saúde e a propria vida do doente.

Entretanto, não se deve ser demasiado tímido, e uma vez que não haja contra indicação real, deve-se pôr em pratica a operação que julgar mais accertada, porque, esta sendo bem executada, não terá insuccesso, senão excepcionalmente e nestes casos o cirurgião saberá cercar-se de todas as garantias necessarias.

A precipitação no exame da affecção pode conduzir o cirurgião á uma decepção comprometedora para a sua reputação e muitas vezes para o estado de saúde do doente, aggravando sobremodo, a sua enjermidade.

Nunca se deve esquecer estes preceitos primordiales da technica. O cirurgião não deve intervir quando reconheça que da sua intervenção não advem reparação alguma para o mal ou, pelo menos, a melhora do estado da affecção.

Depois destas ligeiras considerações que acabamos de fazer e procurando coordenar todos os meios e processos que conhecemos para o tratamento dessas affecções, dividimos esta importante questão em tres classes bem distinctas a saber: *Tratamento preventivo ou prophylatico, tratamento palliativo ou medico e tratamento curativo ou cirurgico.*

TRATAMENTO PREVENTIVO OU PROPHYLATICO

E' muito simples e quasi se prende inteiramente á therapeutica obstetrica. Deve-se impedir que as recém-paridas cometam imprudencias, fazendo que ellas guardem o leito durante o tempo sufficiente, obrigando-as mesmo a se conservarem em repouso absoluto, pelo menos nos primeiros dias que se seguem ao parto, e depois que não se dêem á trabalhos fatigantes e se entreguem ás occupações mundanas, antes da involução completa dos orgãos genitales.

Estas recommendações servem especialmente ás mulheres predispostas, áquellas em que notamos uma certa tendencia ao relaxamento dos tecidos fibrosos, ás que soffrem de dilatação gastrica, enteroptose, nephroptose, etc., symptomas estes de neuro-arthritismo typico, como diz Richelot.

A prophylaxia depende tambem dos cuidados que se deve ter durante o parto, nas applicações grosseiras do *forceps*, as quaes tantas vezes dão lugar á rupturas consideraveis do perineo.

Quando isto acontece a reparação das rupturas e deformidades perineaes deve ser immediata, o estabelecimento de cuidados appropriados *post-partum* impõe-se formalmente afim de se obter, pela hygiene e uma therapeutica especial a involução natural e completa do utero e tecidos perineos. Muito a proposito da etiologia essencialmente obstetrica do prolapso, lembramos quanto vale o perineo na estatica do cylindro



vaginal, fazendo comprehender-se que este conducto, principal sustentaculo do utero, soffre um relaxamento progressivo durante a gravidez que o arrasta consequentemente para o orificio vulvar. Um emagrecimento subito, e todas as molestias debilitantes e consumptivas favorecem tambem poderosamente a queda da vagina e do utero, diminuindo a resistencia dos ligamentos largos. Pode-se dizer o mesmo das profissões penosas, daquellas que dependem de esforços continuos e prolongados, as quaes têm effeito directo sobre o augmento da pressão intra-abdominal, e sob a influencia d'esta, o fecho intestinal pesando continuamente sobre o utero e seus annexos, acaba por vencer a resistencia delles.

O que se deduz d'este enunciado é que essas pobres mulheres devem procurar evitar os esforços exagerados, mesmo aquellas que são appazentemente fortes, bem como as grandes quedas e pancadas na bacia e o excesso das contracções na defecação, na tosse etc., etc.

TRATAMENTO MEDICO OU PALLIATIVO

Consiste na redução do deslocamento e emprego dos pes.azios e hysterophoros.

Para a collocação do appazelho de escolha devemos previamente fazer a redução das partes prolabadas. Nos casos simples a redução é muito facil, mas ás vezes, o tumor está tão congesto, volumoso e edemaciado ou adherente ao

peritoneo que embaraça sobremodo de se fazer operação. Trata-se primeiramente de diminuir o engorgitamento do tumor e quando ha adherencias peritoneas, destruil-as. Se ha oedema ou inflammação começa-se por manter o doente em repouso horizontal, administrando-lhe banhos quentes, injeccões mornas e prolongadas; applica-se sobre o collo tampões glicerinados ou pratica-se, como excellente a massagem. Tendo o tecido recuperado a sua tonicidade normal, procede-se, depois de esvasiar previamente a bexiga e o recto, á reduccão do utero, com o doente na posição dorso-sagrada, ligeiramente em declive ou na posição genu-peitoral que facilita bastante a operação. Não se deve empregar força na reduccão, e proceder sempre com brandura e paciencia. Para alguns cirurgiões americanos, como Skone e outros, basta manter os doentes na posição genu-peitoral durante 10 á 15 minutos, diversas vezes por dia e isto durante mezes, o que têm feito com resultado nos casos simples. O tumor uma vez reduzido, é necessario mantel-o em posição por meio de um appazelho especial, porque, algumas vezes elle é tão incoercivel que se reproduz depois, espontaneamente ou sob a influencia de um esforço qualquer.

Os meios empregados para manter a reduccão dos prolapsos são diversos.

Tem-se recommendado alternativamente as injeccões adstringentes, as injeccões sub-cutaneas de ergotina, o tampão parcial ou total da vagina, a massagem, etc.

Sieliski, Fellner, Braun von-Fernwald, e outros massagistas imaginavam que o prolapso poderia ser curado pela massagem applicada methodicamente; mas Richelot, Barozzi e todos os gynecologistas modernos não aceitam tal ingenuidade e sabemos todos que ella pode entretanto descongestionar o tumor, facilitando a sua redução.

Fritsche tem conseguido nos casos recentes fazer com a massagem desaparecer o oedema e a hypertrophia e deste modo reduzir o utero já considerado irreductivel pelo seu volume. Se a mulher, diz elle, sabe evitar as imprudencias e excessos investivados, pode curar-se de uma maneira duradoura e bastante satisfactoria sob a fluencia desta therapeutica. A massagem é hoje indicada, unicamente para dissipar a tenacidade e a contractibilidade dos tecidos pelvianos, especialmente dos levantadores do anus, emboza affirme M. Stroynowski ter registado casos de cura pelo methodo de Brandt.

O prolapso completo complica-se muitas vezes de oedema, escoriações, pequenas ulcerações, algumas muito dolorosas que se assentam no (*fo-cinho de tenca*) ou nas paredes vaginaes espessadas, muito infiltradas, apresentando ás vezes placas de esphacela superficiaes; lesões todas que devem ser tratadas e curadas antes da applicação do pessario ou do hysterophoro. A recediva destes accidentes que muitas vezes são o ponto de partida de complicações outras muito serias, taes como erysipella, abcessos, gan-

grena circumscripta com perfuração da bexiga, do que se pre vine a essas mulheres, recommendando-lhes observarem o asseio mais rigoroso e methodico.

Para isto, prescrevem-se lavagens, duas vezes por dia com solução emoliente (a althéa), lubrificação de todo o tumor prolabado com vasilina cocainizada, etc.

Os pessarios e hysterophoros são appazellos de contensão destinados a manter no logar proprio os orgãos depois da sua redução. Muitas vezes o cirurgião aconselha o uso de um pessario provisório, esperando apenas, o momento favoravel para intervir de uma maneira mais radical; outras porém, o doente é condemnado a usaz este incommodo appazello toda a sua vida, ou porque elle repilla os meios sangrentos, ou porque a intervenção cirurgica seja para o cirurgião, contraindicada de uma maneira formal.

O uso do pessario é um meio verdadeiramente palliatio, precario, que produz ao doente um allivio muitas vezes illusorio. Kreisky diz ter obtido bons resultados com os pessarios oviformes que podem ser adaptados, perfeitamente, nas mulheres velhas de vagina estreita.

O pessario não deve ser prescripto, em conclusão, senão como palliatio temporario, até que se possa intervir cirurgicamente, mas ha casos, entretanto, em que o unico recurso consiste no emprego de meios contensivos, porque a operação offerece gravidade particular, sendo

formalmente contra indicada pelo que já dissemos anteriormente. Dá-se o mesmo no caso dos prolapsoos muito grandes, absolutamente irreductiveis, coincidindo algumas vezes com uma eventacção ou hernia dos outros orgãos. Mesmo assim para que o pessario possa conservar-se no lugar e ter alguma utilidade para o doente, é preciso: 1.º Que a solidez do perineo não seja muito compromettida; 2.º que a vulva não esteja muito dilatada; 3.º que as paredes vaginaes não sejam relaxadas em excesso, pois que é sobre ellas que o appazelho deve tomar o seu ponto de apoio.

Por isso é que o uso do pessario, logo no inicio da lesão, pode ser grande palliativo para o enfermo e retardar por longo tempo a evolução quasi fatal do prolapso. Todavia este é sempre ficticio e de pouca duracção, porque á medida que a lesão progide e as paredes da vagina se relaxam, faz-se preciso dar ao appazelho dimensões cada vez maiores, e chega finalmente o momento em que elle é insufficiente para manter o utero reduzido. Nas formas graves o utero perde o seu lugar no ventre, os pessarios ordinarios não têm utilidade, absolutamente alguma sobre elle, e o tumor utero-vaginal sae instantaneamente, impellindo o appazelho diante d'elle. Empregam-se então os pessarios de pé ou hysterophoros e as faixas hypogastricas.

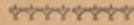
Nestes casos, não é bastante evitar a sahida do utero, é ainda necessario diminuir a pressão intra-abdominal e impedir que a massa intestinal

pese sobre este órgão, o que se consegue recomendando ás doentes o uso permanente de uma cinta bem feita ou, o que vale mais ainda, a faixa de *crepon Velpeau*, a qual encola-se bem apertada em volta do abdomen. Os hysterophoros contêm uma cupula na qual repousa o collo do utero, e esta é presa, por uma haste rigida, á uma cinta abdominal. A contensão para este apparelho é perfeitamente mantida, mas infelizmente nem todas as mulheres se accomodam com instrumentos tão complicados que fatigam-nas tanto, á ponto de causar lesões ulcerosas do collo. Mas, de uma maneira geral, e uma vez que sejam convenientemente applicados, os hysterophoros servem com algum resultado. Quanto ao modelo á adoptar, a escolha depende do gráu do prolapso e da conformação da vagina, da vulva, etc. Os pessarios mais usados são os de Dumontpalliez, de Hudge, o de Schultze e o de az de Garziel.

TRATAMENTO CIRURGICO OU CURATIVO.

E' o methodo racional e completo. A sua applicação depende como já tivemos occasião de dizer, do criterio do cirurgião. A maneira de agir e o processo á empregar são variaveis, subsistindo todavia, immutaveis os principios geraes, quaesquer que elles sejam.

No capitulo seguinte deste trabalho — «a escolha do processo» — fazemos ligeira critica de todos os processos actualmente empregados.



Parece-nos que o methodo excellente de Fritsch corresponde á todas as indicações operatorias, porque é o mais empregado, soffrendo emboza, algumas variantes nos detalhes da technica de Bouilly, Pozzi, Chaput, Quenú, Follet, Routiez, e Pierre Delbet. De todos estes, é o methodo de Bouilly o que julgamos melhor, pelo seu fundo essencialmente pratico e elegante, baseado em 38 excellentes observações todas inneditas e pessoaes.

O tratamento cirurgico applicado aos grandes prolapsos, era puramente symptomatico, ha poucos annos ainda, porque repousava exclusivamente sobre os elementos exagerados da affecção, como a cystocele, la rectocele, o alongamento hypertrophico do collo e o enfraquecimento perineal. A queda e a amplitude da vagina não eram tratadas com o rigor necessario e a colpo-perineorrhophia era reservada aos casos clinicamente manifestos de prolapso vaginal posterior e de enfraquecimento perineal. Mas, pouco á pouco, os recursos augmentaram, se completaram e aperfeiçoaram-se depois. As etapas de cada evolução destas foram, como sempre costumam ser, muito facéis de se seguir e o dia veio, em que se adquirio o perfeito conhecimento da causa, e ella por sua vez, tomando o seu caracter definitivo, fez espargir mais uma luz no espaço incommensuravel da sciencia.

Não ha muito tempo que foram perfeitamente conhecidos estes principios geraes que consistem, não somente na pratica da colpo-

chaphia anterior e da colpo-perineorrhaphia, mas ainda na das ressecções vaginaes extensas, combinadas á amputação elevada do collo ou da hysterectomia. Pela historia, percorrendo as observações e pesquisas feitas nestes longos annos, vê-se que, até 1891, a amputação, alta ou baixa do collo uterino, combinada o mais das vezes á colpo-perimorrhaphia, é feita, nos casos de grandes prolapsos genitales, acompanhada de alongamento hypertrophico do collo, com ou sem ruptura perineal.

No tratamento cirurgico podem ser classificados da maneira seguinte, os differentes methodos que têm sido empregados:

1.º *Operações plasticas*; 2.º *Hysteropexias ou constituição de um ponto de apoio para o utero do lado da vagina, da vulva e do perineo*; 3.º *Levantamento do utero pelo incurtamento dos ligamentos largos e redondos*; 4.º *Operações plasticas do collo*; 5.º *Hysterectomias*.

Estas operações são empregadas ordinariamente de conjuncto, e segundo o modo de pensar do nosso grande mestre Richelot, toda a intervenção cirurgica applicada á um dos prolapsos genitales, deve comprehender duos actos bem distinctos: *Um fundamental e outro complementar*.

Empregadas sós, essas operações tão conhecidas hoje, não valem nada, porque não mantêm por si a redução do utero, e a recediva é fatal.

ESCOLHA DO PROCESSO

(Operações plasticas applicadas aos pequenos prolapsos)

Todo o prolapso genital, quaesquer que sejam os seus caracteres anatomo-clinicos e em qualquer das suas modalidades pathologicas, precisa de ser operado, á não ser em casos excepcionaes em que o cirurgião não poderá intervir, taes são as contra-indicações formaes e positivas que se apresentam.

Uma vez decidida á operação, elle empregará o processo que lhe parecer mais appropriado ao caso, afim de curar definitivamente o seu doente ou allivial-o. o melhor que possa, dessa encomoda enfermidade, (se por ventura, os recursos da sciencia já não são sufficientes para entzeter uma cura definitiva). Por isso é que se deve intervir cedo e opportunamente, porque deste modo, sempre se terá occasião de tratar convenientemente esta enfermidade. Eis ahi mais um ponto, em que tão intimamente, se relacionam estes estudos vastos e complicados das hernias em geral.

Como principio, deve-se ter em mente, que não ha uma só forma de prolapso e por conseguinte, não podemos ter um unico processo de tratamento. Além das suas formas typicas, formas anatomo-clinicas mais communs, ha uma immensidade de variantes intermediarias, ás quaes temos de adaptar variantes das operações classicas. E' sempre na combinação, mais ou menos complexa, desses varios processos, que vamos encontrar o remedio efficaz para a affecção que procuramos combater.

A formula da intervenção está, pois, á juizo do cirurgião, qualquer dos processos pode dar muito bom resultado, uma vez que elle seja applicado convenientemente e executada com intelligencia a sua technica. E' por isso que o cirurgião deve ser sempre muito minucioso e preciso, áfim de assegurar bem o resultado de seu trabalho e a sua reputação profissional. Ora sendo o prolapso genital uma eventração pelviana—uma hernia portanto, devemos ter em vista, como principio fundamental, a sua redução definitiva.

Esta operação, porém, obtida pela simples redução manual, não impede que a eventuação se reproduza em mais ou menos tempo, consistindo esta intervenção em simples tratamento palliativo. A operação deve ser radical, isto é, dirigir-se, não somente ao sacco herniario, á ptose da bexiga, do utero, e do recto, mas fazer, principalmente, a refecção do soalho vaginal-perineal, isto é, do apparatus de fixação

e sustentação dos órgãos genitales. Considerando este acto operatorio, devemos, agir conforme elle se prenda ao soalho vagino-perineal só, ou tambem aos órgãos que pesam sobre elle. E' a causa da ptose que devemos destruir. Quando esta interessa o soalho vagino-perineal só, o acto operatorio differe ainda, segundo ella compromette o perineo só, ás paredes vaginaes, ou ás duas concomitantemente. No primeizo caso o nosso trabalho será reparar ou antes, construir um perineo novo, alto, espesso e resistente que é o objecto da colpo-perineorrhaphia.

