

Theses

1887

**Universidade Federal da Bahia - UFBA**  
**Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas**

**Esta obra foi digitalizada no**  
**Centro de Digitalização (CEDIG) do**  
**Programa de Pós-graduação em História da UFBA**

**Coordenação Geral: Marcelo Lima**

**Coordenação Técnica: Luis Borges**



**VIRTUTE SPIRITUS**

**Março de 2017**

**Contatos: [poshistro@ufba.br](mailto:poshistro@ufba.br) / [lab@ufba.br](mailto:lab@ufba.br)**



# THESES

APRESENTADAS

A' Faculdade de Medicina da Bahia

EM 30 DE SETEMBRO DE 1887

PARA SEREM SUSTENTADAS

PELA DOUTORANDA

RITA LOBATO VELHO LOPES

Natural da Provincia de S. Pedro do Rio-Grande do Sul

Filha legitima de Francisco Lobato Lopes e D. Rita Velho Lopes

AFIM DE OBTER O GRÃO

DE

DOCTORA EM MEDICINA



BAHIA  
IMPRENSA POPULAR

48, Defronte do Coberto Grande, 48

1887



# FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR — O Illm. Sr. Dr. RAMIRO AFFONSO MONTEIRO  
 VICE-DIRECTOR . . . . .

## Leontes cathedrales

### OS ILLMS. SRs. DRs.

José Alves de Mello . . . . .  
 José Olympio de Azevedo . . . . .  
 Cons. Pedro Ribeiro de Araujo . . . . .  
 Cons. Antonio de Cerqueira Pinto . . . . .  
 Antonio Pacifico Pereira . . . . .  
 Alexandre Affonso de Carvalho . . . . .  
 Antonio Pacheco Mendes . . . . .  
 Egas Carlos Muniz Sodré d'Aragão . . . . .  
 Manoel José de Araujo . . . . .  
 Cons. Demetrio Cyriaco Tourinho . . . . .  
 José Eduardo Freire de Carvalho Filho . . . . .  
 Cons. José Antonio de Freitas . . . . .  
 Cons. Barão do Itapoan . . . . .  
 Cons. Rozendo A. Pereira Guimarães . . . . .  
 Manoel Joaquim Saraiva . . . . .  
 Virgilio Clinaco Damazio . . . . .  
 Ramiro Affonso Monteiro . . . . .  
 Cons. José Luiz de Almeida Couto . . . . .  
 Cons. José A. Paraizo de Moura . . . . .  
 Manoel Vicorino Pereira . . . . .  
 Climerio Cardoso de Oliveira . . . . .  
 Francisco dos Santos Pereira . . . . .  
 Augusto F. Maia Bittoncourt . . . . .  
 Alexandre E. de Castro Cerqueira . . . . .

### MATERIAS QUE LECCIONAM

Physica medica.  
 Chimica medica e mineralogia.  
 Botanica medica e zoologia.  
 Chimica organica e biologica.  
 Histologia theorica e pratica.  
 Anatomia descriptiva.  
 Anatomia e physiologia pathologicas.  
 Pathologia geral.  
 Physiologia theorica e experimental.  
 Pathologia medica.  
 Pathologia cirurgica.  
 Materia medica e therapeutica, espe-  
 cialmente a brasileira.  
 Anatomia topographica. Medicina  
 operatoria e experimental.  
 Apparelhos e pequena cirurgia.  
 Obstetricia.  
 Pharmacologia o arto de formular.  
 Hygiene e historia da medicina.  
 Medicina legal e toxicologia.  
 Clinica medica — 1. cadeira.  
 » » — 2. »  
 » cirurgica — 1. »  
 » » — 2. »  
 » obstetrica e gynecologica.  
 » ophthalmologica.  
 » psychiatria.  
 » de molest. cutaneas e syphiliticas.  
 » medica e cirurgica de crianças.

## Adjunctos

### OS ILLMS. SRs. DRs.

Pedro da Luz Carrasosa . . . . .  
 Sebastião Cardoso . . . . .  
 Amancio J. Cardoso d'Andrade . . . . .  
 Francisco de Assis Souza . . . . .  
 Fortunato Augusto da Silva Junior . . . . .  
 Guilherme Pereira Rabello . . . . .  
 Manoel Dantas . . . . .  
 João Agripino da Costa Dorea . . . . .  
 João Gualberto de Souza Gouvêa . . . . .  
 Luiz Anselmo da Fonseca . . . . .  
 José Rodrigues da Costa Dorea . . . . .  
 Frederico de Castro Rebello . . . . .  
 João Tillemout Fontes . . . . .  
 Anisio Circundes de Carvalho . . . . .  
 Francisco Braulho Pereira . . . . .  
 Jose Pedro de Souza Braga, antigo substituto . . . . .  
 Domingos Alves de Mello . . . . .  
 Decleciano Ramos . . . . .  
 Roberto Moreira da Silva . . . . .  
 Carlos Freitas . . . . .  
 Carlos Ferreira Santos . . . . .

### CADEIRAS

Physica medica.  
 Chimica medica e mineralogia.  
 Botanica medica e zoologia.  
 Chimica organica e biologica.  
 Histologia theorica e pratica.  
 Anatomia descriptiva.  
 Anatomia e physiologia pathologicas.  
 Physiologia theorica e experimental.  
 Materia medica e therapeutica, espe-  
 cialmente a brasileira.  
 Anatomia topographica. Medicina  
 operatoria e experimental.  
 Apparelhos e pequena cirurgia.  
 Pharmacologia e arto de formular.  
 Hygiene e historia da Medicina.  
 Medicina legal e toxicologia.  
 Clinica medica — 1. cadeira.  
 » » — 1. »  
 » » — 2. »  
 » » — 2. »  
 » cirurgica — 1. »  
 » » — 1. »  
 » » — 2. »  
 » » — 2. »  
 » obstetrica e gynecologica.  
 » ophthalmologica.  
 » psychiatria.  
 » de molest. cutaneas e syphiliticas  
 » medica e cirurgica de crianças.

SECRETARIO — O Exm. Sr. Conselheiro Dr. CINCINNATO PINTO DA SILVA  
 SUB-SECRETARIO — O Illm. Sr. Dr. THOMAZ D'AQUINO GASPARI

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emitidas nas theses apresentadas.



Ao Distinguido Lente Dr Antonio  
 Pacifico Pereira e a sua Ex<sup>ma</sup> Familia  
 offerece

Filipa Lobato







## À SAGRADA MEMORIA

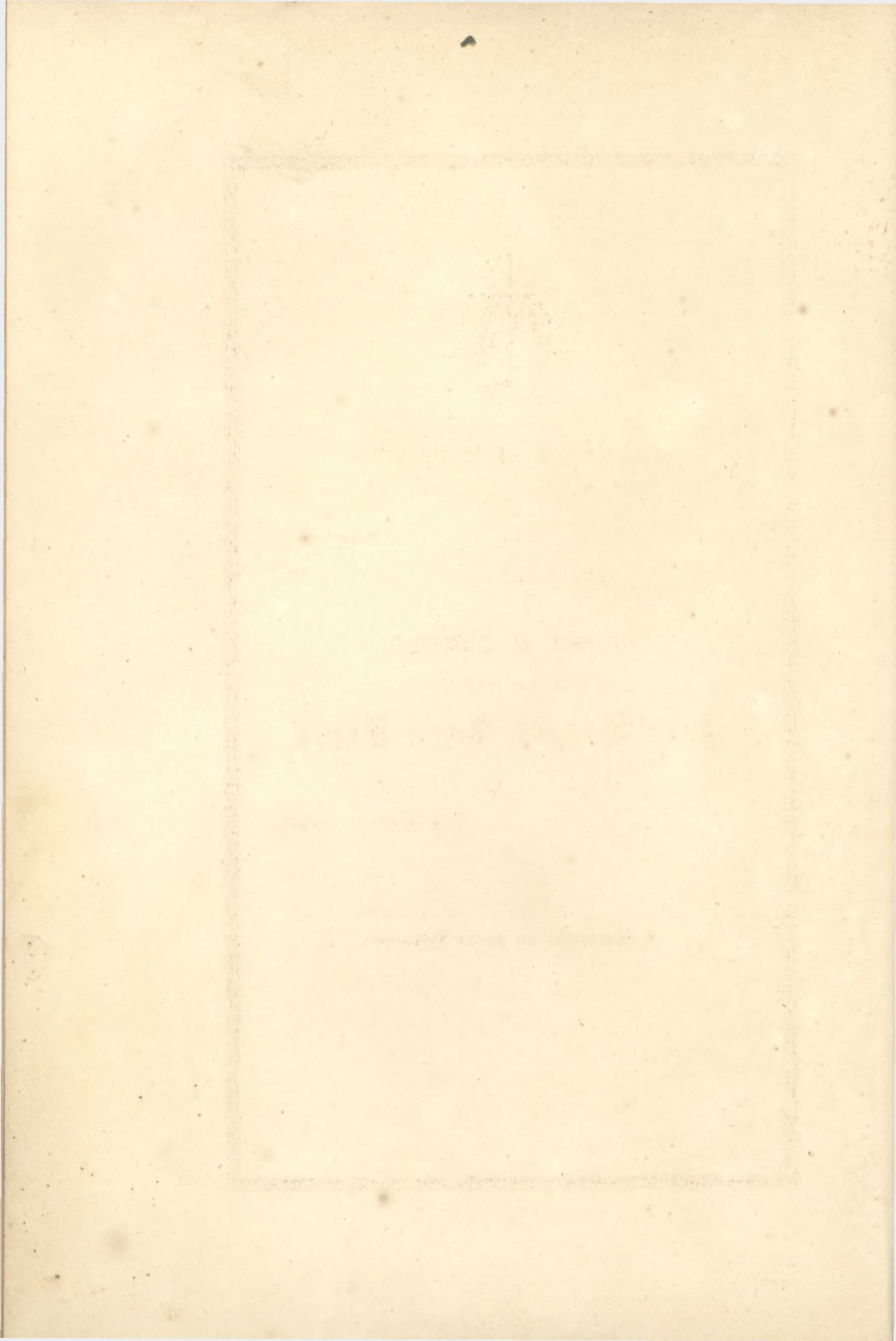
DE MINHA MÃE

D. Rita Velho Lopes

Oh! l'amour d'une mère, amour qui nul n'oublie!

V. Hugo.

Querida Mãi, o pezar que me opprime o coração, por não ter-vos a meu lado durante meu tirocinio academico, como tambem no momento em que me vai ser conferido um titulo scientifico, não posso exprimir, não ha phrases que o signifiquem! Aceitae pois estas singelas saudades, que, nascidas do coração e orvalhadas por minhas lagrimas, deposito em vosso tumulo, como interpretes de meus sentimentos. E lá da Eternidade abençoa-me, para que eu possa sempre honrar o nome que trago.





AOS MANES DE MEUS AVÓS

Veneração.

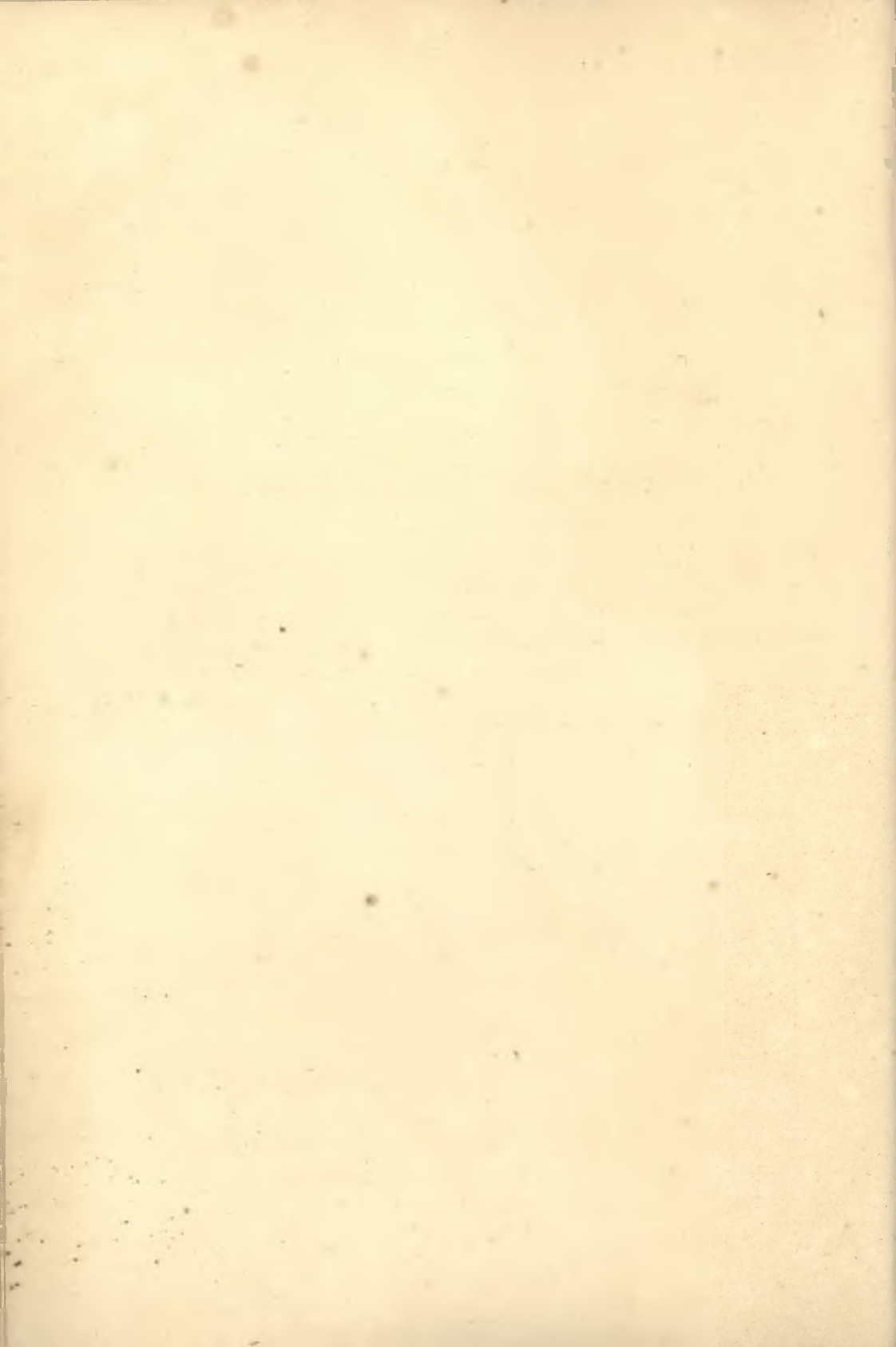
**SOBRE O TUMULO**

DE MEU IRMÃO

**José Eubato Coelho Lopes**

Uma lagrima de saudade.

**Á Memoria de meus Parentes**



## A MEU PREZADO PAE

O Senhor

FRANCISCO LOBATO LOPES

Si algum merito tiver esta humilde These, ainda que seja devido tão somente á uma recompensa da perseverança ao trabalho, a vós exclusivamente pertence ; peço-vos portanto que a acceiteis como modesta prova da gratidão de que sois merecedor, pela grande somma de sacrificios, que commigo tendes dispensado á bem da realisação d'este *desideratum*. E se eu no futuro louros colher, serão depositos á vossos pés e sobre o tumulo de vossa extremosa esposa — minha querida e idolatrada Mãe !

Á MINHA VENERANDA AVÓ

A EXMA. SRA.

D. Luciana Francisca da Terra Velho

Saude.

Á MINHA QUERIDA TIA, MADRINHA E AMIGA

A Exma. Sra.

D. Maria Leonidia Velha de Souza

*E á sua Exma. Familia*

Como pallido reflexo da amizade que vos dedico e insignificante prova de gratidão pelas attenções que sempre me haveis dispensado, accetae esta pagina de immensa estima.

A MEU TIO E PADRINHO

O SR. JOSÉ GONÇALVES LOPES

*E á sua Exma. Familia*

Singela prova de consideração e respeito.

A MEUS CHAROS IRMÃOS

OS SENHORES.

Dr. FRANCISCO LOBATO VELHO LOPES

Dr. MATHIAS LOBATO VELHO LOPES

Dr. ANTONIO LOBATO VELHO LOPES

Um futuro repleto de felicidades.

Á MINHA QUERIDA IRMÃ E AMIGA

D. Julieta Lopes Velho

Acceita este meu trabalho como prova da sincera amizade que te consagro.

A MEU TIÓ E CUNHADO

Q SR. AFFONSO MATHIAS VELHO

Amizade e respeito.

A MEUS INNOCENTES IRMÃOSINHOS

Joaquina Lobato Velho Lopes      Cassio Lobato Velho Lopes

Sincera amizade fraternal.

ÁS MINHAS TIAS

Estima e consideração.

ÁS MINHAS PRIMAS

Um abraço.

AOS SENHORES

*Capitão Carlos Maria da Silva Telles*

*Capitão Carlos Delphim de Carvalho*

*José dos Santos Castro*

Felicidades.



ÁS MINHAS PROFESSORAS

Respeito.

AS MINHAS AMIGAS

Sympathia.

ÁS FACULDADES DE MEDICINA DA BAHIA E DO RIO DE JANEIRO

Homenagem ao saber.

A MEU ILLUSTRADO MESTRE

O Exm. Snr.

Conselheiro Dr. Barão de Itapoan

Honra ao merito.

Ao ILLM. SR. COMMENDADOR

*Dr. Thomaz de Aquino Gaspar*

E A SUA EXMA. FAMILIA

Gratidão e estima.

AOS EXMS. SRs.

Cons. José Antonio de Freitas  
Cons. Demetrio Cyriaco Tourinho  
Cons. Cincinnato Pinto da Silva  
Dr. Gaspar Carvalho da Cunha  
Dr. Antonio Pacifico Pereira  
Dr. José Eduardo Freire de Carvalho Filho  
Dr. Antonio V. de Araujo Falcão  
Dr. Augusto Freire Maia Bittencourt

Reconhecimento.

AS MINHAS SYMPATHICAS COLLEGAS

*Dr.<sup>a</sup> Anna Tourão Machado*

*Dr.<sup>a</sup> Maria Amelia Cavalcanti de Albuquerque*

*Dr.<sup>a</sup> Amelia Pedroso Benebien*

*Dr.<sup>a</sup> Glafira Corina de Araujo*

*Ph.<sup>ca</sup> Maria Luiza Torreção Sue Surville*

Muitas felicidades.

AS MINHAS AMIGAS BAHIANAS

Um saudoso adeus.

A' PROVINCIA DO RIO GRANDE DO SUL

Prosperidade.

A' IMPRENSA POPULAR

Louvor.



# DISSERTAÇÃO

PARALLELO ENTRE OS METHODOS PRECONISADOS

NA

OPERAÇÃO CESARIANA

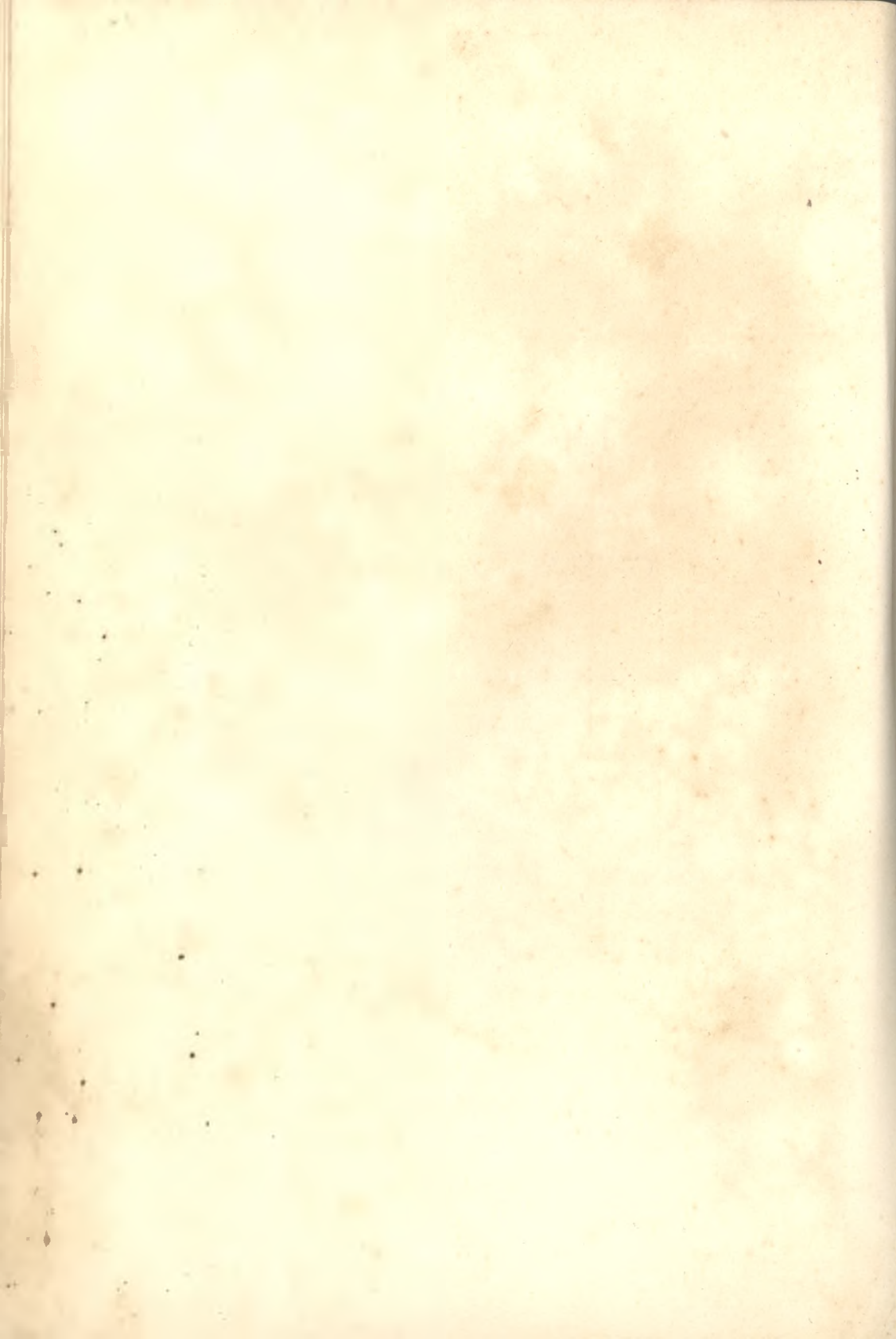
---

PROPOSIÇÕES

TRES SOBRE CADA UMA DAS CADEIRAS DO CURSO MEDICO

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

LA BRUYÈRE.



# OPERAÇÃO CESARIANA

---

## DEFINIÇÃO E HISTORICO

A operação cesariana, que é ainda conhecida pelos nomes de gastro-hysterotomia, secção cesaria, hysterotomia abdominal, laparo-hysterotomia, etc., consiste em abrir-se, por meio de uma incisão das paredes abdominaes e uterinas, um caminho pelo qual possa o feto ser extrahido do ventre materno.

Lançando um rapido olhar sobre o historico, que até hoje tem sido feito acerca d'esta operação, vimos que a origem da operação cesariana eleva-se ás mais remotas epochas.

É assim que a mythologia, narrando o nascimento quer de Baccho, quer de Esculapio, nos mostra as primeiras noções concernentes a essa operação.

O nascimento de Baccho é assim narrado : Jupiter, indo visitar Semele, filha de Cadmus, a qual achava-se grávida, não tendo reparado no raio que comsigo tra-

L L. 1

zia, deitou fogo á habitação d'aquella sua amante, que foi victima das chammas, e em seguida ordenou á Mercurio que d'ella extrahisse o fructo da concepção, o qual tendo sido por elle (Jupiter) guardado em sua côxa, d'ahi foi tirado tres mezes depois, recebendo o nome de Baccho.

A operação cesariana pôde ser praticada quer na mulher viva, quer depois de morta.

Até o seculo XV foi essa operação tão sómente praticada em cadaveres de mulheres, recebendo a denominação de cesariana, por ter sido, graças a sua efficacia, que Julio Cesar veio ao mundo.

Alguns autores, porém, entendem que Cesar tenha tomado esse nome da propria operação « *caso matris utero* ».

Litré diz que os Romanos davam o sobrenome de Cesar á todos os individuos, que vinham ao mundo por meio d'esse processo operatorio.