No segundo caso procede-se ao levantamento dos órgãos prolabados. Aqui a indicação se baseia em reduzir a amplitude exagerada das paredes da vagina e de transformar a cavidade vaginal em um espaço virtual, tal qual se apresenta normalmente, com as suas paredes anterior e posterior justapostas.

E' com este fim que se praticam as colpoorrhaphias que comprehendem a recessão da parte exuberante da vagina, seguida da sutura dos bordos da superficie avivada.

No terceiro caso, faz-se a junção destas duas operações, a colpoorrhaphia e a colpo-perineorrhaphia. A colpo-perineorrhaphia é a que gosa principal papel e trata directamente da colpocele posterior.

A colpoorrhaphia tem a propriedade de levantar a bexiga e se oppõe á volta da cystocele pelo encurtamento do espaço que separa o

utero do pubis, sendo o fundo da bexiga recalcado pela face anterior do utero para a sua séde normal. E' um dos meios de fixação para o utero, e a sua vantagem com relação á este orgão, embora não seja tão grande, todavia compensa bastante, approximando o utero do pubis, — deslocando-o deste modo em massa, para fixal-o em anteversão. Esta situação é precisamente a que melhor convem, porque não favorece em nada, a tendencia á recidiva e desta sorte o orgão é completamente subtrahido ao peso da massa intestinal. Não insistimos sobre esta consequencia, particularmente feliz, da recessão vaginal anterior na cura dos prolapsos, considerando como radical e definitiva aquella que se faz directamente sobre os orgãos que sustêm e fixam o apparelho genital. E', pois, o fechamento da vagina pelo adossamento das paredes anterior e posterior que se oppõe á descida do utero.

A forma das incisões nas recessões não deixa de ter a importancia que alguns lhe querem negar e nisto discordamos do illustre Professor Pozzi que é dessa ultima opinião. E' muito racional e todos comprehendem perfeitamente que não só as dimensões da recessão, como tambem a forma destas, não podem deixar de ter alguma influencia no resultado da intervenção; porque a figura á traçar, deve estar mais ou menos em relação com a distensão da vagina. Pozzi prefere a incisão triangular, Bouilly a quadrangular, Hegar a ovalar e a elyptica.

Ora, é logico que, havendo uma grande desproporção no relaxamento das paredes vaginaes, a forma da incisão ha de influir fatalmente na reparação destes tecidos desigualmente deformados.

Não se pode ser *systematico* em cirurgia.

O cirurgião nem sempre deve empregar os processos classicos, taes como elles são indicados, e sim com as modificações que lhes pareçam necessarias.

Tendo em vista a necessidade de ressecar muito, a forma triangular de Pozzi e a quadrangular de Bouilly, são excellentes e preenchem perfeitamente a condição primordial das colporthaphias; mas em uma colpocele pequena, a forma ovalar ou elyptica de Hegar deve ser a preferida. O que se deduz dahi, é que a forma do retalho é tambem da responsabilidade de quem opera.

Comprehende-se que nem sempre o cirurgião pode empregar os processos cirurgicos, taes como elles são theoreticamente estudados, mas delles servem se sempre, para norma do seu trabalho.

Diz Barozzi, que a forma do retalho não tem, é verdade, grande importancia, porém que se deve subtrahir francamente, tudo que é exuberancia da vagina e accrescenta: «nunca se sacrifica de mais a parede vaginal relaxada». Não somos tão liberaes neste ponto, embora saibamos que, com a colporthaphia não podemos ser conservadores. Somos exclusivistas nesta questão, não nos importando o que bem diz a norma da cirurgia moderna.

Sejamos aqui essencialmente precisos, como o são todos os scientistas inglezes: não ressecando da vagina, senão aquillo que se deve ressecar.

Baseados nestes principios dos quaes não nos devemos desviar uma linha sequer, dois processos são excellentes, o de Hegar e o de Bouilly que, por si só, satisfazem perfeitamente a cura dos prolapsos simples, não complicados de deslocamento uterino ou de alongamento hypertrophico do collo.

Em geral emprega-se a colporrhaphia anterior nos casos de cystocele e a colporrhaphia posterior nas rectoceles: operações estas que devem sempre auxiliar a colpo-perineorrhaphia. Todavia a colpocele posterior não exige a restauração do perineo propriamente dito, e a intervenção pode consistir simplesmente na refecção da parede vaginal posterior prolabada.

Nas colpoceles simples, isto é, nas formas cysto-vaginaes, a colporrhaphia por si só, basta muitas vezes; a operação pode consistir na refecção da parede vaginal anterior prolabada, o que convem perfeitamente para a redução da cystocele, ou na da parede vaginal posterior, para os casos de rectocele. Qualquez, porém, destas operações não tem influencia, absolutamente alguma, sobre o relaxamento da parede opposta.

Nos casos de colpocele total é preciso associarmos os dois processos para se obter uma cura completa, fazendo o que se chama uma

dupla-colporrhaphia. A colporrhaphia posterior é a intervenção mais directa e efficaz. A dupla colpectomia é, ainda mais, a parte primordial na reparação da deformidade, porque é ella que deprime o ponto verdadeiramente exuberante da vagina e representa ahi a operação fundamental.

Se, porém, a intervenção se applica ás rectoceles complicadas de um certo gráo de enstaquecimento perineal ou mesmo de verdadeira ruptuza, recorre-se á colpo-perineorrhaphia.

E' a unica operação capaz de, por si só, ser sufficiente para a cura definitiva dessas deformidades genitaeas.

As perineorrhaphias são, pelo seu methodo racional e intelligentemente pratico, operações muito benignas e de efficacia comprovada diariamente na Clinica.

São muitos os processos conhecidos deste genero de operações plasticas, mas aqui, só fazemos menção dos principaes, cuja utilidade pômos, desde já em evidencia.

Todos elles, como sabemos, partem de dous methodos: o de avivamento e o de desdobramento. No primeiro classificaremos o processo de Hegar, Bouilly e o novo processo de Emmet.

No segundo, temos o processo de Dolexis, o de Lawson-Tait, o de Pozzi, que é uma modificação d'este ultimo e finalmente, a myorrhaphia dos levantadores do anus.

O processo de Hegar tem hoje uma excellente modificação de Richelot que o doptou de uma



prática muito mais expedita e constitue um processo novo que tem dado sempre os melhores resultados. Nós o recommendamos pela grande simplicidade e rapidez da sua technica que permite executar-se as colpozrhaphias mais complicadas, obtendo-se sempre os melhores resultados operatorias.

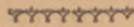
O seu auctor tem feito cerca de quatrocentas destas operações com dous casos apenas de decesso.

Bazozzi é um grande entusiasta d'esta operação que tambem lhe tem grangeado muito exito.

No methodo de avivamento incluímos o maravilhoso processo de Bouilly, justamente aquelle que satisfaz as nossas indicações e todas as exigencias da technica moderna. Preciso na excisão do retalho perineal, elle faz perder relativamente pouco sangue ao doente e ainda mais a sua simplicidade e rapidez na execução são outras tantas razões em seu favor.

Fallamos ainda do processo de Emmet que tem sido applicado na America do Norte, nos casos de relaxamento do orificio vulvar, e que apesar das diversas modificações que tem soffrido não preenche, entretanto, o desejo daquelles cirurgiões.

Abzamos aqui, um parentese para ajuizarmos da questão á respeito das vantagens do avivamento sobre o methodo de desdobramento perineal. Diz Lagrave que, de uma maneira



geral prefere-se para as restaurações vaginaes os meios que não supprimem tecidos áquelles que excisam e ressecam uma parte da parede da vagina.

Theoricamente não deixa de ter razão este notavel scientista, porque em lugar de se fazer o fechamento da vulva e a obturação da columna posterioz pela excisão da mucosa, parece melhor suspender no maximo essa porção de tecido exuberante sobre o seu confluyente posterioz no perineo, cuja deformidade é a questão principal.

Pozzi aconselha que se escolha entre a perineorrhaphia de Dolezis e a de Emmet, porém Lagrave diz que se faça o desdobramento á uma grande altura, juntando a ella a sutura dos levantadores do anus porque assim se obterá, não somente uma vulva sufficiente, mas ainda um perineo espesso, e sobre a columna posterioz da vagina, um plano inclinado formado pela sutura das mucosas vaginaes anterior e posterioz o qual é representado pela cicatriz encontrada na abobada vaginal, em via de reconstituição: Sutura esta que forma uma barra fixa a qual contem o utero em posição. Este processo só teria utilidade nos casos em que a vulva bastante aberta, estivesse em concomitancia com o zelamento do perineo, mas sem deslocamento absolutamente algum.

Para os grandes prolapsos a sua efficacia é muito justamente contestada porque diminuzia a extensão da parede vaginal posterioz,

oppondo-se deste modo á suspensão do órgão prolapsado. Por egualdade de circunstancias esta operação não pode ser auxiliada pela de Alexander, ás vezes necessaria. Finalmente elle não estreita a vagina verdadeiramente, como fazem os processos de avivamento e apenas diminue o orificio vulvar. Em synthese, a escolha do processo é uma questão exclusiva de raciocinio e qualquer delles pode satisfazer perfeitamente uma cura definitiva.

Uma vez provada a superioridade do methodo de avivamento julgamos-nos dispensados da dissertação dos processos de desdobraimento por não trazer vantagem alguma que interesse a nossa these. Para terminar não deixamos abafar o nosso enthusiasmo pelos processos de Hegar e de Bouilly, sendo que este ultimo é o melhor e o que mais se adapta ás outras operações complementares, quaesquer que ellas sejam, garantindo sempre facilidade na technica e muito exito.

Operações de fixação applicadas aos grandes prolapsos

Nos grandes prolapsos a intervenção consiste em praticar-se a hysterectomia quando se trata de um utero atrophiado e senil, fazendo por assim dizer parte do sacco herniario, ou em praticar a amputação do collo que resulta no levantamento da abobada vaginal a qual será fixada ao nivel da superficie de secção do órgão. Mas justamente, nestes casos em que se offerece

a escolha entre a amputação alta do collo e a hysterectomia, qual destas operações devemos escolher? A hysterectomia não se faz senão em ultimo recurso, como processo unico de tratamento, mas a amputação do collo, deve ser sempre preferida nos outros casos como por exemplo nesses prolapsos cysto-genitales hepertrophicos, nos prolapsos completos com alongamento do collo uterino, etc.

Quando se trata de uma mulher moça, maximé, ainda na idade cathameneal, deve-se fazer de preferencia a hysterectomia parcial á total, mesmo nos prolapsos inveterados.

Quando porém, a mulher é avançada em idade, depois da meno-pausa, e da qual se possa desprezar o acto da procreação, pode-se fazer a hysterectomia. Se existem lesões uterinas cujo prognostico pareça sombrio, deve-se então fazer a ablação completa do utero, como se dá nos casos de epithelioma, fibromas, metrorrhagias persistentes em idade avançada (cujo tratamento doloroso e prolongado não offerece vantagem alguma num orgão tornado inutil, já pela molestia, já pela idade avançada da doente).

Todavia as metrites totaes e mesmo as do collo devem ser tratadas pela amputação alta, que é a sua melhor theραπεutica. Não obstante isto, circumstancias outras poem em serios embarços a resolução do operador. Se, por exemplo se tratar de uma mulher ainda moça, cuja idade é uma condição imperiosa para a conservação do orgão da procreação admit-

tindo-se a hypothese de uma hypertrophia do collo e sobretudo com abaixamento do utero é o bastante para o cirurgião intervir. E' preferivel conservar um utero pouco abaixado, qualqueer que seja o alongamento hypertrophico do collo á subtrahir aquelle cujo collo é muito pouco alongado porém que é de todo precipitado. E' evidente que no primeiro caso a conservação do utero, será necessaria para a fixação da vagina, como ponto de apoio, mas no segundo, pelo contrario, ella concorrerá bastante para a descida da vagina pelo peso da sua massa, sem sustentação propria. E' nestes casos que á hysteropelvimetria nos presta tão relevantes serviços.

Parece á alguns menos escrupulosos, um pedantismo, medir-se, não somente o grau de alongamento hypertrophico do collo, mas ainda o de abaixamento do utero.

A sua importancia tem sido comprovada innumeras vezes pelos mais abalisados no assumpto. O seu valor é de tal ordem que nos serve, até para a formação do prognostico. Tem-se observado que quanto maior é o alongamento hypertrophico, menor é o abaixamento do utero e o resultado da intervenção gosa portanto de muito mais probabilidades favoraveis.

E' considerado indicação para á hysterectomia todo o abaixamento superior á 10 cms., quez o utero esteja atrophiado ou alongado na sua posição cervical, e da mesma maneira indicação para a amputação elevada do collo, os abaixamentos até 10 cms., attingido ou não de alonga-

mento cervical hypertrophico. No primeiro caso os ligamentos não têm acção na sustentação do órgão, no segundo porém, ainda se acham resistentes, mas já em relaxamento progressivo.

Sabemos que a extremidade inferior do collo está normalmente situada á cerca de 2 cms. acima do estreito inferior da bacia e qualquer differença por mais insignificante que seja pode ser um signal importante para orientar o cirurgião.

Todavia se necessario se faz a amputação do utero, a mulher sendo ainda moça, podemos applicar o processo de Markwald ou a amputação sub-vaginal bi-conica, mas se a mulher é velha ou uma multipara edosa, a amputação alta ou super-vaginal é indicada, sobretudo se existem lesões ulcerosas no *focinho de tenca*.

Este processo poderia substituir vantajosamente á hysterectomia vaginal por ser mais benigna que a a extirpação total do utero, porque não se lesa absolutamente o peritoneo, podendo adoptar-se o processo de Schroeder que o seu autor empregava de preferencia no tratamento do cancro cervical, ou o que Bouilly adoptou, associando-o, ás largas colporrhaphias.

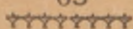
A amputação baixa do collo na parte sub-vaginal ou no *focinho de tenca* é necessaria todas as vezes que esta porção do collo é hypertrophiciada, tal é o caso em particular de certas hypertrophias congenitas.

Pode-se sempre nas amputações bi-conicas desta porção do collo que é situada ábaixo dos

cul-de-sacs da vagina, refazer um orificio bem revestido de mucosa e não susceptivel de se estreitar.

Esta operação é muito applicavel nas mulheres novas. A amputação alta do collo ou da sua porção profunda, deve ser reservada aos casos em que existe um alongamento hypertrophico notavel desta porção supra-vaginal, observado pela palpação bimanual e pelo catheterismo, porque em semelhante caso a columna cervical supra-vaginal tem ás vezes uma extensão de 5 á 10 cms. que constitue um obstaculo invencivel á redução duzavel. O collo deve, pois, ser ressecado, assim como a porção exuberante da vagina e para isto temos a trachelectomia e a colpectomia que são operações preliminares indispensaveis na fixação do utero e na refecção do perineo.

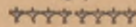
Deve-se sempre, como deixamos dito anteriormente, dar preferencia á amputação elevada do collo sobre a hysterectomia, quando a mulher tenha ultrapassado á menopausa, porque então o estreitamento e mesmo a obliteração do orificio cervical que succedem muitas vezes á disseccção elevada do collo, não offerecem perigo. Não acontece, porem o mesmo com as mulheres que ainda se acham na idade cathamenal, nas quaes a retenção do fluxo menstrual é para receiar muito. Nestas condições a hysterectomia pode ser applicada em combinação com a colpectomia e por estas considerações ainda se escolhe com mais vantagens a vaginal do que a abdominal e porque tambem a ope-



ração pode facilmente fazer-se em um só tempo.