Setecentos annos antes da era Christã appareceu a celebre lei, que prohibia que fossem sepultados os cadaveres de mulheres prenes, sem que primeiro sobre elles se praticasse a operação cesariana, lei esta que foi promulgada por Numa Pompilio.

Ella teve por fim principal a conservação de cida-

dãos para o estado, e em consequencia d'isto é que, segundo a opinião de Plinio, vieram ao mundo Scipião, o Africano, Manlius, Julio Cesar, e alguns outros homens notaveis.

Algum tempo depois, foi essa lei abraçada pela Igreja Romana, não com o fim de conservar cidadãos para o Estado, mas sim para augmentar o numero dos christãos, pela administração do baptismo.

Pinard, em um trabalho, que publicou sobre este assumpto, distinguio os differentes e seguintes casos de indicação da operação cesariana *post-mortem* :

1.º Ella é indicada e praticada tão somente no oitavo e nono mez da prenhez, por isso que n'estas epochas é que o fêto pode gozar da vida extra-uterina, o que não se dá com o fêto de seis mezes.

2.º Ella é abraçada pela Igreja, por isso que da sua intervenção resulta um duplo fim, qual seja obter os fetos vivos e administrar-lhes o baptismo. É por essa razão que para a Igreja os cadaveres de mulheres, cuja gravidez tem attingido ao 6.º mez, devem soffrer a operação da hysterotomia.

Foi, porém, no seculo XVII, que ella foi aconselhada quando houvesses esperanças de ter-se um feto viavel.



Finalmente, Rizzoli ( 1860 ) e Thévenot que combatem esta operação, por isso que entendem que a extracção do feto pelas vias naturaes, ainda que forçada, é preferivel.

#### OPERAÇÃO CESARIANA SOBRE A MULHER VIVA

É fóra de duvida, a grande importancia que deve dar-se á operação cesariana, quando praticada na mulher viva.

A primeira noticia, que a este respeito foi dada ao mundo scientifico, é devida a Gaspard Bauhin, que observou, no anno de 1500, o primeiro caso d'essa operação, coroada de feliz exito.

Queremos fallar do caso \*, que vem citado em todos os compendios classicos, relativamente a este assumpto, que hodiernamente, graças ao tratamento listeriano, tem sido apprehendido e posto em pratica por alguns eminentes cirurgiões, entre os quaes alguns brasileiros.

A pratica scientifica da operação cesariana sobre a mulher viva deve verdadeiramente datar de Rousset,

\* Gaspard Bauhin refere que Jacques Nufer a praticou em sua propria mulher, tendo obtido feliz resultado,

visto que ignorando Nufer completamente as graves consequências que d'ahi podiam provir, e bem assim sem o conhecimento das regras scientificas, não pode por certo ter a honra de occupar o primeiro lugar no historico d'essa operação.

Effectivamente essa gloria cabe ao distincto cirurgião Rousset, que em 1581 publicou o primeiro tratado que sobre tal assumpto conheceu o mundo scientifico, no qual apresentou alguns casos de operação cesariana, todos seguidos de feliz resultado.

Como era de esperar, a monographia de Rousset, apresentando resultados tão brilhantes, despertou a curiosidade da parte dos cirurgiões de então, curiosidade esta que foi levada á um tal enthusiasmo que chegaram a praticar essa operação, algumas vezes sem indicação racional. O abuso foi tal que levou Scipião Merunia á dizer que se praticava a hysterotomia com a mesma facilidade, com que se sangrava na Italia.

A reacção, porém, não tardou a manifestar-se, e essa opinião foi combatida por alguns cirurgiões illustres, taes como Ambroise Paré, Peu, Viardel, Guillemeau e outros, que por não terem obtido felizes

resultados, nos casos em que a praticaram, contra ella levantaram lucta acerrima.

E talvez tivesse ella desaparecido si Gaspard Bauhin não lhe reivindicasse os creditos com brilhantes e novos casos em seu favor, o que fêl-a novamente entrar no campo das discussões.

Em 1749, Simon, perante a Academia Real de Cirurgia, leu um notavel trabalho no qual referiu 10 casos de operação, seguidos de resultado favoravel.

Terrivel, porém, foi a lucta que contra esta operação apprehenderam Sacombe e seus adeptos; mas apesar de tudo isso ella se manteve inabalavel, conseguindo, de um modo brilhante, ampliar os seus dominios.

Durante o seculo XVIII continuou a discussão entre os cirurgiões sobre o emprego da operação cesariana; e no fim do mesmo (em 1768) apresentou-se Sigault trazendo para o campo da discussão a symphyiotomia, operação esta que, disputando a supremacia sobre aquella, encontrou decididos partidarios.

- Semelhante acontecimento scientifico foi bastante para que os mais distinctos parteiros d'aquella epocha
- dividissem-se em dous grandes grupos: uns que, acompanhando Sigault, proclamassem o seu processo

operatorio superior a operação cesaria, e outros que negassem a sua supremacia ou preferencia, firmando assim suas crenças e convicções praticas.

Comquanto os adeptos da symphysiotomia mostrassem-se decididos partidarios d'essa operação, todavia Gardien, que d'ella foi o mais entusiasta, vio-a decahir, e muito, do conceito pratico, a ponto do professor Pinard dizer: *que a medalha mandada cunhar pela Academia Franceza não tinha o valor que até então se lhe dava.*

Depois d'essa phase por que passou a obstetricia, em que os dois processos operatorios acima apontados foram discutidos e seriamente analysados, surgiu um outro — *a cephalotripsia.*

Com o apparecimento d'esse novo processo operatorio, surgem diversas opiniões acerca do seu valor, ante a operação cesariana e a symphysiotomia.

Em consequencia d'essa preferencia não podia continuar a divergencia, que até então reinava, sem que para a sciencia resultassem grandes e serios prejuizos.

Era preciso, pois, discriminar-se o que de mais positivo havia na arte obstetrica.

Das diversas lutas travadas entre os sectarios das

doutrinas que acima avançamos, surgiu uma eschola chamada imparcial, que não desconhece as vantagens que ha entre a operação cesariana e a cephalotripsia, quando as indicações do caso as reclamam.

E tanto é verdade que actualmente essas operações são aconselhadas, sendo sua esphera de acção a mais limitada.

Aqui terminamos a parte historica da gastro-hysterotomia, passando no primeiro capitulo a occuparmos do estudo de suas indicações.

#### DAS INDICAÇÕES DA OPERAÇÃO CESARIANA

Si Levret disse que a arte obstetrica era tão nobre pelo seu alcance, quanto util pelo seu fim, pois que só ella tem a prerogativa de salvar diversos individuos n'uma só manobra ; tambem Gueniot affirma que ella é a unica que lança o medico na mais terrivel perplexidade, quando colloca-o na cruel alternativa de sacrificar uma existencia por outra, ou de vel-a morrer.

Muitas vezes, em consequencia de uma conformação viciada, vê-se a parturiente estorcer-se no leito da

dôr sem que a expu'são do feto possa ter logar pelas vias naturaes. Então debalde intervem a arte com seus recursos brandos ; sua acção é tão impotente como os esforços da natureza, e os dous individuos estão condemnados á uma morte mais ou menos inevitavel.

Dous grandes recursos podem apresentar-se ao parteiro, e a sua escolha d'elles significa a preferencia de uma vida á outra, isto é, a salvação da mãe com sacrificio do filho ou a de um ente desconhecido, a criança, sacrificando-se a mãe.

É, justamente, na escolha do meio a empregar, em taes circumstancias, que mais divergem os auctores, como deprehende-se das opiniões até hoje emittidas por alguns distinctos parteiros sobre as indicações da operação cesariana.

Simon e Levret foram os que apresentaram as primeiras indicações da operação cesariana, e graças a seus esforços é que esta operação entrou no dominio da cirurgia.

Segundo Nœgele e Grenser, taes indicações podem ser divididas em absolutas e relativas.

Haverá indicação absoluta da operação cesariana, toda vez que o estreitamento do canal pelvi-genital for tão pronunciado, que o fêto não possa ser expel-

lido, nem vivo, nem morto, do seio materno, pelas vias naturaes.

Será, porém, relativa quando o estreitamento não permite a passagem do feto de termo e de dimensões normaes, sem que o volume do mesmo seja previamente reduzido.

Rousset comprehendia, entre as indicações da operação de que nos occupamos, o volume excessivo do feto, as monstruosidades, as suas posições viciosas, os estreitamentos das vias genitales por tumores, callosidades, vicios de conformação, etc.

Simon e Levret reduziram, porém, essas indicações aos estreitamentos da bacia e á certos casos de tumores volumosos do orificio uterino, que não podem ser extrahidos, sem perigo, ainda maior do que o da secção cesarea.

Hoje essas indicações tendem a limitar-se cada vez mais aos estreitamentos da bacia.

A prenhez extra-uterina pode, em certos casos, tornar-se uma indicação absoluta da hysterotomia.

Quanto á indicação absoluta da secção cesarea, estão accordes todos os parteiros, mas o mesmo não se dá acerca das indicações relativas. Assim Scanzoni pratica essa operação nos casos em que o estreit-

tamento da bacia é de 68 millímetros, podendo attin- gir a 8 centímetros, estando o feto vivo.

Hubert aconselha-a nos casos em que o estreita- mento da bacia é de 7 centímetros, estando a criança viva, porque diz elle : ninguem tem o direito de sacrificar um innocente para evitar um perigo, nem mesmo o da secção cesarea.

Baudelocque, além dos casos de estreitamento da bacia, admite a indicação d'essa operação em certas anomalias das partes molles. Elle fixa o gráo de estreitamento em 67 millímetros.

Dubois aceita esse mesmo limite, para o caso em que o feto esteja vivo, o trabalho do parto come- çado e as membranas intactas ou recentemente rom- pidas. No entretanto, porém, nos casos em que o estreitamento da bacia é de 54 millímetros, elle só a pratica quando o feto estiver morto.

Depaul, cuja opinião é favoravel á operação, diz :

« Quand le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal a au plus 4 centimètres, ou se trouve au dessous de cette mesure, aucune tergiversation ne me paraît possible. Le seul moyen de délivrer la femme réside dans l'opération césarienne. Mais si le bassin, un peu moins rétreci, mesure entre quatre



et six centimètres, jé crois qu'avant de prendre un parti, il faut se poser la question suivante : L'enfant est il mort ou vivant?— Dans la première supposition je me resoudrai difficilement à pratiquer l'operation césarienne, et malgré les difficultés et les dangers réels de l'embryotomie, c'est à elle que je donnerai la préférence. Dans la seconde, soutenu par la presque certitude d'extraire un enfant vivant et viable, je me croirai autorisé à soumettre la femme à l'opération césarienne. »

Cazeaux e Tarnier hesitam entre a operação cesariana e a cephalotripsia, quando o estreitamento fôr de 5 centimetros para menos; não praticando a gastro-hysterotomia nos estreitamentos acima d'esse limite.

Jacquemier, não indagando da morte ou vida do feto, pratica a referida operação, quando o estreitamento é inferior á 54 millimetros.

Gueniot, Joulin, Hyernaux admittem como limite 4 centimetros.

O illustrado Pajot, que occupa lugar saliente no numero dos ardentes partidarios da cephalotripsia, só indica a secção cesaria, quando o estreitamento fôr de 27 millimetros; dando, nos estreita-

mentos superiores á esse limite, preferencia á cephalotripsia pelo seu methodo especial, chamado *cephalotripsia repetida sem tracções*, com o qual tem elle obtido resultados brilhantes.

É tal a exclusão que faz Pajot da operação cesariana, que aconselha a provocação do aborto, toda vez que, em uma prenhez de poucos mezes, conhecer-se um vicio de conformação tal que impossibilite o parto de dar-se normalmente, porque diz elle: aconselhar o aborto é recommendar um feticidio, mas premeditar a operação cesarea é preparar um assassinato scientifico e algumas vezes um feticidio.

Em vista dos perigos da cephalotripsia nos estreitamentos inferiores a 4 centimetros, Charpentier e muitos outros parteiros escolhem este limite como sendo o que deve se tomar para indicação absoluta da secção cesarea.

Todavia diferentes parteiros ainda não estão de accordo, quanto á escolha d'uma ou outra das operações.

Ora, si a grande maioria d'elles sacrifica o fêto com a esperanza de augmentar as probabilidades maternas, outros ao contrario não se consideram com esse direito e preferem praticar a operação cesariana

mesmo nos casos de estreitamento inferior a 7 centímetros.

Á vista, pois, da grande divergencia que reina em relação ás opiniões dos mais distinctos e illustres parteiros, parecia que deveríamos hesitar sobre a preferencia de qualquer dos processos operatorios nos casos de distocia.

Mas de nossa parte diremos que algumas d'essas indicações não serão por nós aceitas, como mais adiante mostraremos.

Assim não admittimos a indicação de Scanzoni, que chega a aconselhar a secção cesarea em bacias de 8 centímetros, quando o fêto é vivo ; e bem assim a de Hubert; porquanto como julgarmo-nos com direito de praticar uma operação, que provavelmente custará a vida da pobre mulher, só para não sacrificarmos a criança?

Haverá termo de comparação entre a vida d'essa mulher, que provavelmente será cercada de affeições, com a d'esse ente desconhecido ?

Viverá essa criança o tempo necessario para fazer esquecer as lagrimas derramadas sobre seu berço ?

Se bem que pelas razões expostas não admittamos a operação cesariana, com os limites que lhe dão Scan-

zoni, Hubert, Baudelocque e outros, todavia não podemos aceitar-a no circulo limitado que lhe traçou o professor Pajot.

Julgamos, porém, que a embriotomia deva ser praticada, toda vez que a introdução do cephlotribo seja possível, isto é, até nos estreitamentos de 5 centímetros. Abaixo d'este limite a applicação do instrumento e a extracção do fêto apresentam difficuldades taes que autorisam a praticar-se a operação cesariana.

Pediremos, pois, licença á nossos illustrados mestres, para, em vista das considerações expostas, só admittir a operação cesariana em sua indicação absoluta, adoptando como limite da mesma os estreitamentos de menos de 5 centímetros.

Deixaremos aqui de tratar da operação cesarea *post mortem*, porquanto nenhum parteiro ha que possa contestal-a ou deixar de aceitar-a.

#### DAS CONTRA-INDICAÇÕES

Sendo a operação cesariana de absoluta necessidade e o parteiro não se resolvendo a pratical-a sem ter conhecimento exacto da angustia da bacia, do volume

fetal, de sua viabilidade, etc., suas contra-indicações são, por isso mesmo, muito limitadas.

Ellas emanam do estado quer do feto, quer da mulher.

É assim que se o feto estiver morto, essa operação só deve ser praticada quando for absolutamente impossível extrahir-se a criança por outro qualquer meio.

Si, porém, apesar do feto viver, a mulher achar-se esgotada, quer por molestias anteriores ao trabalho do parto, quer pela extensão d'este, ou ainda por tentativas de parto artificial, por manobras manuaes ou instrumentaes, não deve o parteiro em taes circumstancias resolver-se a pratical-a, porque se o fizer, em vez de perpetrar um feticidio, irá commetter um assassinato.

Uma das circumstancias que muito deve influir, no espirito do parteiro, antes de resolver-se a praticar a hysterotomia, é incontestavelmente o meio em que se acha a parturiente.

Está provado por estatisticas insuspeitas que o resultado da operação cesariana praticada nos logares de campo é muito mais favoravel que quando nas grandes e populosas cidades.

## PRECAUÇÕES, TEMPO DE OPERAR

### E CONDIÇÕES NECESSARIAS Á PRÁTICA DA OPERAÇÃO CESARIANA

Tendo tratado no capítulo precedente das indicações da operação cesariana, passaremos agora a nos occupar das precauções, que deve tomar o cirurgião na pratica d'esta operação, do tempo em que deve se operar, e finalmente das condições necessarias á pratica da mesma operação.

Toda vez que em uma mulher se reconhecer a necessidade da operação cesariana, deve o parteiro, algum tempo antes do trabalho do parto, procurar, por meio de um regimen apropriado, preparar o organismo d'essa mulher, afim de melhor supportar a operação ; por isso que, uma das causas que mais influem para um máo resultado n'esta operação, é o depauperamento organico em que, as mais das vezes, se encontram as mulheres, que têm de ser operadas.

Mas, nem sempre poderá o parteiro intervir a tempo de poder lançar mão dos meios que para tal fim

dispõe, por isso que geralmente, só é chamado depois de começado o trabalho do parto, podendo n'essas condições tão somente dispor dos recursos de occasião.

Reconhecida que seja a necessidade da operação cesariana, deve o parteiro esclarecer á parturiente e á familia sobre as vantagens, que podem resultar de semelhante operação, ponderando-lhes ao mesmo tempo as razões que o levaram a tomar tal deliberação.

Deve tornar patente ás pessoas, que pela parturiente se interessarem, os perigos que a ameaçam e procurar, o quanto estiver a seu alcance, tranquilisala e animala.

Obtido o consentimento da parturiente e da familia, algumas questões se apresentam ao espirito do operador, antes de encetar o trabalho, como sejam :

Qual o momento mais favoravel para praticar-se a operação ?

A duração previa do trabalho terá influencia sobre o resultado final da operação ?

Concordam todos os parteiros que a occasião mais favoravel á pratica da secção cesaria é a que precede

á ruptura das membranas ou a que segue-a immediatamente.

A seguinte estatística de Kayser confirma essa nossa asserção em relação ás mães :

Antes ou 6 horas depois da ruptura das membranas .....	39 casos	20 curas	19 mortes
De 7 á 24 horas depois .....	35 »	14 »	21 »
Mais de 24 horas depois .....	38 »	13 »	25 »

Diversas razões se apresentam para explicar essa differença no resultado da operação, proveniente do momento em que ella é praticada. Entre outras, temos :

1.º Offerecer a dilatação do orificio uterino um meio facil de escoamento dos lochios ;

2.º Finalmente poder-se contar com as contracções activas do utero, para parar a hemorrhagia.

Quanto ás crianças, n'esses mesmos periodos, o resultado foi o seguinte :

No primeiro .....	37 casos	34 vivas	3 mortas
No segundo .....	32 »	25 »	7 »
No terceiro .....	37 »	19 »	18 »

D'onde concluimos que, tanto para as crianças como para as parturientes, o resultado será tanto



menos favoravel, quanto mais tempo decorrer entre a ruptura das membranas e a pratica da operação.

Como prova de que a duração prévia do trabalho exerce alguma influencia sobre o resultado da operação, Kayser nos apresenta 164 casos de observação, em que a duração do trabalho foi apreciada, dando o seguinte resultado :

De 24 horas de duração	20 viveram	40 morreram
De 24 horas á 72 .....	34 »	41 »
Mais de 72 horas .....	8 »	27 »

Em relação as crianças tambem não lhes é favoravel a demora do trabalho ; assim n'esses mesmos casos o resultado foi o seguinte :

De 24 horas .....	24 vivas	16 mortas
De 24 á 72 horas .....	48 »	24 »
Mais de 72 .....	11 »	17 »

Em resumo, sempre que for possivel, deve o cirurgião operar antes ou logo depois da ruptura das membranas.

Deliberada que seja a necessidade da operação cesariana, obtido o consentimento da mulher e da familia, o cirurgião occupar-se-ha do quarto, da meza de operar, do instrumental e de tudo que for necessario para tal fim.

CUIDADOS — O quarto escolhido para praticar-se a operação deve ser isolado, espaçoso, bem arejado e em boas condições hygienicas ; sua temperatura deve ser mantida entre 18 e 20 grãos, o ar deve estar saturado de vapores de agua phenicada. Os objectos de uso commum deverão achar-se perfeitamente limpos.

A mesa, sobre a qual será deitada a operanda, deve ser estreita, collocada no centro do quarto, afim de que se possa livremente circular-a durante a operação. É preferivel que seja alta, para não fatigar ao operador e a seus ajudantes.

INSTRUMENTAL — Para praticar essa operação, precisa o cirurgião de dous bisturis, sendo um convexo e outro recto e abotoado, de pinças de forci-pressura, de agulhas, tesouras rectas e curvas, tenta-canulas, fios metallicos, de seda e de catgut, fachtas agglutinativas, gase phenicada, compressas, algodão phenicado, tubos de drenagem, esponjas finas, toalhas, spray, solução phenicada, etc., etc.

Os instrumentos devem ser perfeitamente limpos e desinfectados, as esponjas novas e conservadas por algum tempo em uma solução phenicada ; finalmente

tudo que é necessario para esta operação deve ser previamente desinfectado.

De um certo numero de ajudantes precisa o cirurgião para praticar a operação cesariana, sendo indispensaveis, um para encarregar-se da chloroformisação; um para fixar o utero na linha média, mantendo-o em relação directa com a parede abdominal; um para fornecer os instrumentos ao cirurgião e para não deixar cahir liquidos na cavidade peritoneal; um outro para encarregar-se da pulverisação phenicada, e finalmente uma pessoa que sirva para receber a criança e proporcionar-lhe os primeiros cuidados.

Antes de dar começo á operação, deve o parteiro esvasiar a bexiga e o recto da operanda.

O cirurgião e seus ajudantes devem antes da operação lavar completamente as mãos, em uma fraca solução phenicada, na proporção de 2  $\frac{1}{2}$  ‰. Suas vestes devem igualmente ser submettidas á pulverisações phenicadas.

Depois de tudo dispôr, collocados os ajudantes em seus respectivos logares e depois de anesthesiada a operanda, deve o cirurgião começar a operação, para cujo desempenho diversos methodos se apresentam, e dos quaes passaremos a tratar no seguinte capitulo.

## DOS DIVERSOS METHODOS

### EMPREGADOS NA PRATICA DA OPERAÇÃO CESARIANA

Como deixamos dito no precedente capitulo, diversos tem sido os methodos propostos e empregados para praticar-se a secção cesaria, alguns dos quaes estão hoje completamente abandonados.

Apresentaremos, entretanto, os que conhecemos, limitando-nos á dizer poucas palavras sobre os que estão fóra do dominio da pratica.

Começaremos por descrever resumidamente o *methodo de Levret*, por ser o mais antigo. Este methodo, que foi proposto por Guy de Chauliac, para a operação cesariana *post-mortem*, applicando-o depois Rousset na mulher viva, traz o nome de Levret por ter sido aperfeiçoado por este ultimo cirurgião.

Consiste elle em praticar-se uma incisão longitudinal para fóra do musculo grande recto, parallelamente á elle, e a igual distancia d'elle e de uma linha

tirada da terceira falsa costella á espinha iliaca antero-superior.

Esta incisão pode ser feita á direita ou á esquerda do referido musculo, conforme o fundo do utero achar-se inclinado para um ou para outro lado.

Este methodo operatorio é um dos que estão hoje completamente abandonados.

D'entre as razões que concorreram para que elle tivesse tal sorte, occupam importante logar as seguintes :

A hemorrhagia, que pode provir d'essa incisão, praticada em uma espessa massa de musculos, rica em vasos de não pequeno calibre, entre os quaes acha-se a arteria epigastrica, que muito facilmente póde ser lesada.

O mesmo inconveniente póde determinar a secção do utero, por ser praticada sobre a parte mais musciosa d'este orgão ; além de que a secção das fibras dos musculos transversos e obliquos do abdomen, dificultaria a união das bordas da ferida, em razão da tendencia ao afastamento.

METHODO DE LAUVERJAT — N'este methodo a incisão não é longitudinal, como no precedente, mas sim

transversal, incisão esta que, partindo da borda externa do musculo recto, vai terminar ao nivel da espinha iliaca antero-superior.

Propunha-se Lauverjat, com esta incisão, poupar a arteria epigastrica, favorecer a aproximação dos labios da ferida e deixar entre a incisão e o collo uterino um espaço, em que os lochios podessem accumular-se, antes de sua sahida, pela vagina.

Coube ao methodo de Lauverjat a mesma sorte do precedente; por isso que, alem da hemorrhagia devida á incisão da parede abdominal, tem o inconveniente de seccionar o utero em uma zona muito vascularizada.

Uma outra desvantagem que contra si apresenta esse methodo, é que seccionando-se o utero em sua porção superior, depois da retracção d'esse orgão, deixará de haver relação entre a ferida externa (abdominal) e a interna (uterina), circumstancia esta que, de algum modo, póde complicar o resultado da operação, em razão da possibilidade de derramarem-se os lochios, assim como liquidos sanguinolentos e purulentos, na cavidade abdominal.

METHODO DE STEIN — Propõe Stein que a incisão seja obliqua e que, começando um pouco abaixo das  
L. L. 4

falsas costellas, vá terminar um pouco acima do ramo horizontal do pubis do lado opposto.