A amputação do collo não deve ser empregada sempre á titulo de operação preliminar, todas as vezes que ha alongamento hypertrophico do collo; ella não tem por fim somente diminuir o peso do orgão á sustentar, e seu emprego é sobretudo reclamado pela necessidade evidente de restituir ao utero, as suas dimensões normaes, compatíveis com uma bôa redução.

Pouco importa que o alongamento anormal do utero seja resultante de um alongamento mechanico ou de um processo pathologico, porque em pratica, seja qual for o alongamento, a indicação formal da amputação do collo não se faz demorar. Convem que se prefira sempre que seja possível a amputação alta dessa parte cervical, á hysterectomy, convindo que esta operação é muito mais grave e complicada que aquella. Além do que é um perigo operar-se por este meio uma mulher que pode discretamente soffrer de alguma lesão pulmonar ou cardiaca, tendo já acontecido morrer a doente durante a operação em consequencia do choque operatorio; ainda mesmo que ella seja applicada justamente não passa um tempo complementar da operação, tão pouco excede em vantagem alguma á amputação do collo, exigindo além de tudo isto uma colpectomia concomitante e depois uma colpo-perineorrhaphia. Com effeito o ponto capital do



tratamento de todo o prolapso genital é o reforçamento do soalho vagino-perineal, que mantém o utero na sua séde normal depois de correcta a deformidade pathologica.

Nestas circumstancias o mesmo resultado podemos obter e com maiores vantagens, praticando apenas uma amputação muito alta do collo, porque esta operação se consegue fazer methodicamente, evitando a abertura da cavidade peritoneal. Depois que Bouilly modificou tão intelligentemente o processo de Schrodex, esta operação tornou-se muito corrente e preferida á todas as outras. É esta que nós escolhemos, bem orientados e instruidos nos seus excellentes principios pelo Dr. Guenard habil e jovem scientista.

A hysterectomia só por si já se faz respeitada, apesar dos recusos da asepsia e por isso só deve ser applicada nas formas muito graves de prolapso caracterizados pela irreductibilidade completa dos orgãos herniados que só podem ser operados por este genero de operações.

Entretanto o professor Pozzi tem executado diversas hysterectomias vaginaes com resultado compensadores.

De facto ella tem a sua utilidade incontestavel, e uma vez que não haja contra-indicação para a sua applicação e se esta operação é julgada necessaria á criterio do cirurgião a sua applicação será positiva, porque se subtrae um orgão tornado inutil, e incompativel com a propria vida do doente.

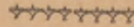
Tal é o caso de um fibroma um cancro do utero prolabado, de uma lesão inflammatoria, de neoformações peri-uterinas ou mesmo uterinas recalcando o orgão para baixo.

Esta operação imaginada e executada pela primeira vez por Muller e Wormser, é uma especie de colpo-rhaphia dupla, realisada n'um só tempo. Terminada a operação o utero desaparece totalmente e a extremidade superior da vagina é fechada em *cul-de-sac*. Os seus auctores reconhecendo mais tarde que a exclusão completa do orgão era dispensavel, reformaram a sua technica, contentando-se em affrontar a maior parte dos bordos do losango, e suturar os retalhos vaginaes aos bordos do côto-uterino.

Foi depois então substituida a ablação total do orgão pela hysterectomia parcial.

A gynecologia contemporanea muito deve á Bouilly, pelo excellente processo que elle legou á sciencia e que é hoje um methodo classico, se posso assim dizer. O seu trabalho é uma obra monumental, architectado desde longos annos com muita experimentação.

Bouilly para tornar mais facil a dessecção do collo, faz a hemi-secção transversal, de maneira á dividil-o em duas metades que se ressecam successivamente. Esta maneira de agir é excelente e foi logo adoptada por Pean, pois, inegavelmente este processo é de muito melhor technica que o antigo e especialmente appropriado para os collos volumosos. Mais tarde chegou a



ocasião de se pronunciar sobre o assumpto o nosso grande mestre Pozzi que finalmente o adoptou, embora ligeiramente alterado, á sua maneira. E' assim que elle dá uma incisão mediana ou sagital, a qual abre o collo e permite tomar sobre elle um ponto de apoio solido com pinças que se fazem collocar de baixo para cima precisamente como faz Doyen.

Salvo predisposição de certas mulheres ás ptoses do utero, e neste caso não se pode responsabilisar a intervenção já executada, uma vez que esta foi magistralmente feita e se observou todos os cuidados post-operatorios necessarios. E' conveniente pois, desta vez fixar bem o utero, fazendo mais uma operação complementar, uma hysteropexia qualquer, a operação de Alexander ou outra que se mostrar necessaria e são por isto bastante prudentes alguns cirurgiões em executar-as, sempre que se trata de um caso mais serio, principalmente quando ha relaxamento pronunciado do perineo.

A hysteropexia abdominal ou gastro-hysteropexia, ainda chamada ventro-fixação, tem sido applicada com muito resultado como operação complementar nessas intervenções, ao lado da amputação do collo e da colporthaphia, tal é a estatística de Wyder e de Ido Schmit que accusam 80 % de successo.

Applicada, só como operação isolada, apresenta consequencias desastrosas, porque ella não impede que a vagina flaccida e relaxada torne a cahir, arrastando o utero, além do peri-

toneo e da longa brida fibrosa, que deveriam mantel-o fixado á parede abdominal que tambem é cartastada pelo sacco herniario. Não se deve exigir da ventro-fixação mais do que ella nos pode dar e tambem não esqueceuz que é a reparação do apparelho contensivo do utero a parte fundamental do tratamento; a sua coadjuvação, porém nas outras operações dá sempre resultado.

No Rio de Janeiro ainda hoje tem grande applicação a hysteropexia abdominal e no Recife, tivemos occasião de assistir uma operação destas na clinica do Hospital Pedro Segundo, muito bem executada pelo Dr. Vieira da Cunha. Este proficiente gynecologista fez essa operação acompanhada da amputação alta do collo e da colpoepetineorrhaphia com resultado excellente.

Fazem cinco annos, e a operada se acha muito satisfeita com o resultado da intervenção.

Não ha inconveniente algum, nada absolutamente se perde em fazer a ventrofixação do utero, mesmo porque sob o ponto da vista obstetrico ella é bem applicada. O utero pode distender-se sufficientemente no curso da gravidez e ficar em condições de estabilidade muito proximas do estado normal, o que não compromette o desenvolvimento do feto nem tão pouco o mechanismo do parto. Mulander em um estudo muito minucioso que fez sobre 86 operadas por este processo, demonstra que todas tiveram prenhez e parto normal sem accidente algum.

Tem-se experimentado a suspensão do globo uterino por meio do levantamento dos seus liga-

mentos proprios, mas isto não tem produzido effeito, porque elles não são sufficientes para reagir ao peso de todo o apparatus genital prolado. A'ém disto os resultados afastados da operação são chimericos, porque uma nova distensão desses ligamentos pode provocar fatalmente a recidiva da enfermidade, se não foram executadas as operações fundamentaes, provando isto, portanto, que o encurtamento dos ligamentos redondos é uma operação nulla.

Apezar da observação apresentada por Bowzeimause Jesut, de 10 curas, em 10 casos de encurtamento dos ligamentos utero sagrados, esta operação não tem feito successo.

E' de extranhar que o Professor Pozzi aconselhe ainda hoje a operação de Alexander que não é mais nem menos do que o encurtamento dos ligamentos redondos, seduzido pelas observações de Alexander, Schimit e Staudler.

Ora esta operação não deve ser effectuada nem mesmo nas mulhezes magras, como diz Pozzi, cuja parede abdominal não se acha ainda muito distendida; porque este encurtamento desvia a base do utero da sua posição normal para a retroversão que é uma das suas etapas de progressão.

Não convem este meio, por ser de todo influtifero, havendo até opinião de alguns classicos entre elles Byfort, Demonet e Imback de que no estado pathologico estes ligamentos se alteram, observando-se até casos de atrophia e de degeneração granula-gorduzosa destes ligamentos.

Fica por conseguinte de pé a vantagem da ventrofixação sobre a de Alexander e a repulsa de Bouilly, por não se poder fazer com ella— certas operações ás vezes necessarias.

Ultimamente o Dr. Raymond Guenard julgando esta maneira de operar tão complicada e sujeita á confusão e embaraços muitos, imaginou simplificar-a pelo que apprehendeu o seu maravilhoso processo o qual obteve recentemente na *Academia de cirurgia de Paris*, (1903) um successo colossal.

Não podia ser melhor recebido o seu precioso trabalho, pois Guenard comprehendia que era indispensavel fixar o utezo, prendel-o na sua loja, fosse qual fosse, o meio a empregar. Elle tinha forçosamente, de basear-se n'uma hysteropexia o que effectivamente é de grande vantágem, maximé se o utezo se acha muito abaixado e seu apparatus de sustentação tão relaxado que não preencha a sua verdadeira funcção.

O processo de Guenard consiste no seguinte: formar dous retalhos cervicaes dizeito e esquerdo, quez o collo seja normal ou alongado, retalhos estes que devem ser bastante expessos e solidos, para assim não ficarem embaraçados na sua circulação e inervação.

Estes retalhos são fixados aos *arcos* tendinosos da vagina, dos lados correspondentes, bem como ás partes fibrosas e musculosas que são as aponevroses do levantador, do obtuzador interno, estes proprios musculos e os tecidos circumvisinhos.

Ora, uma vez suturados estes retalhos aos

arcos tendinosos muito adherentes ao esqueleto da bacia e á estes tecidos fibro-musculares que constituem a parte mais solida do perineo, podemos considerar bem seguro o globo uterino e sem embargo em qualquer das suas funcções.

Mais uma vantagem deste processo é tratar directamente da retto-desviação do orgão, amarrando os retalhos do collo justamente na altura normal deste orgão. Podemos applicar hoje, este processo em todos casos em que tenhamos de conservar o utero.

Elle é particularmente indicado nos casos de alongamento hypertrophico, cujo collo duro e resistente possa dar bons retalhos para a sutura.

Terminada a operação o utero apresenta o seu orificio inferior muito nido e proximo do bordo inferior da symphyse. E' franqueavel ao hysterometro, introduzido na cavidade uterina, dirigindo-se para traz e para cima, com a sua profundidade normal. No toque, a parede vaginal anterior apresenta-se distendida, massica e o dedo analysa facilmente as duas azas espessa que do collo se dirigem para fóra, até o nivel da fixação.

O utero parece pois bifurcar-se na sua parte inferior, apoiando-se por dois pés nas regiões obturadoras. O seu autor apresenta duas observações com resultados immediatos magnificos, sendo de esperar que a recidiva não se dê pela vantagem racionalmente superior aos outros processos de fixação.

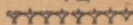
CUIDADOS PRE-OPERATORIOS

A preparação do doente é a condição *sine qua non* no tratamento cirurgico dos prolapso genitales. Todo o doente precisa ser submettido á cuidados especificos, adaptaveis ao caso, e qualquez que seja a operação á qual tenha de submetter-se, deve ser preparado convenientemente, desde algum tempo antes da intervenção.

Estas considerações adquirem maior valor ainda quando tratamos dessas mulheres portadoras de grandes prolapso, nas quaes esta enfermidade já consideravelmente aggravada torna-as muito depauperadas de suas forças.

Em geral, estas creaturas pouco instruidas e principalmente ás pusilanimas á dôr, só recorrem ao medico ou ao Hospital quando o seu mal já se acha seriamente aggravado e então, bastante martyrisadas são levadas á contingencia forçada de procurar um remedio ou allivio para a sua molestia.

Na classe baixa, isto é, nessa gente do povo, como vulgarmente se diz, as mulheres não tendo principio algum de hygiene e do dever, permittem indifferentes até com a propria existencia que a sua enfermidade progreda, cresça e se avolume



á ponto de tornal-as mais tarde invalidas e desgraçadas.

Essas infelizes crealuzas preferem como irracionais, passar soffrendo a vida inteira, morrer mesmo muitas vezes, á supportarem resignadas, uma operação simples, ou a serem medicadas convenientemente num hospital; como suicidas inconcientes despresam a propria caridade tornando-se, em breve tempo invalidas para sempre. A quantos de nós dóe, ver uma mulher que soffre, porque não sabe que pode deixar de soffrer?!

Fanatisada pelo empirismo, seduzida mesmo pelo charlatanismo, custa-nos convencel-a que ella deve tratar-se bem e precisa recorrer ao hospital.—Estas, maximé as mulheres que são internadas pela primeira vez nos hospitaes, extranham consideravelmente a sua permanencia alli, porque affeitas ao espaço livre do campo, passam á viver em uma atmospherza relativamente acanhada e ainda mais, atizadas de momento em um meio de todo desconhecido para ellas. Sentem-se mal, e ás vezes bastante impressionadas com o seu infortunio e o das suas novas companheitas de enfermazia, já pela sua repulsa ao hospital, já pelas razões presentes, tornando-se indispensavel que ellas desde então se acclimatem ao meio, no qual são bruscamente introduzidas. Durante esse tempo procede-se ao exame da affecção que apresentam, ao da sua organização geral, e julgado clinicamente o

caso procura-se desde logo administrar-lhes o tratamento específico.

Procura-se curar a enforma, mas nem sempre a cura pode ser completa e definitiva, como já tivemos occasião de dizer, mas deve ser o melhor que se possa fazer.

E' a cura cirurgica que é preciso tentar, mas esta intervenção tem as suas indicações proprias das quaes nos não devemos desviar uma só linha.

Se o doente se acha em estado de abatimento ou anemia, deve-se sem perda de tempo reparar-lhe as forças compromettidas.

De ordinario essas pobres mulheres apresentam-se fracas e abatidas, pelo que dá-se-lhes uma alimentação sadia e nutzidora.

A doente é conservada deitada no leito afim de melhorar da sua saúde compromettida, facilitando-se deste modo a descongestão e consequentemente a redução do utero herniado. Uma vez conseguida esta operação, empregamos a technica recommendada no capitulo especial, devendo manter a contensão do orgão ptosado por meio de um tampão vaginal. Põe-se em observação o trabalho normal dos orgãos digestivos, o qual deve ser regularizado, pelos laxativos ou lavamentos intestinaes.

Pozzi aconselha que se esteja sempre prevenido do estado geral do enfermo, e das lesões que figuram a sua molestia e das affecções que

podem existir concomitantemente nos outros órgãos da economia, que ás vezes constituem contra indicações formaes para uma intervenção cirurgica.

Diz Richelot e com muito fundamento, que observados estes conselhos, até as laparotomias podem ser feitas sem receio de insuccesso.

Codavilla annuncia, sem um só caso de recidiva e muito menos descesso, a cura em diversas laparotomias, sem alteração alguma no periodo de cicatrizaçã da ferida.

Os resultados devidos á asepsia são tão brilhantes e frequentes que levaram Bazzoni a affirmar que não vê nas intervenções abdominaes o perigo que se lhes quer emprestar, uma vez que sejam tomadas todas as prescripções reclamadas pela sciencia hodierna.

Examinando o doente devemos ter em vista, como contra-indicações primarias o desfalecimento vital do órgão á operar e o máu estado geral do individuo. E' prudente não deixar que passem despercebidas as cachexias e a chloroanemia que, embora não constituam contra indicação formal para uma intervenção, todavia fazem receiar-se de um accidente cirurgico.

A cicatrizaçã da ferida nestes individuos é quasi sempre difficil e má, compromettendo o resultado da intervenção e algumas vezes á propria vida do operado, porque como sabemos, estas operações são muito sangrentas, e esta perda consideravel de sangue para uma doente que já se acha anemiada, pode trazer consequencias fataes.

O estado de senilidade ou o de depauperamento geral da enferma, a obesidade, o emphysema, o diabetes, as lesões dos órgãos toraxicos, como as cardiopathias e as bronchites chronicas, as alterações do figado, rins, etc., são contra indicações cirurgicas, não esquecendo que certas affecções da pelle, tambem podem ser fataes para o operado, sobretudo, aquellas que produzem coceizas, impossibilitam a doente de sonsezzar a immobilidade indispensavel post-operatoria.

Ainda concorrem para um desfecho fatal, nessas mulheres doentes, maximé em idade avançada, a anesthesia e o resfriamento prolongados que se fazem nestas intervenções, perigos estes aos quaes não devemos, de maneira alguma, submittel-as impunemente.

Diz Championnière, que a hemorrhagia secundaria deve ser considerada como accidente cirurgico, devendo para evital-a estar o operador prevenido das condições pathologicas do utero.

Como sabemos nos grandes prolapsos, o collo e o proprio utero se acham sempre mais ou menos congestos, inflammados e algumas vezes compromettidos de metzite parenchymatosa bastante accentuada, de varicocelles e lesões outras communs nestas formas inveteradas. Para evitar as hemorrhagias secundarias deve-se ter a precaução de fazer muito bem a ligadura dos tecidos interessados, afim de se poder garantir uma hemostose perfeita. Na cirurgia contemporanea é condição primordial poupar-se todas as forças do enfermo, procurando, como já tive

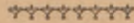
ocasião de dizer, que a quantidade de sangue á perder seja a menor possível, afim de não se diminuir mais a vitalidade dos tecidos altezados.

Antigamente estas operações de hysterectomia eram quasi sempre seguida de accidentes multiplos, complicados de infecção, pela ignorancia dessas contra indicações muitos doentes morriam na propria meza da operação. E' pelas considerações citadas que muitos cirurgiões conservaram-se até pouco tempo insensos á estas intervenções, e hoje sufficientemente instruidos, os seus receios foram pouco á pouco deztuidos.

Resolvido o cirurgião á interviz tem que submeter-se á prescripções outras que se prendem exclusivamente ao doente, quer se trate de uma laparatomia ou de uma intervenção pela via vaginal. Deve-se purgar o doente na ante-vespera da operação, administrando-lhe na vespera algumas lavagens, afim de completar-se a asepticia, intestinal, e algumas horas antes da operação faz-se a ultima lavagem. Da-se á doente 5 á 10 centigrs. de extracto thebaico que o doente tomará sob a forma de pilulas nas 12 horas que precederem o acto operatorio.

Alguns cirurgiões não prescrevem mais o opio, mesmo que se trate de uma intervenção vagina, salvo, nos casos em que a administração deste medicamento, se impõe de uma maneira formal.

Não somos desta opinião, não obstante pensarmos que não se deve provocar a atonia do intestino sem necessidade absoluta. Lembremos que muitas vezes somos obrigados á solicitar



as contracções intestinaes afim de combater-se o meteorismo que se installa depois de certas colpo-hysterectomias. Por isto a não ser uma indicação especial, dizem aquelles: para uma colpozthaphia associada á um hysterectomia ou mesmo uma hysterectomia baixa, não se deve dar este constipante ás mulheres que têm de se submeter á uma operação nos orgãos genitales intra-abdominaes, senão quando se note tendencia natural da doente á evacuar o seu intestino.

Quanto á asepsia, observamos, o seguinte: a doente toma um banho de sabão na vespera, ou algumas horas antes da operação. Não achando utilidade alguma nos banhos geraes antisepticos de sublimado etc, o que parece nos reportarmos á *idade media cirurgica*. Mas os banhos geraes são algumas fezes contra indicados, e nestes casos podemos submettel-as á lavagem dos tegumentos com o al-cool á 90, seguida de fricções seccas e quentes.

Durante as quarenta e oito horas que precedem a operação, o doente ficará em repouso relativo, sendo a sua alimentação de facil digestão, taes como: leite, coalhada, óvos, caldos e sopas.

A desinfeção da vagina deve ser começada dous ou tres dias antes da operação, consistindo esta em administrar-se injecções fracamente antisepticas, como a solução aquosa de permanganato de potossio á 1/2000 duas vezes por dia, pela manhã e á tarde. Depois de cada

irrigação, introduz-se na cavidade vaginal, ficando ali de permanencia, uma grande mecha de gaze esterilizada ou fracamente impregnada de salol; o iodoformio deve ser banido por ser um irritante da mucosa e ter o inconveniente de cheirar mal. Se a doente é tambem acometida de metrite ou vaginite, deve-se tratar estas affecções antes de se proceder ao asseio real dos orgãos genitales, não deve este ser executado, senão quando a doente já esteja sob o somno anesthesico. A raspagem da vulva, a lavagem de todas as dobras vulvares, do perineo, da face interna das côxas e das dobras genito-cruzaes devem ser feitas convenientemente, sendo prudente que se faça uso de uma escova macia para evitar a sangria d'estas mucosas.

Em seguida á asepsia da vagina completa-se a da vulva, do perineo e das dobras genito-cruzaes passando em todas estas regiões bastante ether, alcool, permanganato e bisulfito.

Cobre-se o campo operatorio, de compressas asepticas, inclusive o pubis, as côxas, as pernas, assim como o rebordo da meza sobre o qual repousa o orgão á operar, não se deixando á descoberto, senão a região vulvo-perineal.

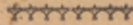


TECHNICA OPERATORIA

A intervenção cirurgica como já dissemos no terceiro capitulo. é o unico meio que dispomos para obter a cura radical do prolapso. Para impedir a queda das paredes vaginaes, é preciso, diz o professor Richelot, estreitar o conducto e levantar a commissura da vulva, isto é, refazer o soalho perineal, porque todo o methodo que não se funda nestes principios, não pode dar senão resultados precarios. A colporrhaphia representa o acto fundamental da intervenção dirigida contra a queda do utero, que é o que estreita a vagina e restaura o perineo demolido.

Todavia para augmentar as probabilidades de exito, e consolidar a redução do utero, é necessario associarmos á ressecção das paredes vaginaes, a amputação alta do collo ou a extirpação total do utero, conforme a lesão, e fazer mais uma operação de fixação, isto é, uma hysteropexia qualquer, que constitue a parte complementar de que falla Richelot.

Quanto a escolha á fazer entre os numerosos processos que conhecemos, a questão tem uma



importancia secundaria no ponto de vista do resultado definitivo, porque todas as technicas se rivalisam. Não obstante isto, entretanto, aconselhamos o methodo do professor Hegar, o de Bouilly ou a hysteropexia obturadora do Dr. Guenard, cujos resultados, não sendo embora ainda bem firmados pela deficiencia do tempo da sua descoberta, são todavia garantidores pela incontestavel superioridade da technica.

Seguindo pela ordem a classificação que adoptamos na divisão geral dos prolapsos, temos de fallar primeiramente sobre o tratamento dos pequenos prolapsos, formas muito raras, aliás, porque de ordinario elles se manifestam, já em estado bastante adiantado da affecção.

Tratamento das colpocelles simples com ou sem ruptura vaginoperineal.

(PROCESSO DE HEGAR)

Colporrhaphia anterior

PRIMEIRO TEMPO

O doente collocado na posição da talha, mantém-se a parede vaginal anterior por meio de duas pinças-erinas, collocadas, uma por baixo do meato, e a outra um pouco acima do *focinho de tenca*. Estas duas pinças são confiadas á um ajudante o qual é encarregado de distender ou relaxar os tecidos, segundo as indicações do cirurgião.

SEGUNDO TEMPO

Faz-se com o bisturi uma incisão ovalar ou elyptica. Se a cystocele é pequena, basta que esta incisão interesse á mucosa somente, mas para os colpoceles muito grande, toda a espessura da parede vaginal poderá ser comprehendida no traçado da incisão.

TERCEIRO TEMPO

Com a ponta do bisturi o cirurgião disseca de cima para baixo e da periphéria para o centro, não esquecendo que esta dissecção é muito difficil porque as duas paredes, vesical e vaginal, são mui solidamente unidas uma á outra por uma delgada camada de tecido cellular muito densa. Escolhe-se pois um bisturi convexo e bem pontegudo o qual, para evitar que se rompa a bexiga, mantem-se com o fio voltado para o lado do retalhò vaginal, cortando tanto quanto possível, á custa deste ultimo.

Excepcionalmente, as duas paredes adherem muito fracamente, e se deixam então descolar com o dedo, com uma espatula ou mesmo por simples tracções exercidas sobre o retalho vaginal.

QUARTO TEMPO

Para a sutura pode-se empregar o catgut n. 2, sendo preciso enterrar a agulha cerca de 1 cm. do bordo da ferida para então realisar-se o adossamento dos bordos da incisão. Um só plano de suturas basta quasi sempre, todavia não é inutil reforçar-se o adossamento, por mais alguns pontos superficiaes.

QUINTO TEMPO

Fazer uma grande injeccão vaginal para eliminar os coalhos, e na vagina collocar algumas dobras de gase com ferripyrina.

Applicar por fim um penso de gase esterilizado na vulva e um grande tãmpão de algodão hydrophylo, mantendo o todo com um longo aparelho em T.

(*Colporrhaphia posterior*)

SEXTO TEMPO

A commissura posterior da vulva, alongada e relaxada, é distendida transversalmente pelos dedos de um ajudante; o cirurgião traça com o bisturi uma incisão curva no limite que separa a pelle da mucosa vaginal e a faz subir quanto julgar necessario á direita e á esquerda.

SETIMO TEMPO

O labio superior desta incisão é dissecado numa extensão de 1 á 2 cms.

OITAVO TEMPO

O cirurgião deixa o bisturi. Pega o retalho vaginal com uma pinça e se põe a desdobrar com o index direito o septo recto-vaginal até a visinhança do collo, descollando-o de baixo para cima á direita e á esquerda, com o dedo, *apoiado sempre* na parede vaginal que se levanta, afim de não ser lesado o recto.

NONO TEMPO

Terminado o desdobramento, corta-se com a tesoura em duas secções convergentes um longo retalho pouco mais ou menos triangular e de base perineal.

DECIMO TEMPO

Reunem-se os dous labios da ferida, de cima para baixo, por um *surget* ou pontos separados, sendo preciso ter-se o cuidado de carregar a agulha no tecido cellular perineal para não deixar espaços mortos e apanhar convenientemente os tecidos que devem constituir o novo perineo.

UNDECIMO TEMPO

Para fazer as suturas, deve-se empregar o catgut n. 3, embora muitos cirurgiões preferam os fios de prata ou fios de bronze-aluminado. A seda é muito raramente empregada por causa da facilidade pela qual se infecta. Richelot não faz senão um só plano de sutura, porém outros recommendam a sutura continua de planos superpostos. Opinamos pela segunda, sendo que, para o plano profundo deve-se enterrar a agulha nos dous bordos livres da ferida com o catgut n. 3 ou 4, e para o superficial apenas o sufficiente, afim de assegurar o affrontamento exacto desses bordos e com o catgut n. 1.

(Colpo-perineorrhaphia)

DUODECIMO TEMPO

Aqui a intervenção se applica nas rupturas complicadas de um certo gráu de enfraquecimento perineal. E' uma operação esta, muito simples pelo processo de Hegar e que se executa em dous tempos.

DECIMO TERCEIRO TEMPO

Junta se ao grande avivamento triangular da vagina um segundo avivamento tambem trian-

gular e com as mesmas dimensões ou menor que o primeiro, tendo a ponta dirigida para o lado do anus e a base voltada para cima, a qual se confunde com a do triangulo vaginal.

DECIMO QUARTO TEMPO

Reunem-se os bordos e fecha-se a ferida por uma sutura em *surget* ou pontos separados, em um ou diversos planos de suturas superpostas. Os fios profundos devem caminhar sob toda a superficie do avivamento.

**Tratamento dos grandes prolapso
com alongamento hypertrophico
do collo do utero e tendo ou não
ruptura vagino-perineal**

PRIMEIRO TEMPO

Corte do retalho vagino-vesical

Distende-se o collo, puchando-o para baixo com uma pinça appropriada, e se pratica uma incisão transversal, semicircular que abraça a face terior do collo perto de orificio externo. Partindo das extremidades desta primeira incisão, praticam-se duas outras perpendiculares á primeira, subindo lateralmente, pelos bordos direito e esquerdo do utero.

Uma pinça de Kocher é collocada de cada lado, do angulo inferior do retalho que servirá para distendel-a durante a dissecção.

A incisão transversal semicircular anterior, deve ser feita perto do orificio externo para evitar-se o perigo de lesar a dobra vesical,



As incisões verticaes perpendiculares á primeira devem ser praticadas cuidadosamente sobre os flancos do collo, imaginando-se um plano que o dividiria em duas metades simetricas. Estas voltam-se para cima até o nivel do vestibulo e param na altura de uma linha que passa ácerca de dous centimetros abaixo do meato urethral.

SEGUNDO TEMPO

*Dissecção do retalho vagino-vesical
pre-uterino*

A ponta inferior do retalho distendida pelas pinças inferiores, deve ser isolada pela dissecção á tesoura. Porque para cima se descolla facilmente a bexiga, da face anterior do collo, recalcando-a com o dedo ou uma compressa; dos lados porém, o retalho vaginal não pode ser isolado senão pela dissecção.

Segundo a extensão do prolapso, este retalho mede de largura cerca de 4 á 5 cms., de altura 5 á 6 cms. e algumas vezes mais, compreendendo a mucosa vaginal e a parte prolabada da bexiga que se desprende com um véu cahido.

TERCEIRO TEMPO

*Isolamento da bexiga e secção do retalho
vaginal*

Este retalho sendo bem distendido pelas pinças dos angulos inferiorés confiadas ao ajudante, desloca-se-o da bexiga com a tesoura, tendo o cuidado de apoiar-se na face cruenta da mucosa vaginal. Esta dissecção não é entretanto tão difficil quanto se suppõe e deve ser

feita de maneira que o *cul-de-sac* vesical seja completamente isolado e o retalho e da mucosa vaginal completamente descollado na sua face profunda.

Neste momento, o retalho é por completo desprendido de uma tesourada, dirigida transversalmente do angulo superior esquerdo ao direito.

QUARTO TEMPO

Secção do collo de baixo para cima e amputação do seu retalho anterior

Com uma tesoura apropriada, o collo descollado na sua face anterior, é dividido verticalmente de baixo para cima em dous hemicylindros, um anterior e outro posterior.

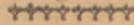
O hemicylindro anterior é amputado transversalmente no mesmo nivel que o retalho vaginal, e a porção ressecada, mede em geral 4 á 5 cms. de extensão. O mais das vezes um ou diversos ramos da arteria uterina são seccionados neste momento nos bordos do collo, e por isso devemos ligal-as previamente com catgut n. 1.

E' com esta intenção que o collo é dividido em duas metades e cada uma amputada successivamente, de maneira a se realisar uma economia de sangue e não nos expormos, logo nos primeiros tempos, á abertura do *cul-de-sac* posterior que é um dos accidentes mais frequentes da operação.

QUINTO TEMPO

Sutura da mucosa vaginal ao côto uterino

A porção da bexiga denudada, é isolada e repuchada para cima e para a face anterior do corpo



uterino. Faz-se em seguida a sutura da mucosa vaginal na face cruenta do coto uterino e este retalho é reconduzido por meio de pinças para diante do collo e fixado a elle por um *surget* com o catgut n. 2.

Os resultados desta fixação são: 1.º formar um plano rigido e resistente, distendido entre a symphose e o utero, por baixo do qual se acha fixada a bexiga; 2.º cobrir a face cruenta do coto uterino e embainhar a metade anterior do orificio externo.

E' preciso, para bem se applicar a mucosa vaginal sobre a superficie cruenta, mantel-a á medida que se costura a mucosa, com auxilio de uma pinça de dentes que se applica sobre a superficie de secção, recalcando-a para a cavidade uterina, como se quizesse fazel-a penetrar alli evitando deste modo a bexiga, ao passar a agulha pela mucosa vaginal ate o orificio uterino.

Tudo deve ficar cuidadosamente hemostasiado, suturado e limpo na metade anterior, para então passarmos ao

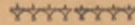
SEXTO TEMPO

Denudação e amputação do retalho posterior do collo

Levanta-se o hemicylindro posterior do collo mantido por uma pinça para terminar a incisão curvelinea do começo, denuda-se a face posterior do collo e logo que se chega ao nivel da secção anterior, amputa-se este hemicylindro posterior.