Mas este methodo, apresentando todos os inconvenientes dos precedentes, foi banido da pratica.

Tendo passado uma rapida vista sobre esses tres methodos, que estão fóra do dominio da pratica, passaremos a estudar, um pouco mais detidamente, os outros processos que actualmente são empregados.

GASTRO-ELYTROTOMIA — Tal é a designação de um processo especial, destinado a substituir a operação cesariana propriamente dita, e que tem por fim a extracção artificial do feto sem lesar o peritoneo e o utero.

Este methodo, si é que assim se lhe pode chamar, e que é ainda conhecido pelo nome de laparo-elytrotomia e de methodo Americano, foi proposto, pela primeira vez, por Joerg e Ritgen, em 1820.

Em razão, porém, da deficiencia da cirurgia abdominal em tal epocha, não conseguiu a gastro-elytrotomia firmar-se como um verdadeiro processo operatorio, deixando mesmo de figurar em algumas obras obstetricas, então publicadas, ficando pois no esquecimento por muito tempo.

Porém em 1870 ella foi de novo posta em pratica

por um distincto cirurgião Americano, Gaillard Thomas, o qual, em 1878, leu uma memoria sobre tal assumpto, perante a Academia de Medicina de New-York.

Até 1878 foi essa operação praticada seis vezes, nos Estados-Unidos, salvando-se 4 mulheres e fallecendo 2 que já se achavam moribundas.

Das seis crianças, cinco foram salvas.

Este favoravel resultado deve fazer com que a gastro-elytrotomia mereça mais attenção dos cirurgiões modernos.

O processo operatorio d'este methodo consiste em praticar-se uma incisão semi-lunar que, partindo da espinha iliaca antero-superior, vá terminar na symphise pubiana, incisão esta que comprehenda toda a espessura da parede abdominal.

Por essa abertura introduz o cirurgião a mão na cavidade abdominal e procura afastar o peritoneo até attingir o *cul-de-sac* da vagina com o utero.

Chegando ahi, praticará o operador uma incisão na parte superior da vagina, incisão que deve ter a extensão sufficiente para deixar passar o feto.

Gaillard Thomas aconselha que, para mais facilidade da incisão da vagina, introduza-se n'esta uma



sonda metálica, de maneira que ella se torne saliente na ferida.

Incisada a vagina, será o collo levado para uma das fossas ilíacas e o fundo do útero será também levado, por um auxiliar, para o lado opposto, depois do que o practico introduz a mão na cavidade uterina e procura extrahir o feto, praticando a versão.

Tal é a descripção que nos dá Gaillard Thomas d'esse methodo que, segundo elle, está destinado a occupar importante lugar na practica obstetrica.

Para elle esse methodo é mais favoravel em seu resultado, do que a gastro-hysterotomia classica, que durante 250 annos, só deu nos Estados-Unidos um caso favoravel ; ao passo que pela gastro-elytrotomia foi obtido dentro do espaço de 8 annos maior numero de casos.

Realmente, importantes são as vantagens que offerece esse methodo. É assim que, com este modo de proceder, não se incisando o peritoneo, impede-se o derramamento de liquidos, em sua cavidade, o que incontestavelmente muito deve concorrer para o resultado feliz da operação, porque, como sabemos, uma das causas dos desastres da operação cesariana classica, são as peritonites, devidas geralmente á

queda dos lochios, de pus e de sangue no peritoneo, em razão da incisão uterina.

Sob o ponto de vista theorico a gastro-elytrotomia apresenta-se como uma operação de muito merecimento.

Entretanto Ritgen, Baudelocque e Physick não puderam terminar as gastro-elytrotomias começadas, tendo de lançar mão da operação cesariana classica.

É assim que não podemos abraçar francamente esse methodo operatorio, si bem que, como dissemos, o julgemos de merecimento, sob o ponto de vista theorico; esperando, pois, para nos decidirmos pró ou contra, que novas observações venham confirmar ou não as esperanças de Gaillard Thomas..

METHODO DE DELEURYE — *Incisão recta sobre a linha alva abdominal*—Este methodo, que é ainda conhecido por methodo de Mauriceau e por operação cesariana classica, é de todos aquelles propostos para praticar-se a operação cesariana, o que mais tem merecido o apoio dos cirurgiões.

Consiste elle, em resumo, em praticar-se, sobre a linha média do abdomen, uma incisão que, começando

um pouco abaixo do umbigo, vá terminar quatro centímetros acima do pubis.

Antes de sua descrição, apresentaremos as principais razões por que o methodo, de que nos occupamos, obteve a preferencia dos cirurgiões.

D'entre outras destacam-se as seguintes considerações :

A incisão, occupando a zona que lhe determina este methodo, não interessa musculos nem vasos importantes, desaparecendo por isso o perigo de grandes hemorragias, assim como a hypothese do afastamento dos labios da ferida, em razão da contracção muscular; o que como vimos era uma das desvantagens do methodo de Lauerjat.

A incisão do utero, sendo praticada em sua porção anterior, tambem offerece vantagem, por ser esta zona menos musculosa e vascular, diminuindo assim a hemorragia uterina. Além de que, a extensão da ferida uterina tornar-se-ha reduzida, depois da retracção do utero, assim como permanecerá em relação directa com a ferida abdominal, facilitando consequentemente a sahida dos liquidos para o exterior.

Passando á descripção d'este methodo, dividiremos para maior facilidade sua execução em quatro tempos :

- 1.º Tempo. Abertura da cavidade abdominal.
- 2.º Tempo. Incisão da parede uterina.
- 3.º Tempo. Extracção do fêto e de seus annexos.
- 4.º Tempo. Reunião e curativo da ferida.

1.º Tempo — *Abertura da cavidade abdominal* —

Postas em execução todas as indicações necessarias á pratica d'esta operação, das quaes já nos occupamos em capitulo precedente, começará o cirurgião a operação da seguinte maneira : Collocado ao lado direito da mulher, que se acha em decubito dorsal, e depois de chloroformisada esta, o operador, tendo verificado a falta de interposição intestinal com o utero, e bem assim estando este fixado na linha média por um dos ajudantes, pratica uma incisão que, começando a dous centímetros, pouco mais ou menos, abaixo do umbigo, termine quatro centímetros acima do pubis.

Si a pequena estatura da operanda não permittir que essa incisão, com os limites indicados, tenha extensão sufficiente para dar passagem ao fêto, forçoso é augmental-a, devendo-se n'essa circumstancia continual-a para cima e para a esquerda do umbigo.

Esta primeira incisão deve interessar apenas a pelle e o tecido cellular sub-cutaneo, incisando-se em seguida os planos aponevroticos até o peritoneo. O operador com uma pinça levanta esta membrana e faz um pequeno orificio, pelo qual elle introduz uma sonda de sulco, que servirá de conductor ao bisturi, para incisar o peritoneo até os limites da ferida exterior. Em vez de incisar sobre a sonda, pode-se fazel-o ainda sobre um ou dous dedos da mão esquerda, introduzidos no orificio.

Durante a incisão da parede abdominal alguns vasos são lesados, devendo-se ligal-os ou applicar-lhes pinças de forci-pressura, tendo-se o cuidado de antes de abrir o peritoneo, limpar todo o sangue derramado durante a incisão abdominal.

2.º *Tempo* — *Incisão da parede uterina* — Logo que a parede abdominal e o peritoneo estão incisados, o utero faz saliencia entre os labios da ferida, e enquanto um ajudante applica exactamente as bordas da ferida abdominal sobre o utero, o operador incisa-o camada por camada, de cima para baixo.

Si o orgão tem soffrido uma rotação notavel, é preciso tentar endireital-o antes de começar a incisão,

pois sem esta precaução a linha de secção tornar-se-hia oblíqua ou mesmo transversal, depois da retracção.

Delore e Lutaud dizem ter observado um caso semelhante, no qual a hemorragia foi causa da morte.

É sempre preferível que a incisão occupe a parte central do utero, porquanto ahí a cicatrização é mais fácil e a parte menos vascularizada.

Desde que o utero está aberto, o Dr. Winckel recommenda que um auxiliar colloque os dedos nos dous angulos da incisão e os ponha em contacto com a abertura abdominal, o que tem por fim evitar não só o escoamento de sangue e de liquido amniotico na cavidade peritoneal, como tambem a hernia das visceras abdominaes.

Antes de incisar o utero, deve-se procurar, pela apalpação, reconhecer o ponto occupado pela placenta, e si esta estiver implantada na região anterior do utero, é preferível praticar-se a incisão sobre um dos lados.

Occasiões, porém, ha em que não é possível determinar o ponto que ella occupa, e em razão d'isso ser ella lesada, quando se faz a incisão uterina; n'essa circumstancia aconselham que se augmente rapidamente

a incisão e, descollando a massa placentaria, promovase, o mais breve possível, a extracção do feto.

3.º *Tempo — Extracção do feto e seus annexos —* Aberto o utero, apresentam-se as membranas, que farão maior ou menor saliencia entre os labios da ferida uterina, conforme estiverem intactas ou rompidas. A incisão d'ellas deve ser praticada do mesmo modo que a do peritoneo, tendo extensão igual á da secção uterina.

Alguns parteiros aconselham que, no caso das membranas acharem-se intactas, sejam perfuradas pela vagina, afim de, escoando-se grande parte do liquido amniotico, evitar-se que este se derrame no peritoneo. Quanto a nós, julgamos que tal modo de proceder seja vantajoso.

Aberto, pois, o utero extrahе o parteiro o feto pela parte que primeiro se apresentar, cabeça ou pés, fazendo-o, porém, com todo cuidado para não irritar as bordas da ferida uterina; liga-se em seguida o cordão e secciona-se-o pelo methodo ordinario, e entrega-se a criança á pessoa que lhe deve prestar os primeiros cuidados.

Na extracção da criança é preferivel, sempre que

for possível, apprehendel-a pela cabeça, por isso que, pela retracção, o utero, á medida que se esvasia, vai diminuindo de capacidade, podendo chegar até o ponto de difficultar a sahida da cabeça, se a extracção é feita pelos pés; o que, porém, não se dá no caso contrario em que, sendo a cabeça extrahida em primeiro logar, o resto do corpo sahirá facilmente.

Si, por ter-se apprehendido o feto pelos pés, a cabeça tiver difficultade em sahir, deve-se tentar tiral-a, introduzindo-se as mãos na cavidade uterina; e si ainda assim não se conseguir extrahil-a, é necessario, sem perda de tempo, augmentar a incisão, afim de não comprometter a vida da criança.

É conveniente lembrar que, durante todo este manejo, os ajudantes devem ter o maior cuidado, para impedir a cahida de sangue ou mesmo de liquido amniotico no peritoneo, assim como prevenir que os intestinos façam hernia.

Extrahido o feto, occupa-se o parteiro da extracção do delivramento.

Geralmente a placenta se descolla espontaneamente, em razão da retracção uterina, bastando n'esse caso apprehendel-a e extrahil-a com as membranas, torcendo-as afim de apresentarem pequeno volume.



Quando esse descollamento não se fizer espontaneamente, o parteiro procura fazel-o lenta e progressivamente, extrahindo-as depois, como na hypothese precedente.

Wigand, Stein e outros aconselhavam que se fizesse o delivramento pelas vias naturaes ; nós, porém, não concordamos com esse conselho, pois que, sem duvida alguma, deve ser mais facil extrahir a placenta pela incisão uterina, do que pela vagina.

Ainda um outro motivo, que concorre para que pensemos d'essa maneira, é que, no caso de haver adherencia da placenta, adherencia esta que só é reconhecida no momento do delivramento, maior difficuldade terá o parteiro para destruil-a e extrahir a viscera em questão pelo canal pelvi-genital.

Uma das complicações d'este tempo da operação cesariana classica é a hemorrhagia.

Antes da extracção do feto, o utero contrahindo-se muito regularmente, a hemorrhagia é moderada ; mas si, após a extracção da criança, as contracções não são energicas, a hemorrhagia é copiosa, podendo mesmo em alguns minutos tornar-se abundantissima e comprometter o resultado da operação, e, ainda mais, pôr em perigo a vida da parturiente.

É, pois, de primeira necessidade provocar a contracção uterina, quer friccionando o utero, quer introduzindo pela ferida dous ou mais dedos em sua cavidade, quer finalmente fazendo-se na parturiente injecções hypodermicas de ergotina.