O retalho subtrahido deve ter a mesma extensão que o outro, (4 á 6 cms.)

A dissecação da face posterior do collo deve



ser feita com precaução, para não correr o perigo de abrir o *cul-de-sac* peritoneal posterior, o que muitas vezes não pode ser evitado em razão do abaixamento deste *cul-de-sac*; basta, então, reparar immediatamente por meio de alguns pontos de catgut, este incidente que felizmente não compromette o resultado da operação.

SETIMO TEMPO

Sutura da mucosa vaginal ao côto uterino

Cobre-se a superfície cruenta do collo com a mucosa vaginal posterior que se fixa por um *surget* passado da mesma maneira que na anterior fazendo-se necessario assegurar dos lados a coaptação da mucosa vaginal anterior á posterior com alguns pontos de suturas complementares. O collo é pois amputado e coberto pelo resto da mucosa vaginal e se assegura das dimensões do novo orificio externo pelo catheterismo da cavidade uterina, e depois por meio de um tampão montado, recalca-se o utero para cima.

OITAVO TEMPO

Da colpo-perineorrhaphia

Na descripção que precede, a ressecção vaginal posterior, considerada um meio complementar para reduzir a amplitude da vagina não é mencionada. Em certos casos, com effeito esta amplitude é sufficientemente tratada pela ressecção vaginal anterior, porém muitas vezes, esta se torna insufficiente, como por exemplo quando se trata desses grandes prolapsos que se apresentam no exterior com uma mucosa consi-

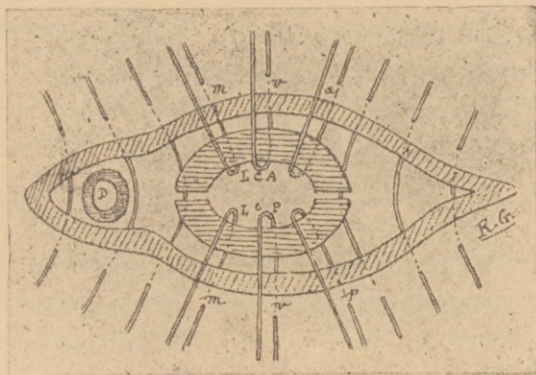


FIG. 5—Esta figura eschematica permite compreender-se perfeitamente a disposição das suturas. A mucosa vaginal anterior *m v a* é reunida ao retalho cervical anterior *L G A*, pelos fios *m v a*; a mucosa vaginal posterior *m v p* é reunida ao retalho cervical *L C P*, pelos fios *m v p*; á direita e á esquerda, as mucosas vaginaes anterior e posterior são reunidas por diversos fios, dos quaes o mais interno comprehende a face lateral correspondente do collo uterino. A' esquerda, na sutura, é collocado um dreno *D*.

deravel, e mesmo na ausencia de prolapso vaginal posterior ou de rectocele. A ressecção vaginal posterior deve ser sempre praticada e por isso fazemos della, propositalmente um tempo especial entre o quinto e sexto da technica (antes da amputação do retalho posterior do collo.)

A denudação preliminar deste retalho, cujas dimensões são prolongadas até a mucosa vaginal posterior, deve ser isolada sobretudo nos pontos lateraes da vagina, e variam segundo a technica.

Grande prolapso genital—O utero é precipitado com ou sem ruptura vagino-perineal

PRIMEIRO TEMPO

Côrte do retalho vagino-vesical

O collo sendo puxado para baixo por meio de uma pinça especial, pratica-se a incisão circular da mucosa vagino-cervical de um só golpe, sem franzido, levando successivamente o bisturi sobre as faces direita, anterior, esquerda e posterior do collo.

Esta incisão deve ser mais ou menos aproximada do orificio externo do collo, conforme a posição da dobra vesical do que nos asseguramos pela exploração interior da bexiga, que se faz com a sonda metallica, e pela distancia que a separa do orificio, que é pelo menos de um centimetro e meio. A dobra vesical é sempre muito alta e isto



concorre para ella não ser interessada desde que se preste a devida attenção.

A incisão circular ao nível das faces lateraes do collo, faz-se abrindo-se perpendicularmente duas outras, sendo uma esquerda e uma direita. Estas incisões se affastam para abraçar os flancos da cystocele que se mantêm á um centimetro para dentro do sulco vagino-labial e terminam na horisontal que passa á um ou dois centimetros abaixo do meato urethral.

SEGUNDO TEMPO

Dissecção do retalho vagino-vesical pre uterino e abertura do cul-de-sac anterior

A technica é a mesma que a indicada no tempo correspondente ao caso anterior. A dissecção e o isolamento da bexiga e do utero são bastantes, quando attinjem a abertura do *cul-de-sac* peritoneal.

Mas é preciso evitar a lesão deste orgão dos lados e suspender bem a inserção uterina de cada ligamento largo, preparando-se desta forma para o primeiro tempo da hysterectomia vaginal.

TERCEIRO TEMPO

Dissecção do retalho vagino rectal, retro-uterino e abertura do cul-de-sac posterior

Emprega-se a mesma technica que no tempo precedente. Aqui o acto operatorio é ainda mais simples, porque a abertura do *cul-de-sac* peritoneal vagino-rectal é muito facil. O recto é repuxado para traz e a base dos ligamentos largos facilmente desprendida, por meio de tres pinças

collocadas uma mediana e as outras lateralmente para fixar a mucosa vaginal posterior.

QUARTO TEMPO

Histerectomia vaginal

Praticar a hysterectomia vaginal e ligar os ligamentos largos.

A inserção uterina de cada ligamento largo é comprehendida numa ligadura de seda em cadeia.

Esta ligadura comprehende conjunctamente todo o pavimento superior (trompa, ligamento redondo e a base do ligamento largo).

Aconselhamos ligar desde o começo o ligamento largo e sobretudo não deixar um pediculo muito estreito, reduzindo a base do ligamento á pequenas tesouradas.

A hysterectomia deixa seccionar-se um grande numero de veias, e se não são todas ellas tomadas na ligadura, dar-se-a grande perda de sangue, tendo-se de ligal-as com difficuldades.

Os fios de seda são cortados curtos, afim de serem abandonados.

Colloca-se, por fim, um tampão de algodão, montado no Douglas para manter as ansas intestinaes.

QUINTO TEMPO

Isolamento da bexiga e ressecção vaginal anterior

E' preciso agir, como no terceiro tempo do caso anterior do qual já descrevemos a technica.

Fazer uma ressecção tão alta e larga, que fique apenas o tecido sufficiente para a restauração da vagina, fixando com tres pinças, uma mediana e duas lateraes o que fica da mucosa vaginal anterior.

SEXTO TEMPO

Recessão vaginal posterior

Esta ressecção é quasi sempre necessaria. Fazemos della um tempo particulaz, pelas razões que expuzemos como principios geraes. Ella deve ser estreita sobre a linha mediana, limitar-se, o mais possivel á mucosa vaginocervical posterior, e ao contrario cortar, largamente as partes lateraes, se se quer reduzir a amplitude exaggerada da vagina.

Tres pinças fixam a mucosa vaginal posterior,

SETIMO TEMPO

Sutura das duas mucosas vaginaes, anterior e posterior (colporrhaphia anterior)

Feita esta sutura, com catgut em pontos separados ou *surget*, a qual deve ser transversal, comprehendendo não somente a mucosa vaginal, mas ainda o peritoneo.

E' inutil praticar-se uma sutura em dous planos separados (mucosa e serosa.)

A cavidade vaginal é então fechada e se passa ao

OITAVO TEMPO

Colpo-perineorrhaphia

A extremidade da zona triangular avivada encontra-se á cerca de um centimetro da sutura precedente e os dous lados do triangulo, depois de affastados alguns centimetros desta sutura,

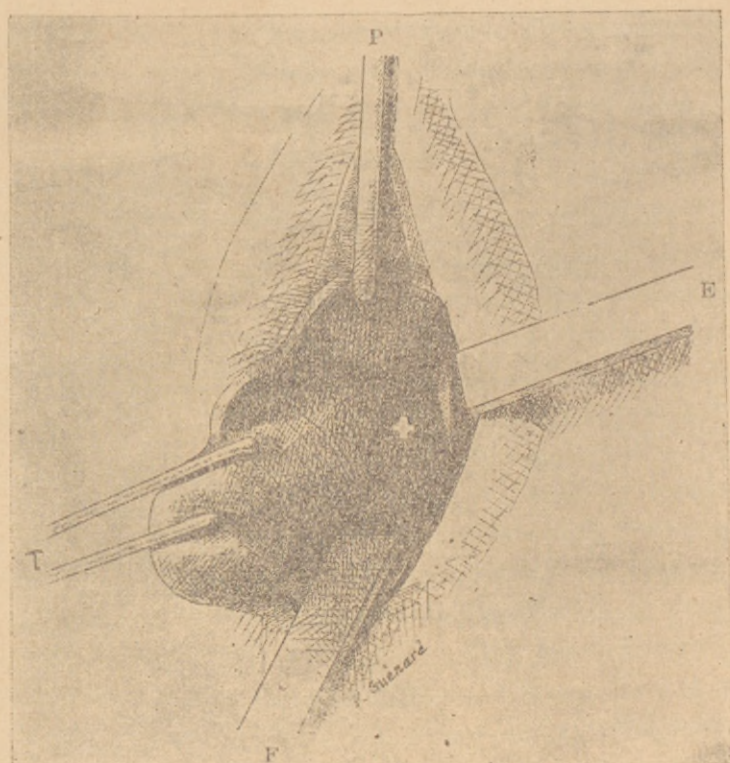


FIG. 7—Procura do arco tendinoso do lado esquerdo.

A mucosa vaginal é dissecada e em seguida levantada e mantida por uma pinça P, para diante e para traz pelos afastadores E e F.

O collo uterino é bastante puxado para baixo e para a esquerda por uma pinça tira-bala T. Vê-se o arco á direita da figura perto da extremidade vaginal do afastador E. Percebe-se a bexiga na face profunda do retalho vagino-vesical pre-uterino. A cruz branca representa a zona perigosa (vasos uterinos e ureterios).

juatam-se immediatamente á ella, ao nivel do orificio vulvar,

O retalho da mucosa vaginal posterioz, conservada intacta, apresenta uma estensão vaginal, que depende da largura e altura do avivamento da colpo-pezineozthaphia o qual em geral é muito estreito.

Tratamento pela hysteropexia obturadora

(PROCESSO DO DR. GUENARD)

O doente deve ser posto na mesa, collocado na posição gynecologica, depois de convenientemente raspado, sondado e submettido á anestesia.

O cirurgião começa fazendo descer o globo utezino já regularmente dilatado, lavado curatado e completamente asepciado.

PRIMEIRO TEMPO

Procura do arco tendinoso e collocação do fio

E' necessazio reconhecer primeiramente pelo toque, atavez da mucosa vaginal, a situação e direcção do arco; em seguida pôz o dedo sobre o ponto da fixação, tendo os grandes labios affastados por duas pinças de Museux que prendem a sua face interna na altura da fixação. O collo utezino é mantido sufficientemente para o lado opposto por uma terceira pinça e desta sorte a região sobre a qual o dedo age, ficará bem distendida. Começa-se com o bistuzi, de traz para

adiante, desde o cul-de-sac lateral, marcado precisamente por uma pinça, até o ramo ichio-pubiano, uma incisão que interesse a mucosa e cruse a direcção do *arco* ao nível da fixação.

Neste ponto com auxilio da sonda canulada ou do dedo, cortam-se esses tecidos, porém muito cautelosamente para não romper as veias que ahí abundam. Chega-se ao arco e ás inserções superiores do levantador do anus, separados do dedo apenas pela delgada aponevrose perineal superior.

Affastam-se muito os labios da incisão vaginal por meio de duas pinças, para collocar no ponto proprio fio de seda de grossura media, empregando nisto a agulha de Emmet, a de Bouilly ou a propria agulha de Guenard que elle construiu especialmente para este fim.

Na collocação do fio, a agulha deve tomar os tecidos, obliquamente com relação a sua direcção, quer se trate do arco, das inserções do levantador, ou dos feixes do obturador interno, para que a fixação se torne mais solida. O fio collocado é mantido por uma pinça que depois se retira.

Porque, apesar de todas as precauções, o escoamento sanguineo pode ser abundante, é indicado *tâmponar* a ferida vaginal com uma pequena mecha de gaze que se retirará no momento propriamente dito, da fixação.

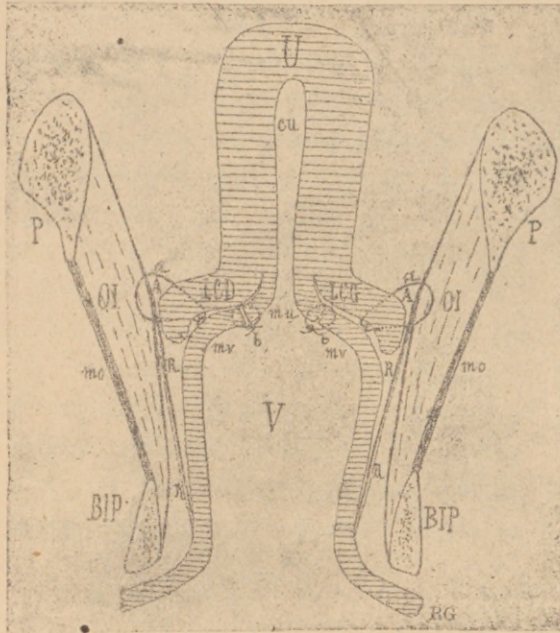


FIG. 6—Fixação do utero ao arco tendinoso (eschema).
P, pubis; B I P, ramo ischio-pubiano; O I, m. obturador interno; R, m. levantador do anus; A, arco tendinoso; *m o*, membrana obturadora.
U, utero; *c u*, cavidade uterina; L C D e L C G, retalhos cervicais direito e esquerdo; *m u* mucosa uterina; V, vagina; *m v*, mucosa vaginal.
a fixação do retalho cervical (direito ou esquerdo) ao arco; *b*, sutura das mucosas vaginal e uterina.



SÉGUNDO TEMPO

*Talha e disseccção do retalho vagino-vesical
pre-uterino*

Este tempo operatorio, muito nós o conhecemos. Cada incisão lateral da mucosa vagino-cervical, deve juntar-se á extremidade posterior de cada uma das incisões praticadas no tempo precedente.

Na disseccção do retalho vagino-vesical pre-uterino, será preciso isolando-se bem os lados, procurar agir abaixo da base dos ligamentos largos, afim de poupar as veias e os uterinos. Contudo neste momento, a mucosa por simples tracção se separa com facilidade dos tecidos subjacentes. Uma ou duas pinças medianas fixam o retalho e serão mantidas suspensas por um ajudante.

TERCEIRO TEMPO

*Talha e disseccção do retalho vagino-rectal
recto-uterino*

E' preciso evitar, tanto quanto possivel, de abrir o Douglas, fixando o retalho por uma ou duas pinças.

QUARTO TEMPO

Talha dos retalhos cervicaes

Dois casos podem apresentar-se, conforme o collo é normal ou se acha alongado.

Primeiro caso — O collo é disprendido até o nivel do isthmo, um pouco acima delle.

E' seccionado á tesoura na linha mediana, de diante para traz, ficando mais longo o retalho posterior. Obtemos assim dous retalhos, um



dizeito e outro esquerdo, com 2 á 3 cms. de extensão, sendo o bordo anterior mais longo cerca de 1 cm. que o posterior. Esta disposição tem por fim favorecer o deslocamento do útero em totalidade ou na anteversão.

Procede-se ao asseio dos retalhos, á maneira de Schœder, porém de um Schœder inversamente orientado.

Destaca-se de cada retalho a mucosa uterina que se apresenta, então, sob a forma de dous pequenos retalhos internos, mucosos, em opposição aos retalhos externos parenchymatosos, os quaes são applicados, um contra o outro, sobre a linha mediana para fechar a cavidade uterina.

Fixar estes retalhos por uma pinça, e fazer a ablação da extremidade inferior do collo cuja mucosa é attingida, o mais das vezes, de inflamação chronica.

E' assim que, seja dito de passagem, os retalhos cervicaes destinados á fixação, tornam-se desembaraçados de todas as partes doentes.

Segundo caso. — Trata-se como precedentemente, sendo porém a dimensão dos retalhos muito maior qualque que elle seja, porém, deve a extremidade superior de cada um delles ficar situada ao nivel do isthmo, com a differença de um centimetro em favor do bordo anterior.

QUINTO TEMPO

Fixação ao arco

Cada retalho é fixado ao arco separadamente e da maneira seguinte: Das duas pontas do fio de seda, a superior é passada por meio da agulha

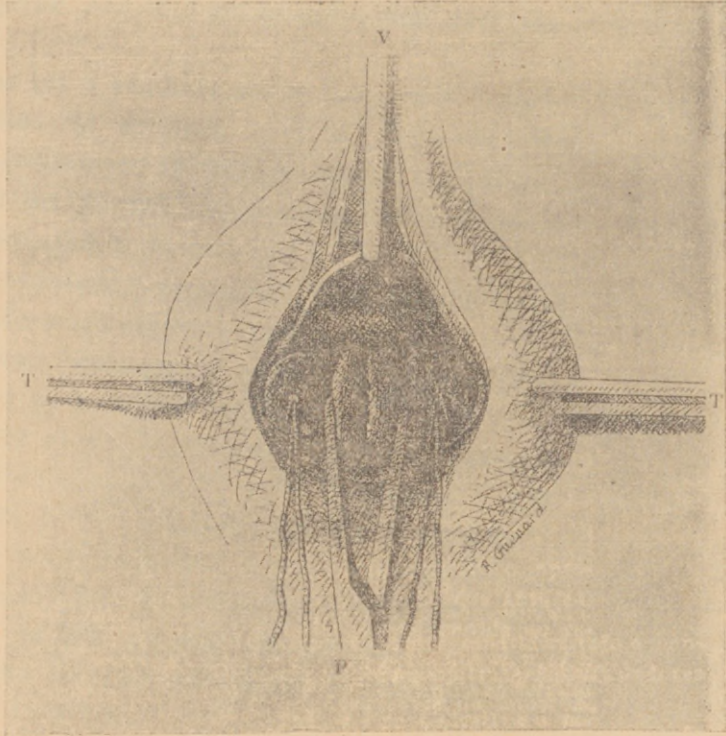


FIG. 8—Fixação dos retalhos cervicais parenchymatosos ao arco. Vê-se o duplo fio de seda de cada lado, os retalhos mucosos mantidos por uma pinça P, o retalho vagino-vesical pre-uterino V e a bexiga.

de Reverdin, perto do bordo anterior do retalho, e a inferior perto do bordo posterior; essas duas pontas apparecem então na face interna do retalho onde são bem amarradas, mas sem violencias.

Deve se ter o cuidado de as fazer sahir, perto dos bordos do retalho, com a differença de de um centimetro, approximando-se do isthmo, em favor da ponta anterior que ficará mais perto d'elle que a posterior.

Esta disposição, repetimos, tem por fim deslocar o utero em massa para adiante.

O mesmo processo é applicado aos collos alongados pela hypertrophia.

Nos dous casos, entretanto, é preciso fixar os retalhos cervicaes bem distendidos, para o que basta fazer esses retalhos um pouco curtos.

Fixa-se logo um delles, e na fixação do outro, reconduzir o utero para o mesmo lado, cortando um pouco na face anterior do collo.

Depois da fixação, excisa-se a parte exuberante dos retalhos.

SEXTO TEMPO

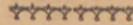
Isolamento da bexiga e ressecção vaginal anterior

Este tempo operatorio já foi descripto anteriormente e cousa alguma apresenta de particular.

SETIMO TEMPO

Colporrhaphia anterior

Esta colporrhaphia une a mucosa vaginal anterior á mucosa vaginal posterior e estas duas ultimas á mucosa uterina.



Ella é effectuada á catgut, em pontos separados ou *surget* pela parte vagino-vaginal. Os fios devem comprehender toda a espessura dos retalhos.

A sutura vagino-uterina pode ser anterior ou posterior. Ella é feita por meio de um ponto de catgut disposto em U; a parte media do U, atravessa os dous retalhos mucosos e as duas pontas do fio sahem á pequena distancia uma da outra, sob a tcincheira vaginal.

A parte exuberante dos retalhos mucosos é excisa.

OITAVO TEMPO

Colpo-perineorrhaphia

Pode ser praticada ao mesmo tempo ou em outra occasião.

A fixação é rapida, como em todas as intervenções nestes casos. Para evitarmos o escoamento sanguineo que ás vezes complica a operação ou os seus resultados operatorios, embora se tenha feito uma hematose completa, é conveniente estabelecer uma *drenagem*, une ou bilateral ao nivel das extremidades da sutura.

Uma mecha uterina é muitas vezes necessaria, sobretudo depois da curetagem da cavidade.

Penso ordinario. Sonda de Petzer, permanente, (1) ou o catheterismo.

(1) É preferivel sondar-se o doente de duas ou de tres em tres horas.

Vide cuidados post-operatorios.

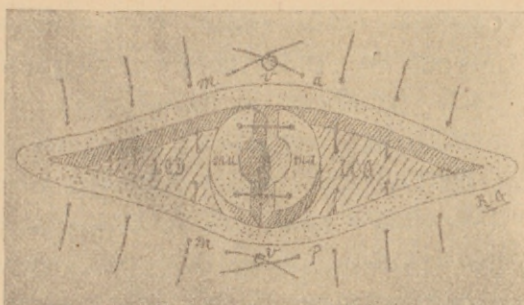


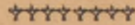
FIG. 9—Colporrhaphia anterior após á fixação. Disposição dos fios L C D e L C G. retalhos cervicais parenchymatosos direito e esquerdo; *m u* e *m u*, retalhos mucosos; *m v a* e *m v u* mucosas vaginaes anterior e posterior. Em *m v a* e *m v p*, os pontos vagino-uterinos *U*.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Para conseguirmos o nosso ideal nestas intervenções cirurgicas, é necessario que estas operações sejam secundadas de cuidados dos quaes depende, em geral, a sorte dos operados. Tudo tem por fim reforçar o perineo e estreitar a vagina, preparando assim uma cicatrização boa e definitiva. Se, por ventura, estas condições não forem preenchidas convenientemente, o resultado será decerto comprometido.

Terminada a operação e esvasiada a bexiga pelo catheterismo, transporta-se suavemente a mulher para o seu leito, onde ella deve ser accomodada no decubito dorsal, com a cabeça baixa e as côxas em ligeira flexão, mantidas approximadas por meio de uma atadura que as prende amarra sem violencia.

Durante as 24 horas que se seguem a intervenção, não se consente que a operada faça ingestão de alimento ou bebida alguma. Acontece muitas vezes, porém quando a operação é feita sob a acção do chloroformio, que as operadas sejam acometidas de vomitos tenazes, os quaes devem ser combatidos pela administração de



pequenos fragmentos de gelo, uma tisana de *champagne* ás colherinhas de meia em meia hora, ou a agua de Seltz gelada. Nos casos de vomitos incoerciveis acompanhados de soluço, deve-se então, recorrer á poção de Riviéze:

FORMULA N. 1

Bicarbonato de potassa.....	2 grs.
Xarope de assucar.....	15 «
Agua distillada	50 «

FORMULA N. 2

Acido citrico.....	2 grs.
Xarope de limão	15 «
Agua distillada.....	50 «

Para tomar uma colher pequena de cada poção alternativamente, de 15 em 15 minutos.

A fezida não deve ser irritada pela uzina, sendo por isto conveniente servir a doente de uma sonda permanente de Nelaton, afim de assegurar-lhe a vacuidade da bexiga.

Guenard aconselha o emprego da sonda de Petzer que é realmente magnifica, porque nos certifica se a bexiga foi lesada na operação, se quando a uzina ou liquido injectado se apresenta tincto de sangue.

Segundo a opinião de Richelot é mais vantajosa a sonda permanente, porque (diz elle,) não se faz a doente soffrer tanto na descoberta do orificio uretral, que é algumas vezes muito trabalhosa. Outros cirurgiões adoptam o catheterismo feito com toda a sua technica, dizendo que feita a asepsia da sonda e de toda a vulva não podemos ter os accidentes accusados pelos primeiros.

Mas, quer de uma, quer da outra maneira, é indispensavel que estes cuidados persistam durante os 5 dias seguintes á operação, não esquecendo de evitar tambem a defecação por igual lapso de tempo. Constipa-se a doente desde a vespera da intervenção e logo depois da ultima lavagem intestinal, bastando para isto a administração de duas pilulas de 0,02 á 0,05 centgrs. de extracto thebaico, por dia, afim de se impedir as evacuações prematuras. Observados estes cuidados indispensaveis, depois de uma technica bem comprehendida pelo cirurgião, podemos contar com todas as probabilidades de exito na cura da nossa enferma segundo bem sabemos, o grau da lesão apresentada e o estado da sua organização.

Conhecemos uma ordem de accidentes chamados verdadeiramente cirurgicos que são da exclusiva responsabilidade do operador, os quaes podendo ser evitados conscienciosamente, compromettem de certo, a reputação e o conceito do operador. Diz Championnière, que a hemorrhagia secundaria deve ser considerada um accidente da operação, e por isto o cirurgião deve estar sempre prevenido do estado dos vasos uterinos, afim de assegurar-se da hemostase definitiva. A hemostase pela *forcipressure* é um meio seguro de evitar essas hemorrhagias secundarias e se usa hoje muito em França. A ferida das paredes do recto, apesar de uma boa suturaimmediata pode trazer insuccesso completo na restauração do perineo total ou parcial, como acontece nos casos de fistulas recto-vaginaes, ou recto-peri-

neaes as quaes necessitam de uma segunda operação que ás vezes são mais graves que a primeira. A suppuração da sutura ainda nestes casos, pode ser evitada, tomando-se as precauções necessarios contra a infecção.

Sempre depois de qualquer operação, faz-se uma grande irrigação para limpar a vagina dos coelhos e todo o sangue contido nas paredes.

Deitam-se algumas dobras de gase esterilizada, para impedir que as secreções deste conducto se accumulem sobre a linha das suturas, cobrindo-a de um grande tampão de algodão hydrophilo que se mantem com um appazelho em T. E' conveniente ainda, para livrarmos as suturas do contacto das secreções septicæ deste conducto, sobretudo da urina, engordurar a mecha vaginal de vaselina esterilizada e então collocar a compressa de gase sobre ella.

A operada deve conservar-se deitada no decubito dorsal nos primeiros dias, depois poderá mudar de posição, porém de maneira a não movimentar as pernas e principalmente a *bacia*. O repouso e a immobildade devem portanto ser rigoroso durante os 8 ou 10 dias subsequentes á intervenção.

Contra as dores a insomnia, e a agitação administram-se as picadas de morphina, de heroína ou dionina (0,01 centgrs.) que são soberanas nestes casos e não trazem perigo algum para o doente, qual poderá usal-as francamente afim de se conservar em repouso absoluto.

Toma-se a temperatura da doente todos os



dias, de manhã e á tarde e se esta é inferior á 36°, momentos depois da intervenção, isto é, se existe *chock*:—depressão com pulso pequeno, extremidades frias, etc., prescreve-se uma injeção sub-cutanea de *serum artificial* (300 á 500 grs.), e depois, alternativamente, injeções de oleo camphorado, cafeína, ether, etc. Usam-se tambem muito as *botijas dagua* e os travesseiros de azeia, quentes, que alliviam consideravelmente a doente.

Até o 8.º dia, os curativos limitam-se em mudar-se as compressas da vulva, depois de cada micção ou catheterismo, etc. etc.

A doente continuará á guardar a posição horizontal, sem que, sob pretexto algum, lhe seja permitido sentar-se no leito antes do tempo determinado.

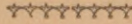
A sonda e os pontos ou fios de prata são retirados do 6.º para o 7.º dia da intervenção e o lavantamento das mechas faz-se no 8.º dia.

Esta ultima operação consiste no seguinte: A doente é cautelosamente posta atravessada no seu leito, com as côxas ligeiramente affastadas por um ajudante. O cirurgião, retira suavemente toda a gaze existente na vagina, peça por peça, ablação esta que se accompanha, ás vezes, de uma dôr muito viva e seguida de corrimento sanguineo, inteiramente insignificantes. Diz Richelot que não se faça immediatamente depois do levantamento da gaze, a injeção vaginal e sim 48 horas depois, tendo o cuidado de servir-se na primeira vez d'agua fervida que se

injecta de vagar e sem pressão. Dous ou tres dias depois desta primeira injeção fazer as lavagens de sublimado (á 1/4000), depois que a ferida se tenha retrahido sufficientemente e que as adherencias já consolidadas, tenham formado uma trincheira entre a vagina e a cavidade peritoneal. Pode-se empregar em vez da solução fraca de bichloruzeto, a agua oxygenada muito, diluida (200/800).

E' desnecessario lembrarmos que depois do 4.^o dia deve-se prescrever á doente um purgativo (30 grs. de oleo de ricino) e duas horas depois um levantamento intestinal de agua fervida adicionada de 4 colheres mais ou menos, de oleo de amendoas doces e 2 de glicerina, para lubrificar a mucosa intestinal e amollecere as materias fecaes, já bastantes endurecidas pelo accumulo de tantos dias e deste modo facilitar a sua eliminação. A partir deste momento, deve-se observar a regularidade da defecação.

Quando a intervenção cirurgica importa em uma amputação do collo e depois apparece escoamento granuloso ou hemorrhagico, as injeções são dadas continuamente, de manhã e á tarde com solução sublimada á 1/5000. Não se deve fazer uso das valvulas de Sims nos curativos para a mudança do penso ou oblação do dreno. A mudança do penso vaginal e pezineal faz-se conforme a operada, é ou não drenada, isto é todos os dias ou em dias alternados. Esta operação faz-se do modo seguinte: introduz-se na vagina umatesoura ou uma pinça ao longo do index



inclinado que reconhece o tubo, prende-se-o com este instrumento se consegue deste modo zettal-osem incidente algum. Não se faz uso do espelho, porque este apparelho, mesmo o mais delicado, desfaz todo o trabalho cirurgico, distendendo as paredes vaginaes as quaes procuramos transformar em o espaço virtual que apresenta normalmente este conducto.

Quanto á dieta, não se deve ser exagerado e consentir que a doente do 3.^o para o 4.^o dia da operação tenha uma alimentação mais fortificante, afim de consolidar-se mais rapidamente a sua cicatriz.

Se sobrevêm complicações post-operatorias, (hematoma suppuzado, etc, etc.), faz-se o tratamento que a technica determina. Passados mais alguns dias, a doente poderá andar, sem entretanto abusar da marcha, e depois do 20.^o dia deixará definitivamente o leito

Recommenda-se a operada que observe uma hygiene local e geral rigorosas e a supressão das relações sexuaes durante um mez no minimo.

Se bem que estas recommendações não sejam quasi sempre levadas na divida consideração, servem, entretanto para zefreiar em parte essas pessoas pouco intelligentes ou aquellas em que a sua educação insufficiente torna-as muito ingenuas neste ponto.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

CHIMICA MEDICA

I

O chlorureto mercurico (Hg Cl^2) é conhecido desde muito tempo com o nome de sublimado corrosivo ou bichlorureto de mercurio.

II

Sua densidade é de 5,4, funde-se á 265° e ferve á 295° . E' muito solúvel no ether no alcool e muito pouco na agua.