Si isto não fizer cessar a hemorragia, faz-se então applicação de esponjas imbebidas em agua gelada, em alcool ou em qualquer liquido adstringente.

Ritgen aconselha, como meio de fazer sustar a hemorragia e de evitar a quêda do sangue no peritoneo, que se tire o utero para fóra da cavidade abdominal, não reconduzindo-o a seu lugar, senão depois de terminar a hemorragia.

Este operador chega até a aconselhar que sempre se tire o utero para fóra da cavidade abdominal, antes de fazer-se a extracção do feto, com o fim de prevenir a hemorragia.

Si bem que admittamos a primeira indicação de Ritgen, isto é, trazer-se o utero para fóra da cavidade abdominal, a qual como veremos é uma das bases do novo methodo apresentado por Sanger Léopold, do qual havemos de nos occupar mais tarde, comtudo não podemos aceitar a segunda, isto é, que se traga o

utero com o seu conteúdo para o exterior da cavidade abdominal.

Um outro accidente, de alguma importancia, que póde ter lugar durante este tempo da operação, apesar das medidas preventivas, é a saída de qualquer porção dos intestinos fóra da cavidade abdominal.

No caso em que este accidente se dê, cumpre ao operador procurar reduzir o intestino, empregando toda a prudencia e cuidado, não devendo proseguir na operação, sem que elle esteja perfeitamente reduzido.

4.º *Tempo — Reunião e curativo da ferida —*  
Depois de extrahidas da cavidade uterina a placenta e as membranas, irá o cirurgião occupar-se da reunião das feridas, não devendo, porém, começar este trabalho sem ter previamente removido da cavidade uterina e da peritoneal todo o sangue, coagulos ou liquidos outros, que n'ellasse acharem; assim como deve examinar o collo uterino para saber se elle está ou não obturado. No caso em que esteja, tratará o parteiro de desobstruil-o, afim de evitar que os lochios ou outros liquidos, por não acharem uma via de escoamento, se derramem na cavidade abdominal.

Desde que as cavidades uterina e peritoneal estejam perfeitamente limpas, começará o cirurgião a reunião das bordas das feridas.

Quanto á reunião da ferida abdominal, estão accordes todos os parteiros, porém o mesmo não se dá quanto á uterina.

É assim que Cazeaux não a praticava, julgando preferivel entregar essa reunião aos recursos da natureza.

Levret considerava-a como improficua e mesmo prejudicial. Jacquemier e muitos outros, que seria longo enumerar, regeitam a sutura uterina, aceitando, porém, a abdominal.

Mas, nem todos pensam da mesma maneira, e a sutura uterina conta, no numero de seus defensores, cirurgiões não menos distinctos, entre os quaes acham-se Baudelocque, Godefroy, Tarnier, Sibelli e muitos outros que a consideram como vantajosa, quanto ao resultado final da operação.

A ideia d'esta sutura não é inteiramente nova; já Lauverjat refere um caso, em que foi ella praticada por Lebas, com feliz resultado.

Lister propoz os fios de catgut phenicados, para a sutura da ferida uterina, por terem a propriedade de serem absorvidos.

Grandesso Silvestri empregou os fios elasticos, susceptiveis de relaxarem-se e encurtarem-se, conforme as circumstancias, attribuindo-lhes, em grande parte, o bom resultado das operações em que são empregados, como se vê das seguintes palavras :

« Il est hors de doute, pour moi, que la suture elastique contribue plus que toute autre chose au succès de l'operation, il était juste de ne pas pratiquer, jusqu'à present, la suture des parois uterines, parce que le fil ordinaire aurait été inutile, si ce n'est nuisible, alors que la matrice, en revenant sur lui même, aurait laissé le fil relaché et sans efficacité. Mais le fil elastique, en suivant la retraction de l'organe, tient constamment en rapport les bords de la blessure, et en facilite pour cela même la reunion. »

Tarnier, considerando que o utero, deixado aberto na cavidade abdominal, pôde trazer inconvenientes para o resultado operatorio, por isso que pôde ter logar o derramamento de sangue, de lochios e de outros liquidos na cavidade peritoneal, recorreu á pratica da sutura uterina, tendo em dous casos á que elle se refere obtido um resultado fatal.

Lestocquoy, porém, que segue a mesma pratica, fez

a seguinte modificação, no modo de fazer-se a sutura uterina.

Elle pratica uma sutura utero-parietal, unindo a serosa uterina á serosa que forra a parede abdominal anterior. Eis, pois, como procede: começa a operação, como no processo geral, incisando a parede abdominal, depois a uterina, não abrindo, porém, as membranas. Colloca, em seguida, pontos de sutura, separados uns dos outros, fazendo a agulha atravessar toda a espessura da parede abdominal, d'onde resulta ficar o peritoneo uterino perfeitamente ligado ao peritoneo abdominal. Feita esta sutura procede á abertura das membranas e extrahe a criança.

Com esta sutura consegue-se impedir a sahida dos intestinos e o derramamento de liquidos na cavidade peritoneal; pelo que, com essa modificação obteve Lestocquoy feliz resultado na primeira experiencia.

Esta sutura, que parece satisfazer as necessidades praticas, apresenta, porém, o inconveniente de fixar o utero á parede abdominal, o que, impossibilitando sua retracção, póde ser uma causa de hemorrhagia.

Tarnier, que, como vimos, considera a sutura uterina influir sobre o resultado da operação, apresenta, como unico inconveniente, a difficuldade de

adaptar perfeitamente as bordas da ferida, em razão da espessura das paredes uterinas.

Este inconveniente, como veremos, desaparece com modificações apresentadas por Sænger.

Em vista, pois, das razões expostas julgamos que o utero não deve ficar aberto na cavidade abdominal.

*Reunião da ferida abdominal*— Como já tivemos ocasião de dizel-o, estão accordes todos os parteiros no emprego da sutura abdominal, havendo apenas divergencia no modo de pratical-a.

É assim que Baudelocque e a maior parte dos cirurgiões dão preferencia á sutura encavilhada ; ao passo, que outros empregam a de pontos separados.

O resultado das operações, porém, não tem sido influenciado pela escolha de uma ou outra especie de sutura.

Quer n'uma, quer n'outra d'essas suturas, collocam-se sempre tiras agglutinativas de diachylão nos intervallos dos pontos, afim de melhor unir os labios da ferida. Essas tiras devem ter um comprimento sufficiente, para circularem o corpo da operada e virem cruzar-se na região anterior do abdomen.

Para melhor união das bordas da ferida, torna-se

necessario praticar-se uma dupla sutura, sendo uma profunda, encavilhada, e outra superficial, de pontos separados.

Para a sutura profunda empregam-se fios metallicos (de prata ou platina), para que sua força de resistencia esteja em relação com a espessura dos tecidos, que tem de ser atravessados e mantidos em intimo contacto.

Para praticar-se a sutura precisa-se, além dos fios, de uma agulha, de cerca de 15 cent., semelhante ás que empregam para coser saccos, sendo preferivel a de Reverdin, de pequenos cylindros de madeira ou de tubos de borracha do calibre de uma penna, para servirem de cavilhas.

O primeiro ponto deve ser feito no angulo superior e os outros d'ahi para baixo, guardando a distancia de quatro á cinco centimetros.

Faz-se a sutura da seguinte maneira : introduz-se a agulha cinco ou seis centimetros da borda da ferida, de modo a atravessar a espessura da parede e sahir a alguns millimetros da borda profunda da ferida, atravessando conjunctamente o peritoneo.

Atravessada toda a parede abdominal, é a agulha depois introduzida no lado opposto e á mesma distancia



do peritoneo, sahindo pela pelle a cinco ou seis centimetros da borda da ferida.

As duas extremidades do fio metallico são enroladas, cada uma, em uma cavilha, afim de unirem perfeitamente os labios da solução de continuidade.

Entre cada ponto de sutura encavilhada colloca-se um de sutura superficial, pondo-se nos intervallos dos pontos tiras de diachylão.

Os fios das ligaduras, que se tenham feito durante a incisão da parede abdominal, devem ficar reunidos em um ou mais grupos.

Ha alguns parteiros que empregam uma unica sutura, para reunir os labios da ferida abdominal ; n'estas condições os pontos devem ser collocados a dous e meio centimetros de distancia.

*Tratamento*—Deve ser dividido em cirurgico e medico.

Tratamento cirurgico — O penso da ferida deve ser feito pelo methodo antiseptico de Lister: em cuja execução deve o cirurgião prestar a maxima attenção, devendo ser cuidadosamente vigiado, afim de impedir que, por uma qualquer circumstancia, haja desarranjo na disposição das peças do mesmo.

O curativo de Lister é um dos elementos que poderosamente tem cooperado para as victorias alcançadas na operação cesariana e na ovariectomia:

Kehrer apresenta, como uma das condições indispensaveis para obter-se favoravel resultado na pratica d'esta operação, a drenagem da cavidade abdominal, com tubos de caoutchouc.

Suturada, pois, a ferida com as cautellas que por nós já foram expostas, o operador lavará perfeitamente as coxas e a parede abdominal da operada, com uma solução de acido phenico, na proporção de 2 %, depois do que começará a applicação do penso Listeriano.

Em primeiro logar deve ser collocada a protectiva, que é uma tela de tafetá de gomma, coberta em cada face de uma camada de verniz copal e de dextrina; esta peça tem por fim proteger a parte operada da acção irritante do acido phenico.

Acima da protectiva seguir-se-ha a camada de algodão phenicado e sobre esta a de gaze phenicada, que tem por fim absorver os liquidos que sahem da ferida. Esta gaze é um tecido de tarlatana, previamente preparado, contendo 9 % de acido phenico.

Preparam-n'a na seguinte proporção : uma parte de acido phenico, quatro de resina e quatro de parafina.

Entre a penultima e a ultima folha d'esta gaze é collocado um tecido impermeavel, o Mackintosh, feito de algodão, tendo uma das faces coberta de uma delgada camada de gomma elastica.

Este tecido tem por fim impedir que os liquidos escoados da solução de continuidade não soffram a acção nociva dos germens atmosphericos e consequentemente se putrefaçam.

Como já dissemos em o capitulo anterior, todo o material necessario para este curativo deve ser perfeitamente limpo e desinfectado, sem o que não se poderá contar com um resultado favoravel. N'esta como em todas as operações de alta cirurgia, a observancia mais severa e rigorosa ás regras e preceitos do tratamento antiseptico é indispensavel ; porquanto póde-se dizer que o resultado final depende mais do penso Listeriano do que da preferencia d'este á aquelle processo operatorio.

As soluções phenicadas mais empregadas são a de 2 % e a de 5 %. A primeira servirá para a pulverisação, irrigações, lavagem da ferida, injec-

ções, etc.; a segunda para desinfecar os instrumentos, etc.

Durante todo o tempo da operação, é de absoluta necessidade que não se interrompa a pulverização phenicada, feita por meio do spray.

O apparelho será mantido por longas tiras de gaze phenicada ou por ataduras de flanela.

Tratamento medico—O tratamento medico deve ser dirigido contra diversos accidentes, que geralmente se apresentam após esta operação.

Entre esses accidentes são mais communs: os vomitos, as dôres violentas, o meteorismo, etc.; para combatel-os tem-se empregado as preparações opiacas, bebidas frias, gêlo interna e externamente, injeções de morphina, sulfato de quinina, etc.

Stoltz aconselha a applicação de sanguesugas, quando se manifestarem accidentes inflammatorios intensos. Para Nœgele e Grenser n'estas circumstancias são tambem de grande efficacia os purgativos.

O Dr. Metz aconselha, como meio de prevenir os accidentes inflammatorios, a applicação de gêlo sobre o abdomen. Collocada a operada no leito, elle applica primeiro compressas imbebidas d'agua fria ; passando

no fim de algum tempo á applicação de gêlo contido em bexigas.

Elle continúa essa applicação até que a parturiente experimente um bem-estar, suspendendo-a, porém, em caso contrario.

A convalescença é um pouco demorada, devendo a mulher cumprir exactamente as indicações que lhe forem dadas.

Ainda depois da cicatrisação das feridas, deve a operada trazer uma facha, por algum tempo, afim de evitar a hernia ventral.

## DA AMPUTAÇÃO UTERO-OVARICA

OU OPERAÇÃO DE EDUARDO PORRO

Até o anno de 1876 diversos processos foram propostos e empregados para praticar-se a operação cesariana, porém nenhum d'elles satisfazia plenamente as necessidades d'essa operação.

Foi n'essa epocha que Eduardo Porro, distincto cirurgião italiano, levado pelos favoraveis resultados apresentados pela ovariectomia, graças ao curativo de Lister, e considerando que qualquer que fosse a sutura empregada o cirurgião deixava sempre uma immensa ferida aberta ; e, ainda mais, attendendo aos perigos á que se expõe a parturiente, em razão das peritonites e da hemorragia, que geralmente acompanham a operação cesariana classica ; chegou á conclusão de que o unico meio de que poderia o parteiro lançar mão, afim de prevenir esses inconvenientes, era a amputação utero-ovarica.

Antes d'essa epocha, porém, Cavallini — 1769, Geser—1862, Fogliata e o proprio Porro tinham feito diversas experiencias em animaes, em estado de gestação, aos quaes tirando-lhes o utero observaram, em alguns casos, sobreviverem, d'onde concluíram a possibilidade da mesma operação na mulher.

Foi baseado n'essas experiencias e levado pelo nobre fim de prevenir os graves accidentes que soem complicar a secção cesarea, que E. Porro resolveu-se a praticar a secção utero-ovarica em uma mulher, entrada para a Maternidade de Pavia á 2 de Maio de 1876, por isso que o parto pelas vias naturaes era completamente impossivel.

No dia seguinte ao da entrada foi-lhe, pois, feita a operação acima indicada com todas as minuciosidades do curativo de Lister.

A mulher e a criança salvaram-se, apesar de reinar n'aquella Maternidade a febre puerperal.

Antes, porém, de Porro, em 1868, um outro cirurgião, Storer, havia praticado a secção utero-ovarica, mas seu fim não foi, como o de Porro, procurar um processo que com vantagem substituísse a operação cesariana classica. Storer procurava por meio da gastrotomia extrahir um tumor fibroso, que impossi-

bilitava o parto pelas vias naturaes. Tendo sido, durante esse trabalho, interrompido por formidavel hemorrhagia, elle decidiu-se a abrir o utero e extrahir a criança e seus annexos; mas como a hemorrhagia continuasse, extrahiu elle o utero e os ovarios (para fóra) da cavidade abdominal e passando uma ligadura perto do collo amputou-os. Essa mulher veio a fallecer no fim de tres dias.

A operação de Porro foi depois praticada na Allemanha, Austria, Russia, etc., sendo na França, pela primeira vez, em 1879.

As indicações da amputação utero-ovarica são as mesmas, já indicadas no estudo da secção cesarea classica, pelo que deixaremos de enuncial-as.

O instrumental é o mesmo, tendo, porém, de mais um esmagador e uma pinça, a que os cirurgiões inglezes chamavam — *clamp*.

Finalmente, tanto para a precedente operação como para esta torna-se indispensavel a aquisição das differentes peças, que constituem o penso Listeriano.

Evacuada a bexiga e o recto da operanda, o cirurgião dará começo á operação.

O processo operatorio póde dividir-se em quatro tempos:



- 1.º Tempo. Incisão da parede abdominal ;
- 2.º Tempo. Incisão do utero e extracção do feto ;
- 3.º Tempo. Amputação do utero e dos ovarios, formação do pediculo ;
- 4.º Tempo. Curativo.

1.º *Tempo*—*Incisão da parede abdominal*—Collocado o cirurgião ao lado direito da mulher, que deve achar-se convenientemente deitada e chloroformisada, pratica elle a incisão do mesmo modo que na secção cesarea classica, devendo começal-a cinco ou seis centímetros acima do pubis e ir além do umbgo, dirigindo-se um pouco para o lado esquerdo, de maneira a ter uma extensão de 16 a 17 centímetros, pouco mais ou menos, devendo-se applicar uma pinça hemostatica em cada vaso lesado.

O peritoneo é incidado sobre uma sonda-canula, devendo-se prevenir que qualquer porção de sangue, proveniente da ferida abdominal, se derrame em sua cavidade.

2.º *Tempo*—*Incisão do utero e extracção do feto*—Collocado o utero na linha média por um dos ajudantes, que para isso conserva as mãos aos lados d'esse orgão, o cirurgião faz a incisão de camada por camada.

Outros preferem que se faça um orificio pelo qual se introduza os dedos, e rompa-se a parede uterina.

Incisado o utero, abre-se as membranas e extrahe-se a criança, como no processo precedente.

Müller e alguns outros parteiros aconselham que se applique uma ligadura na parte inferior do utero e que se o retire para fóra da cavidade abdominal, antes de extrahir a criança.

Esta pratica, porém, não julgamos admissivel, por isso que deve ser muitissimo difficil fazer passar o utero com seu conteúdo pela incisão abdominal.

3.º *Tempo*—*Amputação do utero e seus annexos e formação do pediculo*—Terminado que esteja o segundo tempo, isto é, a abertura do utero e a extracção do feto, é o utero trazido para fóra da cavidade abdominal, com o auxilio de duas longas pinças, afim de ser amputado.

A amputação do utero deve ser precedida de uma ligadura na união do collo com o corpo.

Porro procede da seguinte maneira : extrahe o feto, estando o utero na cavidade abdominal ; depois tira este orgão para fóra e atravessa-o na união do collo com o corpo, por um trocater, pela canula do qual

faz passar dous fios metallicos, um dos quaes é amarrado á direita e o outro á esquerda, até haver perfeita hemostasia ; feito isto, excisa o utero dous centímetros acima d'esta ligadura.

A ligadura pode ainda ser feita por diversos modos. Assim Tarnier e Championnière atravessam o utero n'esse mesmo ponto, com uma longa agulha de aço ; uma outra é introduzida perpendicularmente á primeira, passando por baixo das duas um fio metallico, que será apertado por torsão, pouco á pouco, determinando assim a hemostasia.

Os Inglezes empregam para essa ligadura uma pinça, á qual deram o nome de—*clamp*.

Para esse mesmo fim Mathieu construiu uma pinça-constrictora de pediculo, disposta de maneira que o arroxó é feito em um triangulo de angulos arredondados.

O constrictor de Cintrat é tambem empregado para fazer a ligadura.

Na constrictão do pediculo deve o cirurgião ter todo cuidado, afim de não comprehender n'ella alguma parte estranha. A torsão do fio deve ser feita lenta e progressivamente.

Depois de feita e reconhecida a hemostasia da

ferida uterina, amputa-se o utero, sendo feita a secção por meio de um bisturi chato e largo, ou como querem alguns cirurgiões, por meio do *thermo-cauterio*.

Logo que se acham amputados o utero e seus annexos, procede o parteiro á lavagem da cavidade peritoneal, depois do que será o pediculo trazido para o angulo inferior da incisão abdominal, onde é elle fixado por meio de uma sutura de fio de prata, ou por uma longa agulha que, atravessando o pediculo, comprehenda tambem a parede abdominal.

Quando se faz a constricção com o *clamp* ou com a pinça de Mathieu, esses mesmos instrumentos conservam preso o pediculo ao angulo inferior da incisão.

Terminando esse trabalho, passará o cirurgião a praticar a sutura abdominal, a qual será feita da mesma maneira que na operação cesariana classica.

O tratamento da ferida será feito segundo o curativo antiseptico de Lister. Para cauterisar o pediculo tem sido empregado o perchlorureto de ferro ou o chlorureto de zinco.

Finalmente, n'esta como em todas as operações d'alta cirurgia, deve o cirurgião observar restricta-

mente todas as regras e preceitos do curativo Listeriano, do qual já nos occupamos.

Dos differentes processos, de que resumidamente nos temos occupado na confecção d'este pequeno trabalho, é a *amputação utero-ovarica* o que se nos apresenta como o mais importante, em vista das vantagens, que de sua execução podem provir. Entre ellas figuram, como principaes, as seguintes :

1.<sup>a</sup> A diminuição da hemorrhagia, em razão da ligadura e amputação do utero.

2.<sup>a</sup> Ficar a ferida uterina reduzida á grossura do pediculo.

3.<sup>a</sup> Poder-se praticar a operação na occasião que se julgue mais favoravel, não sendo obrigado o cirurgião a esperar, como nos outros processos, que a dilatação do collo se tenha dado.

4.<sup>a</sup> Impedir-se que os derramamentos de sangue ou de qualquer outro liquido, provenientes da ferida uterina, possam cahir na cavidade peritoneal e darem logar a peritonites.

5.<sup>a</sup> Apresenta ainda a grande vantagem de, pela extracção do utero, subtrahir a mulher de uma nova prenhez, livrando-a consequentemente dos perigos que podem provir de uma futura operação.

## CONCLUSÃO

Vamos terminar nosso modesto trabalho, transcrevendo as seguintes observações, que encontramos em um boletim de medicina, as quaes nos deram a conhecer um novo processo operatorio, proposto por Sænger Léopold, para praticar-se a operação de que nos occupamos.

Essas observações são precedidas da seguinte carta dirigida ao Dr. Budin pelo Dr. Francesco Caruso:

«Très honoré Professeur agrégé.

« Aujourd'hui que l'opération césarienne pratiquée d'après le procédé de Sænger Léopold a fait ses preuves sur une vaste échelle et que les médecins de tous les pays se hâtent de publier les observations de ce genre ( elles arrivent actuellement au nombre de 50 environ ), il m'a semblé utile de vous envoyer, à vous, digne représentant de l'obstetrique en France, une note sur les opérations pratiquées jusqu'à présent

L. L.

8

d'après cette methode en Italie, en vous priant de leur donner publicité.

« Une seule de ces observations a paru dans un journal italien de médecine ; les autres sont inédites et ne sont connues que par quelques notices. »

« OBSERVATION I — Opération césarienne d'après le procédé de Sænger, pratiquée par M. le professeur D. Chiara, directeur de la Maternité de Florence, le 29 Juin 1886. Succès pour la mère et pour l'enfant.

« Primipare, agée de 21 ans, domestique ; taille 1 mètre 38. Squelette rachitique et atrophique. Traces de rachitisme au niveau de la tête et du thorax ; lordose de la region lombo sacrée très prononcée.

« Bassin rachitique et atrophique. Diamètre conjugué 66-68<sup>mm</sup>, circonférence pelvienne 73 centimètres ; rien de remarquable au niveau des membres inférieurs.

« Grossesse à terme. Durée du travail, 63 heures. Dilatation de l'orifice égale à 5 centimètres. Membranes entières. L'operation est pratquée à 10 heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre de gynécologie, préalablement désinfecté et chauffé. Des préparatifs sont faits pour employer avec rigueur la méthode de Lister. Lavage de la paroi abdominale avec le savon au

sublimé. Incision de la paroi abdominale de 10 à 12 centimètres environ sur la ligne médiane ; application de quatre sutures aux angles et sur les côtés de la plaie pour empêcher le décollement du péritoine au niveau des bords de l'incision, dans les manœuvres ultérieures.

« Application de quatre fils de soie à la partie supérieure de l'incision, dans le but de fermer la plaie et d'empêcher la hernie de l'intestin, lorsque l'utérus aura été amené hors de la cavité abdominale ; elles deviendront ensuite définitives. On dissèque le péritoine sur une étendue de 10 centimètres environ, on le débride à la manière d'un V aux deux extrémités de l'incision, et on le détache de la couche musculaire avec une spatule de Righi sur une longueur de 5 millimètres. Incision en place de l'utérus et de la poche des eaux, pendant que deux assistants appliquent fortement la paroi abdominale autour de l'utérus, afin de protéger la cavité péritoneale.

« Extraction un peu pénible d'un enfant ( fille ) du poids de 3690 grammes, en état de mort, apparente qui fut bientôt ranimé. Lorsqu'on fait le dégagement du fœtus, il se produit une déchirure peu étendue de la paroi utérine. Délivrance sans hémorragie.