O gosto do sublimado é acre, metallico e mauseante. E' um veneno violento e um poderoso antiseptico. A solução aquosa possui ligeira reacção acida. O bichlorureto de mercurio pode passar, muito facilmente, ao estado de calomelano ou mesmo de mercurio metálico, agindo para isso todos os reductores.

III

O sublimado corrosivo é utilizado na preparação das peças anatomicas que as endurece rapidamente, destroe os insectos dos herbarios, e se emprega sobretudo nas desinfecções. Sua acção therapeutica é das mais importantes. O licor de *Van-Swhiten* é prescripto em pequenas doses, internamente, em lavagens e injecções antisepticas, misturado de 2 ou 3 vezes seu volume de agua, e em collyrios, pomadas, banhos etc.

HISTORIA NATURAL

I

A raça negra é a mais sujeita ao prolapso genital pela multiparidade notavel que nella se observa não

II

só devido ao abuso das relações sexuaes de accordo com o seu temperamento assaz libidinoso, como pela predisposição profissional, nessas mulheres que trabalham no campo, nas fabricas, etc.

II

Os paizes quentes têm a influencia debilitante do clima sobre os seus habitantes, predispondo-os pela anemia, constipações rebeldes, cachexias, etc.

III

Na raça branca, tambem concorrem para a produção desta malfadada molestia os excessos da vida elegante. Notamos: que a moda concorre sobejantemente para isto, tal é o abuso do espartilho que comprime os órgãos abdominaes e os obriga a descerem para a abertura da bacia, exercendo uma pressão consideravel sobre o utero, e os sapatos de salto alto, deslocando o centro de gravidade do corpo tambem facultam os desvios uterinos.

HISTOLOGIA

I

O musculo uterino tem como elemento essencial as fibras musculares lisas que medem no órgão, quando o utero está no estado de vacuidade, 50 á 70 micras de extensão e dirigidas differentemente, segundo os pontos em que ellas são observadas. Estas fibras são protegidas por uma ganga conjunctiva e elastica, tanto mais desenvolvida, quanto mais se approxima da porção vaginal do collo.

II

A presença do tecido elastico na tunica musculosa do utero merece menção especial, porque, segundo certos autores (Acconci, Duhrseu), este tecido teria grande importancia na dilatação do collo uterino no

momento do parto. Os elementos elasticos apparecem e são sobretudo abundantes ábaixo da serosa e formam ahi uma rede bastante estreita que se prolonga por toda a espessura da tunica muscular, sendo este reticulo elastico intra-muscular particularmente bem desenvolvido na porção cervical.

III

Como, depois do parto, a tunica muscular readquire a sua constituição ordinaria? Pesquisas recentes emprehendidas por Sænger demonstraram que as fibras musculares não soffrem a degeneração granulo-gordurosa, como se pensava antigamente, e sim uma parte apenas da sua massa protoplasmica, é ferida dessa degeneração que deixa intacto o nucleo e a parte do protoplasma que o cerca. E' portanto á uma atrophia parcial dos elementos musculares, e não á sua destruição que é devida a volta da tunica muscular ás suas dimensões normaes.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

Existem nas paredes lateraes da escavação pelvica dous arcos tendinosos: o arco muscular e o arco aponevrotico. Para traz, elles se inserem em commun na face interna da espinha shyatica, mas na parte media do seu trajecto, elles se fastam um do outro, continuando-se; o arco muscular para a arcada subpubiana, onde termina, e o arco aponevrotico para a face posterior do pubis á 3 centimetro de bordo superior e 8 cm. da symphyse.

II

O arco tendinoso que mais nos interessa é o aponevrotico. E' este, que se precisa conhecer na operação de Guenard. Apresenta-se sob a forma de uma faixa muito clara, aguçada no seu bordo inferior e muito resistente.

IV

III

Praticamente, a fixação tem lugar não somente no arco aponevrotico, mas ainda no arco muscular, porque no lugar proprio da fixação, a agulha e o fio pegam ao mesmo tempo os duos arcos, que são approximados, e por isso não se faz distincção entre elles.

PHYSIOLOGIA

I

O utero na posição normal é mantido pelos seus elementos de suspensão, de contensão e principalmente pelo pavimento perineal. O relaxamento desses ligamentos tem grande importancia na formação dos prolapsos, embora contra a opinião de Schultze.

II

Reconhecemos que depende da integridade do perineo a condição essencial para se manter o utero em posição. O aparelho de sustentação e contensão é constituído pelo pavimento pelvico e principalmente pelos musculos transverso e levantadores do anus, tambem fazendo parte delle, a vagina que lhe fornece uma verdadeira columna muscular.

III

Weickel, na estatica uterina, não dá valor somente ao papel dos musculos, o que é racional e, sim á todo o conjuncto de partos molles que constituem o cochinho perineal.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

Explorando-se, atravez da mucosa vaginal as regiões obturadoras, nota-se perfeitamente, na maior parte dos casos, a situação dos arcos tendinosos da vagina ao nivel da parte media do seu trajecto.

Basta passar o dedo de cima para baixo para reconhecer-se: primeiramente uma saliência formada pela face posterior do ramo horizontal do pubis, depois uma gotteira aberta na correspondente á passagem dos dous obturadores, finalmente uma outra saliência que se dirige por baixo e para traz, em relação com a maior espessura da região obturadora, onde se acham os arcos tendinosos.

III

E' neste lugar que se passa o fio na hysteropexia obturadora de Guenard. A vantagem deste processo está em se poder fazer uma fixação longa, sem perigo algum. Os vasos uterinos e os ureterios estão mais para traz, na distancia de 2 cms. aproximadamente, ficando os vasos e nervos obturadores á 3 cms. ácima.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

E' a ruptura do perineo completa ou incompleta o mais importante na pathogenia dos deslocamentos uterinos, embora negem Hart e Barbour. Ao lado das rupturas apparentes, existem rupturas musculares occultas, sem lesão vesivel da mucosa. A pelle mascára essas rupturas intersticiaes que importam em todos os musculos do perineo propriamente dito.

II

Quer a ruptura seja apparente ou occulta, o que resta do perineo, torna-se physiologicamente insufficiente e se produz o relaxamento da vulva, lesão que Duplay e Chaput consideram etiologica das mais importantes.

III

Ella produz realmente uma fenda que permite a entrada do ar na vagina, separa as suas paredes,

VI

neutralizando deste modo a acção do soalho pelvico neste conducto.

BACTERIOLOGIA

I

Abandonado á sua evolução morbida o prolapso genital torna-se pouco á pouco irreductivel, e o tumor assim exposto ás impurezas atmosphericas e acção irritante e septicas das secreções vaginaes, é bem depressa aggravado de accidentes infectuosos muito serios.

Em geral são a gangrena e as ulcerações que favorecem a formação de abcessos e lymphangites diffusas, capazes de comprometterem a vida da doente.

Além disto os embaraços da micção accentuam-se — a bexiga que se esvasiava mal infecta-se, e esta infecção ganha os ureterios, bassinets e rins propriamente ditos, produzindo os accidentes mais temiveis.

II

Como sabemos, estabelecida a porta de entrada para os differentes micro-organismos que têm o seu *habitat* nas poeiras do solo e na propria vagina e uma vez inoculados no organismo, a sua virulencia dependerá do estado das lesões, da resistencia vital do individuo e mais ainda do valor da associação desses micro-organismos, responsaveis portanto pelas infecções ordinarias, septicemias e suas consequencias como a supuração *sphacela*, pyemias, etc. São os *staphylococcus*, *streptococcus*, *pneumococcus gonococcus* e *colibacillus* os principaes desses germens.

III

Em geral é a falta de asepsia que dá logar á estas *calamidades pathogenas* observadas no curso da enfermidade, e ás vezes como accidente cirurgico, após a intervenção. Felizmente estes germens são muito

sensíveis, á acção dos antisepticos usuaes, sendo destruidos completamente quando a asepsia é bem administrada. São estas as substancias mais empregadas na pratica para a sua eliminação—a agua oxygenada, o bichlorureto de mercurio á 1/1000, o permanganato de potassa á 1/200, o bisulfito de soda á 1 200 e o protalgol á 4/000.

PROPEDEUTICA

I

O toque vaginal representa uma importancia excepcional e deve dar ao cirurgião os signaes mais positivos e evidentes na formação do diagnostico. O dedo introduzido na vagina faz perceber-se caracteres physicos distinctos de conformidade com o estado do collo uterino.

II

O collo, em estado normal, é situado no fundo da cavidade vaginal, occupando a sua parte media, e á 8 ou 10 cms. ácima do annel vulvar. E' necessario, pois, procurar, se elle está no seu lugar, ou deslocado, e se o deslocamento é no sentido antero-posterior, lateral, ou vertical, isto é, para cima ou para baixo. Cada um destes deslocamentos tem a sua significação particular que muito interessa ao diagnostico dos prolapsos genitae.

III

O collo é dirigido de cima para baixo, ligeiramente para diante e seu eixo se confunde com o da vagina. Todas as vezes que o eixo cervical se desvia dessa posição, pode ser indicio de um deslocamento uterino primitivo ou secundario. A forma e volume do collo tambem devemos conhecer, porque estes caracteres representam as variações correspondentes aos diversos estados physiologicos ou pathologicos da mulher,

VIII

bem como o augmento ou a pequenez do collo, a sua forma cylindrica ou hemispherica etc. O alongamento exagerado de todo o *focinho de tenca* ou de algum dos labios, a forma do *soalho*, o exagero de todas as dimensões sem mudança de forma, são outros tantos signaes de grande valor semeiotico.

Da consistencia do collo, percebe-se mais, o endurecimento parcial ou total do orgão e o amollecimento ou friabilidade ao contacto, conforme o estado pathologico.

PATHOLOGIA MEDICA

I

Conhecidas as contra indicações cirurgicas para as grandes intervencões, não podemos deixar de lembrar a glycosuria e a albuminuria, como as mais temiveis nestes casos. O que mais importa no ponto de vista do diagnostico, é quasi exclusivamente a presença, na urina, de elementos constitutivos anormaes. Num grande numero de affecções os elementos normaes da urina soffrem mudanças na quantidade e as vezes tambem nas suas relações mutuas, modificações estas que são mais ou menos importantes para o diagnostico.

II

No ponto de vista theorico, é de grande valor saber-se que a tara da uréa na urina se eleva na febre, baixa immediatamente antes da erise, para attingir depois d'ella, cifras extraordinariamente elevadas (eliminação da uréa post-critica); que a tara é consideravelmente augmentada no curso do diabetes, e ao contrario, diminue na atrophia amarella agúda do figado, á ponto de se encontrar apenas traços dessa substancia.

III

Na pratica, porém, já não se observa assim e nota-se que o acido urico é eliminado em abundancia na leucemia e nos casos de insufficiencia.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

O opio, succo expesso que se obtem por incisão das capsulas, ainda verdes, da *Papaver somniferum*, vem de Smyrna, Constantinopla, Egypto, Persia e India. Sua qualidade varia conforme a procedencia, sendo o de Smyrna o melhor, porque é o que contém mais principio activo (10 % de morphina.) Alem deste importante alcaloide, o opio contém ainda—a codeína a narcotina, a narceina, a thebaína, a papaverina a apomorphina, etc.

II

A morphina é empregada de preferencia sob a forma de chlorydrato, na dose de 1 á 10 centgrs. por dia; em pilulas (de 11 centgrs.), xoropes (1 centigr. para 20 grs.), suppositorios (1 centigr. p. 4) e em injeções sub-cutaneas (10 á 20 gottas de uma solução á 50).

III

O opio bruto emprega-se progressivamente de 5 á 30 centgrs. por dia, em pó ou em pilulas. e ainda em extracto gommoso ou thebáico, pó de Dower, tinctura thebáica, Laudanum de Sydenham ou de Rousseau e elixir paregorico.

THERAPEUTICA

I

A chloroformisação faz parte da therapeutica nas grandes intervenções. O chloroformio anesthesico deve

X

ser chimicamente puro. Na chloroformisação o individuo á anesthesiar deve estar em jejum, collocado na posição horisontal, com o ventre, o peito e o pescoço livres, sem constrictão alguma.

II

A administração deste anesthesico inspira certos cuidados os quaes devemos evitar, agindo com muita prudencia. O chloroformisador deve tranquilisar seu doente, fallando lhe docemente e prevenindo o das sensações que elle tem de experimentar.

III

¶Pelo methodo das gottas, 20 á 30 grs. bastam para produzir uma anesthesia completa durante 2 á 30 minutos. Na chloroformisação é preciso observar-se o estado da face e dos olhos, a respiração e o pulso do anestesiado.

CLINICA MEDICA (1.^a CADEIRA)

I

O diabetes (contraindicação cirurgica) divide-se em diabete assucarado e diabete insipido que é a polyuria simples, com azoturia ou phosphaturia. Esta terrivel molestia tem habitualmente um principio muito insidioso.

II

Acontece, muitas vezes, que os *pequenos accidentes* não são percebidos pelo doente, e então o medico experiente, pelo exame da urina annuncia a existencia da glycosuria. As urinas diabeticas são descoradas, acidas e de uma densidade que attinge á 1030 e ás vezes, 1060 por causa do assucar que ellas contêm. A quantidade eliminada em 24 horas sobe á 60 grs. podendo chegar á 500 e mesmo exceder de 1000 grs., nos casos extremamente graves.

III

As complicações que podem sobrevir no curso do diabetes são numerosas e variaveis, as quaes se acham reunidas em grupos, constituindo affecções cutaneas, perturbações digestivas, perturbações oculares, paralyrias, accidentes pulmonares dos quaes o mais terrivel e frequente é a tuberculose pulmonar.

CLINICA MEDICA (1.ª CADEIRA)

I

A albuminuria (outra contra indicação cirurgica de grande valor) é o symptoma principal da nephrite chronica. O mal de Bright é constituído por essa albuminuria persistente, uma hydropsia de marcha especial e lesões renaes.

II

Além dessas nephrites systematisadas, existem nephrites diffusas, ou nephrites mixtas que são as mais frequentes (Dieulafoy), nas quaes a lesão attinge, ao mesmo tempo, ás cellulas epitheliaes, o tecido conjunctivo, os glomerulos e vasos. Segundo a antiguidade da lesão e sua predominancia epithelial ou conjunctiva, o rim apresenta-se grosso ou pequeno, liso ou granuloso (Jaccoud, Charcot, Cornil e Rendu).

III

A nephrite mixta, forma commum do mal de Bright explóde, ordinariamente, já no periodo chronico, com symptomas pouco caracteristicos chamados *pequenos accidentes do brightismo*. Depois, apresentam-se os grandes symptomas que são: a albuminuria, da qual já fallamos, os embaraços respiratorios a hypertrophia do coração, as perturbações visuaes, as hemorragias, as lesões do figado, a acyte e as alterações da pelle,

XII

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

Do quadro symptomatologico dos prolapsos genitales são os embaraços do aparelho digestivo e dos seus annexos, os phenomenos que offerecem maior gravidade. Todo o tubo gastro-intestinal funciona mal, apparecem os vomitos, como se se tratasse de uma peritonite e finalmente todos os signaes de uma dyspepsia de origem neuromotora.

II

Os symptommas geraes são, sobretudo, de ordem reflexa, ligados ás vezes, á ptose generalizada que constitue o typo mais grave desta affecção. Apparecem a cephalalgia, as palpitações, tremores, crises nervosas e a insomnia. O doente, acobardado pela molestia emagrece e soffre de uma irritabilidade tão grande, á ponto de se lhe alterar o character. Estes phenomenos podem aggravar-se e attingir á grande hysteria, á neurasthenia e mesmo á epylepsia.

III

Estas molestias são nevroses de symptommas variados que podem figurar isoladamente como estigmas, ou reunidas em formas clinicas.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRA- PHICA

I

A sarna é uma molestia parasitaria cutanea produzida pelo *acaros scabiens*. A sarna do homem conhece-se pelos sulcos cavados na derma onde vive o *sarcopta*. Este parasita ataca de preferencia as mãos, os pés, as partes genitales, os gluteos, as axillas e o abdomen, respeitando entretanto, a face do individuo.

II

Produz coceiras pertinazes e martyrisantes, erupções de pápulas, vesículas, pustulas e o impetigo.

III

Hoje nos paizes mais adeantados da Europa, não se empregam mais as classicas pomadas de enxofre, balsamo do Perú, etc. e o seu tratamento radical é feito, em duas horas, pelos vapores de enxofre.

CLINICA PEDIATRICA

I

Tem-se registrado casos de prolapso, nitidamente constituído. em creanças recém-nascidas, taes são as observações de Hausen, Redoansky, Purefoy, Andrew e Burger.

II

Richelot fez notar que estes accidentes de que acabamos de fallar, parecem mais, um vicio de conformação dos órgãos genitales, do que um prolapso. Procurando dar o devido valor á sua opinião, lembrou-se que os doentes citados tinham outras malformações, como imperfuração do recto, spina-bifida, paresya dos membros inferiores, etc.

III

Segundo Trelat, pode-se ainda attribuir esta enfermidade á uma insufficiencia congenita do apparelho de sustentação do utero conforme se explicam os prolapsos nas virgens.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

Rutter dá uma importancia capital á inclinação da *bacia* que na posição vertical, torna o estreito superior horizontal, o que exagera o esforço da pressão abdo-

XIV

minal sobreo perineo. Estas dimensões exageradas do diametro vertical da symphyse pubiana tem por effeito desviar para traz, a fenda genital, diminuindo assim a estensão e consequentemente a resistencia do perineo.

II

A abertura vulvar que Duplay e Chapot consideram como importante, pode ser a consequencia de uma ruptura perineal.

III

Barozzi leva mais adiante o phenomeno da predisposição e diz que ella não depende somente dos partos repetidos, das rupturas do perineo e do augmento da pressão intra-abdominal, mas principalmente da diathese herniaria.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

A ligadura é uma hemostase definitiva. Dá-se a obliteração do vaso por meio de um fio constrictor reabsorvivel, ou não, o qual pode ser o (catgut), o metal, seda, etc.

A ligadura pode ser immediata e isolada, quando applicada directamente sobre cada vaso; é a mais efficaz e toleravel.

II

Quando se trata de arterias atheromatosas ou calcificada, deve-se ter o cuidado de evitar a ruptura do vaso, não se empregando fio muito grosso e apertando cautelosamente o laço.

III

Nas suturas profundas emprega-se os fios de prata ou catgut, sendo que os de prata são preferidos nas colpo-perineorrhaphias. Os fios de seda são usado nas suturas superficiaes, exclusivamente, porque não são reabsorvidos e se infectam facilmente.

CLINICA CIRURGICA (2ª CADEIRA)

I

O canero do utero é frequente, nas multiparas, á partir de 40 annos. No começo é tão insidioso que muitas vezes o medico não é consultado senão quando as nodosidades do collo já estão ulceradas.

II

Os seus symptomas são dores lombares surdas, irregularidade menstrual e o escoamento vaginal. Mais tarde estes symptomas tomam caracteres especiaes: ha hemorragias extemporaneas e o escoamento torna-se abundante, fetido, irritante e de consistencia caracteristica.

III

A gravidade do seu prognostico é tão grande, porque a sua recediva após a operação é quasi sempre fatal. Usam-se as injeções quentes de ergotina, de morphina, como palliativo contra certos symptomas, mas a amputação supravaginal do collo, a hysterectomia abdominal, ou as duas ao mesmo tempo (Bouilly) têm dado bons resultados.

CLINICA CIRURGICA (1ª CADEIRA)

I

A metrite é uma inflammação chronica ou agúda do utero, que sempre começa pela mucosa (endometrite), Para invadir em seguida o parenchyma uterino (parenchymatosa), lezões estas que muitas vezes estendem-se ao corpo e ao collo [Bouilly]

II

Seu tratamento é geral ou local. No primeiro prescreve-se muito repouso, a cinta abdominal, os lavamentos laxativos, tonicos, a hydrotherapia e as aguas mineraes, segundo o estado constitucional do individuo.

III

O tratamento local nos casos simples consiste—nas irrigações vaginaes antisepticas e quentes, nos tampões glycerinados, em modificar a mucosa uterina com ou sem dilatação do collo, na cauterisação das paredes com tintura de iodo, nitrato de prata, etc. ou melhor que tudo isto, fazendo a curetagem que é o seu tratamento racional (Bouilly)

OBSTETRICIA

I

O parto é a causa mais frequente dos prolapsos genitales. O trabalho obstetrico age de duas maneiras segundo Pozzi:

II

Ou pela distenção exagerada dos tecidos e orgãos cuja estructura e resistencia são modificados.

III

Ou pelas rupturas e traumatismos, possiveis, nos partos expontaneos e mais frequentemente se elles são laboriosos e difficeis como as distocias, se necessitam operação de *forceps*, versões, etc.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

Em clinica a involução uterina é uma questão de maxima importancia na etiologia dos prolapsos genitales.

II

Temos visto diversos casos desta enfermidade causados pelo embaraço da involução puerperal.

III

A infecção puerperal é quasi sempre o factor principal destes casos.

CLINICA OPHTHALMOLOGICA

I

A ophtalmia purulenta do recém-nascido é quasi sempre proveniente da passagem da cabeça do feto, pela vagina septica de algum corrimento.

II

Para evitar este accidente de tão grande importancia na clinica obstetrica, deve o parteiro fazer desaparecer todo o corrimento durante a gravidez e fazer a asepsia indispensavel da vagina, para que na sahida dofeto, não haja accidente algum a registrar.

III

Num caso de ophtalmia purulenta, deve-se tratar logo e convenientemente os olhos da creança, com um remedio especifico.

Eis uma solução que é muito frequentemente indicada:

R. - Permanganato de potassio, 1 gram.

Agua distillada, 1000 grams.

Para lavagens.

HYGIENE

I

A hygiene therapeutica, sabia e intelligentemente instituida é indispensavel no tratamento dos prolapsos genitales, sobretudo quando os outros meios não possam ser applicados.

II

O individuo para viver com a sua enfermidade deve renunciar á vida activa, não se occupando de trabalhos penosos, sem abusar da marcha, da posição vertical e fazer frequentemente o asseio dos seus orgãos genitales,

III

Ha mulheres que, graças á uma hygiene bem comprehendida e apesar de soffrerem de um prolapso uterino completo, exercem as suas occupações ordinarias, algumas até fatigantes, sem aggravação da sua enfermidades.

MEDICINA LEGAL

I

O medico é responsavel pelos prejuizos causados ás partes, no exercicio da sua profissão e esta responsabilidade comprehende não só o *facto*, como ainda todas as suas aggravantes.

II

Qualquer premeditação, a não observancia da Lei, negligencia, ou imprudencia por elle cometida—é um delicto.

III

Todavia a responsabilidade medica, não pode ser reclamada com rigor, quando o accidente for motivado por causas imprevistas, como as anomalias diversas, as differenças individuaes de susceptibilidade com relação á anesthesia e á marcha differente dos resultados de uma operação, segundo ás edades, os sexos e os individuos.



ERRATA

PG. LNS.	EM VEZ DE:	LEIA-SE:
3 7	a primeira vista.....	á primeira vista
4 2	á ponto de.....	a ponto de
4 17	Refutando, etc.....	Refutando a opinião de clas- sicos antigos, diz Gaillard Thomas que a parede ante- rior da vagina é tão intima- mente adherente á base da bexiga e da parte anterior do <i>focinho de tenca</i> e, etc.
10 r.	Prolapos pequenos....	prolapsos pequenos
14 3	Contractibilidade.....	contractilidade
15 16	que se encontra.....	que se encontram
15 15	basta calcar a hernia, etc.....	basta calcar a hernia, porque, sendo uma cystoccele, a urina é incontinente expellida, etc.
12 22	arroxeada.....	arroxeadada
17 29	arrastar.....	arrastarem
19 10	Se apresenta na vulva,	se apresenta na vulva, obser- va-se um tumor sonoro á percussão, etc.
19 22	prescindir.....	prescindir
20 3	cosistir.....	consistir
20 4	O prolapsos.....	o prolapso
24 28	O corpo uterino.....	o corpo do utero.
26 9	flegmão.....	fleugmão
32 1	atricos.....	atritos
32 28	sensacções.....	sensações
33 18	volume e peso, hyper- trophiado.....	volume, peso e hypertro- phiado
33 28	15 á 20.....	15 a 20
34 8	infartos.....	infartados
34 29	á mucosa e pelle.....	á mucosa e á pelle
35 2	perineo como etc.....	perineo, e tambem nos pro- fundos, taes como, etc.
37 r.	Prolapsos vaginaes....	prolapsos genitaeas.
37 9	e instruidoras.....	<i>supprima-se</i>
37 12	Zenith.....	apogeu
38 30	tem de praticar.....	pratica
39 16	á uma decepção.....	a uma decepção
39 27	para o tratamento.....	no tratamento
41 5	Um emagrecimento su- bto.....	<i>supprima-se</i>
41 13	, e sob a influencia....	, porque sob a influencia
41 18	procurar.....	<i>supprima-se</i>
41 24	pesarios.....	pessarios
42 2	de se fazer operação...	de se fazer esta operação
42 19	durante 10 á 15.....	durante 10 a 15
43 14	invektivados.....	prohibidos

II

PG.	LNS.	EM VEZ DE:	LEIA-SE:
43	24	(focinho de tenca)	focinho de tenca
43	27	lesões todas	lesões estas
44	2	do que se previne	das quaes se previne
44	29	mas ha casos	Ha casos
46	4	a qual enrola-se	a qual deve-se enrolar
46	10	se accomodam com instrumentos tão complicados	se accomodam com estes instrumentos etc.
46	16	á adoptar	a adoptar
47	10	ineditas	ineditas
47	30	Não ha muito tempo que foram	Não ha muito tempo foram
49	4	á não ser	a não ser
51	9	concomitante	concomitante
52	29	á traçar	a traçar
52	8	que lhes pareçam	que lhe pareçam
54	5	Uma linha sequer dois processos são excellentes, etc.	Uma linha sequer, reputamos dous processos excellentes—o de Hegar e o de Bouilly que, por si sós, etc.
55	13	definitiva	definitiva
55	26	de Hegar, Bouilly	de Hegar o de Bouilly
55	28	que é uma modificação	— uma modificação
56	23	Fallamos do processo	Falamos do processo
56	26	que tem soffrido	pelas quaes tem passado
60	28	superior á 10 cms	superior a 10 cms.
62	11	de 5 á 10 cms	de 5 a 10 cms.
63	19	convindo que	por ser esta operação muito
63	28	vão pouco	pois não a
63	31	concomitante	concomitante
64	17	so por si ja se faz	so por si se faz
64	26	De facto ella tem a sua utilidade	De facto ella tem utilidade.
64	28	e se esta	e, sobretudo, se esta
65	1	de uma fibroma um cancro	de um fibroma, etc.
66	12	e se observou	e se observaram
69	3	de Bouilly, por não etc	de Bouilly, se justifica
70	10	processo em todos casos	em todos os casos
70	18	E' franqueavel ao hysterome, etc.	E' franqueavel ao hysterometro que na cavidade uterina dirige-se para traz e para cima em toda a sua profundidade
71	5	á qual tenha de submeter-se	<i>supprima-se</i>
71	22	ás pusilamines	as pusilanimas
71	30	e do dever	<i>supprima-se</i>
72	5	mas deve ser	mas, entretanto, deve ser
72	7	mas esta intervenção	e esta intervenção
72	18	compromettida etc.	alterada, mesmo, porque facilita deste modo

PG.	LNS.	EM VEZ DE:	LEIA-SE:
74	2	que ás vezes.....	as quaes as vezes
75	32	como já tivemos occa- sião de dizer.....	como já dissemos
76	12	pouco á pouco.....	em absoluto
76	21	faz-se	fazer
76	21	5 á 10.....	5 a 10
76	31	absoluta. Lembramos que, etc.....	absolta, e lembramos que
77	6	mesmo uma hysterecto- tomia	mesmo a uma hysterectomia
77	31	de potessio á 1 2000...	de potassio a 1 2000
78	9	não deve este ser.....	convindo que isto não seja
80	6	cujos resultados não sendo embora etc...	cujos resultados, se bem que não sejam ainda
80	29	São confiados á um. .	são confiados a um
81	11	uma á outra.....	uma a outra
82	4	gase esterelizado.....	gase esterilizada.
82	15	1 á 2 cms.....	1 a 2 cms.
82	21	vaginal que se.....	vaginal a qual se
85	7	acerca de.....	cerca de
85	8	urethral.....	uretral
85	11	dissecção á tesoura. Porque, etc.....	dissecção á tesoura. Para cima se descolla.
85	17	4 á 5 cms, de altura 5 á 6 cms.....	4 a 5 cms, de altura 5 a 6 cms
85	20	com um véu cahido...	como um véu cahido
86	15	4 á 5 cms.....	4 a 5 cms
86	19	ligal-as.....	ligal-a
87	31	4 á 6 cms.....	4 a 6 cms
88	6	incidente.....	accidente
88	15	da mucosa uterina e de- pois.....	da mucosa uterina. Depois
90	5	e uma direita.....	e outra direita
90	10	urethral.....	uretral
90	10	e a base.....	na base
91	23	de ligal-as com.....	de ligal-as depois com
92	7	Fazemos della.....	e fazemos della
93	8	O doente, etc.....	A doente deve ser posta na mesa, collocada na posição gynecologica, depois de con- venientemente raspada, son- dada e submettida a anes- thesia
94	1	ádiante.....	diante
94	1	lareal.....	lateral
94	15	no ponto proprio fio de seda	no ponto proprio um fio de seda.
96	1	2 á 3 cmsa.. ..	2 a 3 cms
97	5	sem violencias.....	sem violencia
99	16	amarra.....	<i>supprima-se</i>
100	1	um tisana.....	de uma tisana
100	3	a agua de Seltz.....	da agua de Seltz

IV

PG.	LNS.	EM VEZ DE:	LEIA-SE:
100	23	quando a urina ou liquido.....	quando a urina ou o liquido
101	19	concienciosamente.....	concienciosamente
102	24	ser rigoroso.....	ser rigorosos
102	29	para o doente qual.....	para a doente a qual
104	12	e duas horas depois um lavamento.....	e duas horas depois deste, um lavamento
105	2	instrumento se consegue.....	instrumento e se consegue.
105	31	insuficiente.....	mais rudimentar

NAS PROPOSIÇÕES

PG.	LNS.	EM VEZ DE	LEIA-SE
1	17	Switen.....	Switen
11	14	Sobre o utero, etc.....	sobre o utero que deslocam o centro de gravidade do corpo e por isso tambem, etc.
II	19	5 á 70 micras, etc.....	50 a 70 micras de extensão e são dirigidos, etc.
II	25	a presence.....	a presença
III	21	shyatica.....	sciatica
IV	1	não somente.....	não só
IV	19	e, sim á todo.....	e sim a todo
V	4	aberta na correspondente	aberta para fora e correspondentes
IX	17	10 á 20.....	10 a 20 gottas de uma solução a 50
IX	18	5 á 30 centigrs.....	5 a 30 centigrs
X	10	20 á 30 gras.....	20 a 30 grams
XI	27	a acyte.....	a ascite
XII	13	de se lhe alterar.....	de alterar-se-lhe
XII	19	ou reunida1.....	ou estar reunidas
XII	21	acaros scabiens etc.....	acaros scabiei. A sarna no homem
XIII	17	paresya.....	paresia
XIII	19	á uma insuficiencia....	a uma insuficiencia
XIV	27	são usado.....	são usados
XV	21	lesões.....	lezões
XV	25	laxativos tonicos.....	laxativos, os tonicos

De certo deixamos escapar ainda muitas falhas que esperamos sejam relevadas, contando desde já com a indulgencia do leitor.

Viço

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 31 de Outubro de 1909.

O SECRETARIO

Menandro dos Reis Meirelles