« L'utérus est amené hors de l'abdomen, tandis qu'un assistant rapproche les quatre fils passés dans la moitié supérieure de la plaie et les fixe à l'aide d'une pince, on place au niveau du col un tube de caoutchouc. La cavité utérine est soigneusement époncée avec une solution de sublimé ( $\frac{1}{2}$  par 1000). Pour réunir les bords de la plaie utérine, on se sert de la double suture : la profonde, séro-musculaire (9 points de catgut, passés à environ un centimètre du bord de l'incision sans comprendre la caduque) ; la superficielle, sero-sereuse (18 points de catgut à surjet), après avoir replié les deux bords du péritoine. Quand on enlève la ligature temporaire, l'utérus se remplit d'une certaine quantité de sang ; mais grâce à l'emploi du massage, à une injection sous-cutanée d'ergotine et d'une douche d'eau chaude au sublimé dans la cavité utérine, l'utérus se contracte comme auparavant et est réintégré dans la cavité abdominale.

« Toilette du péritoine. Fermeture de la paroi abdominale à l'aide de fils de soie de Florence (10 sutures, y compris les quatre passées d'abord). Pansement d'après le procédé de Lister, maintenu par un canevas fait avec des grains de plomb du poids de 2000 à 2500 grammes.

« L'opération a duré environ une heure ; suites de couches physiologiques.

« Une seule fois, la temperature montat à 39°, le quatrième jour. Le sixième on enlève six sutures, le neuvième les autres.

« L'operée, au bout de 15 jours, se levait, et le 18 Juillet quittait la Maternité. »

« OBSERVATION II — Opération césarienne d'après le procédé de Sænger, pratiquée par le professeur O. Morisani, directeur de la clinique des accouchements de Naples, le 2 Juillet 1886. Mort de la mère ; enfant vivant.

« Primipare de 28 ans, entre à la Maternité de l'hôpital des Incurabili le matin de 2 Juillet 1886. Taille très petite. Habitus extérieur rachitique. Bassin aplati et régulièrement rétréci. C. V. 65<sup>mm</sup>.

« Grossesse à terme, en travail depuis 12 heures ; fœtus vivant, en présentation pelvienne première position ; rupture des membranes et écoulement des eaux depuis quelques heures ; procidence du cordon ombilical.

« Mr. Morisani, repoussant le sacrifice d'un enfant vivant, et considérant les dangers sérieux auxquels la

symphyséotomie, faite avec un diamètre utile de 65 millimètres, extreme limite établie, pour cette opération par l'école napolitaine, aurait exposé la vie de la mère et du fœtus, se decida à pratiquer la section césarienne d'après la modification de Sænger.

« Elle fut executée à 5 heures du soir, dans la petite chambre aux opérations de la Maternité, préalablement désinfectée d'un façon aussi complète que possible et chauffée.

« Sont presents et prêtent leur concours : M. Scibelli, chirurgien de l'hôpital, M. Piretti, ancien interne de la Maternité, et les Drs. Vivenzic, Lauro, Mancusi, Bele et Caruso.

« Employ du spray. Lavage de la paroi abdominale avec une solution de sublimé ( 1/1000 ).

« Cathéterisme. Anesthésie au chloroforme. L'incision de l'abdomen faite sur la ligne blanche s'arrête en bas à trois travers de doigt du pubis, en haut, elle contourne légèrement l'ombilic à gauche. Incision de l'utérus in situ sur le tiers moyen de la paroi antérieure, pendant que deux assistants rapprochent fortement les bords de la paroi abdominale autour de la plaie utérine.

« Enfant extrait vivant, du poids de 1600 grammes,

longueur 54 centimètres, diamètre bi-parietal 9 cent. 8. Ensuite, on fait sortir l'utérus par la plaie, on entoure sa base, à peu près au niveau de l'orifice interne du col, d'un tube de caoutchouc maintenu serré à l'aide d'une pince fixée au point de croisement. L'utérus à nu, couché sur une serviette douce, est enveloppé dans des compresses trempées dans une solution de sublimé (1/2000). Dissection du péritoine de chaque côté et resection musculaire.

« Placement de 7 fils profonds, séro-musculaires (à la soie pheniquée), et de 19 superficiels, séro-séreux (de même à la soie). Réintégration de l'utérus dans le ventre et toilette du péritoine.

« Suture profonde et superficielle de la paroi abdominale à l'aide de fils de soie. Pansement de la plaie d'après le système de Lister. Bandage du corps. L'opération a duré 45 minutes environ.

« Mort de la femme par péritonite septique 30 heures après l'opération.

« À l'autopsie, pratiquée par les professeurs L. Armani et D. Morisani, on ne trouva pas d'épanchement de liquide dans la cavité péritoneale et utérine. Péritonite. Reunion exacte et agglutination des bords de la plaie utérine. »

« OBSERVATION III ( résumé ) — Opération césarienne d'après le procédé de Sænger Léopold, pratiquée par M. le professeur D. Chiara, directeur de la Maternité de Florence, le 9 Février 1887; succès pour la mère et pour l'enfant.

« Femme enceinte pour la quatrième fois; agée de 29 ans, elle n'a fait aucune autre maladie dans sa jeunesse. Taille 1 metre 38. Bassin rachitique; diamètre conjuguée 72-73<sup>mm</sup>; circonférence pelvienne 76 centimètres. On ne connaît rien de positif sur sa première grossesse; la deuxième fut terminée à la Maternité dans la moitié de huitième mois par l'accouchement prématuré artificiel et à l'aide d'une application de forceps; la troisième presque à la même époque et à la Maternité, par l'accouchement prématuré artificiel; la rupture des membranes fut suivie de procidence d'une main, d'un pied et du cordon ombilical sur le côté de la tête; mort du fœtus par la compression du cordon; l'accouchement fut terminé par une application de cranioclaste.

« Quatrième grossesse à terme. La femme désirant un enfant vivant consent à se soumettre à l'opération césarienne; apparition des premières douleurs le 8 Février 1887 à 10 heures du soir. L'opération est pra-

tiquée à 9 heures du matin dans l'amphithéâtre de gynécologie et avec toutes les précautions antiseptiques, comme dans le précédent cas.

« Le travail se trouvait dans la dernière période depuis deux heures. Incision de la paroi abdominale sur une étendue de 13 centimètres environ. Application de quatre sutures aux angles et sur les côtés de la plaie abdominale et passage de cinq sutures dans la partie supérieure de l'incision de la même façon que dans l'opération précédente. Incision de l'utérus in situ ; extraction d'un enfant vivant (fille) du poids de 3,500 grammes ; extraction des membranes. On fait sortir l'utérus par la plaie et on l'enveloppe dans des compresses de gaze iodoformée et des serviettes trempées dans une solution chaude de sublimé, pendant qu'un assistant exécute la manœuvre mentionnée pour fermer la plaie derrière l'utérus.

« Un tube de caoutchouc est appliqué autour de la matrice, à union du col et du corps ; et dès que la couche musculaire fait une saillie notable dans les deux tiers inférieurs de la plaie utérine, on résèque toute la partie surabondante. Pas de séparation de la séreuse ni de résection de la musculaire ; 10 sutures profonds (avec catgut n. 3), et 36 sutures séro-séreuses

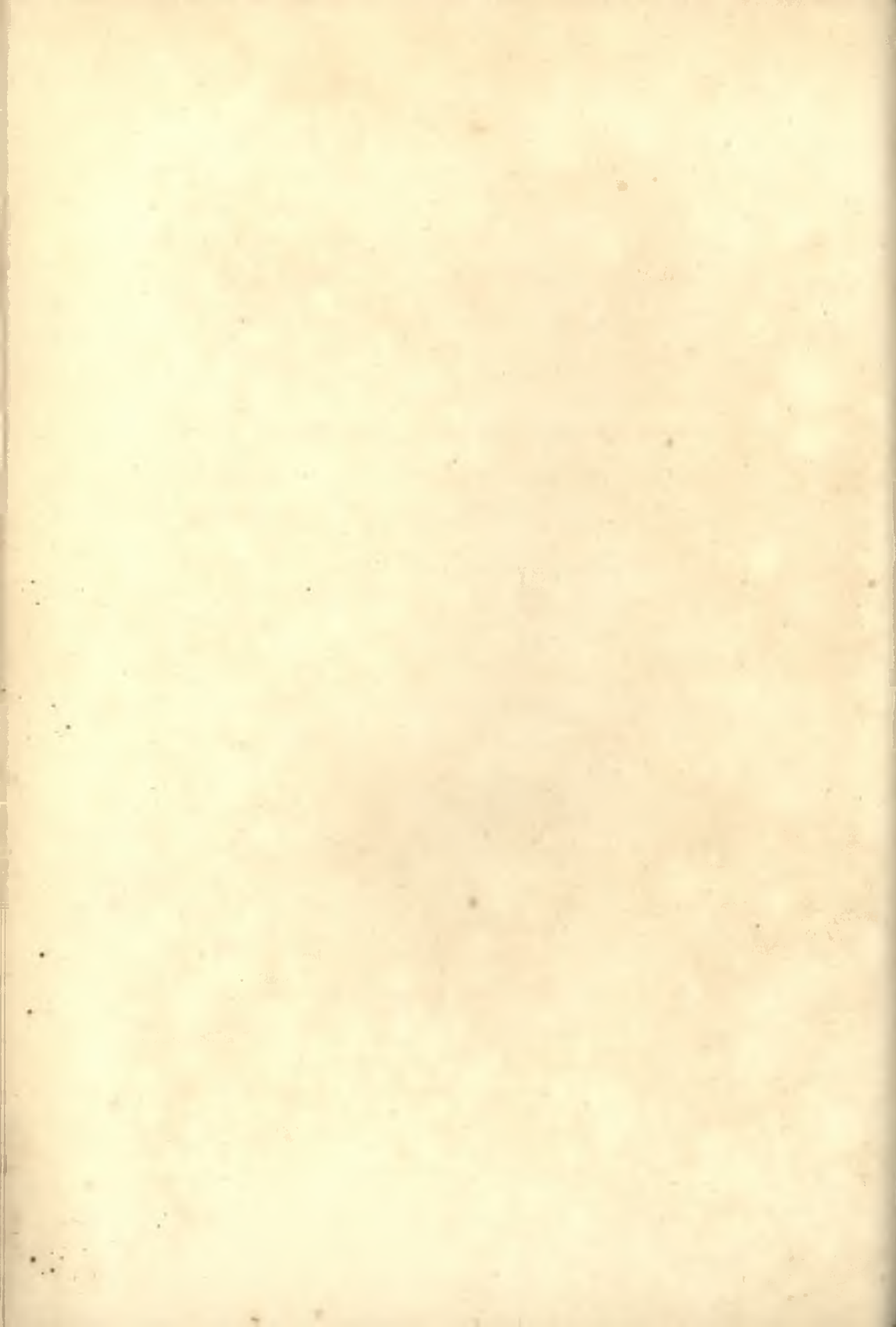
en surjet ( avec catgut n. 2 ). Un léger suintement qui se fait en bas par deux trous de sutures profondes est arrêté avec quelques gouttes de perchlorure de fer. Lavage de l'utérus ; on saupoudre la suture d'iodoforme ; réintégration de l'utérus dans la cavité abdominale ; toilette du péritoine. Fermeture de la paroi abdominale par dix sutures, y compris les cinq sutures passées avec la soie de Florence.

«Pansement de Lister maintenu par le moyen mentionné dans la première observation. Durée de l'opération environ une heure. La femme, dont la température n'a jamais dépassé de  $38^{\circ},4$ , peut être considérée comme guérie et part de la Maternité le 23 Février.»

Vemos pois, pelas observações precedentes, que a operação cesariana, pelo novo processo de Sænger Léopold, foi praticada tres vezes na Italia, tendo dado dous casos favoraveis para as parturientes, e salvo as tres crianças.

# PROPOSIÇÕES





## SECÇÃO DE SCIENCIAS ACCESSORIAS

---

### CADEIRA DE PHYSICA MEDICA

*Influencia do microscopio sobre os progressos das sciencias medicas*

#### I

O microscopio é um instrumento destinado a facilitar a visão dos objectos extremamente pequenos, augmentando-os.

#### II

Elle pode ser simples ou composto, sendo este ultimo o mais empregado.

#### III

Sem contestação alguma, é elle um dos grandes factores do actual progresso das sciencias medicas.

### CADEIRA DE CHIMICA MEDICA E MINERALOGIA

*Estudo medico-chimico do oxygeno e do oxona*

#### I

O oxygeno é um dos elementos mais abundantes na natureza; entra na composição do ar, da agua, etc.

## II

O seu papel na funcção da respiração é incontestavelmente importante.

## III

Tem sido vantajosamente empregado em inalações em casos de asphyxia, de asthma, e para combater accidentes anesthetics.

## CADEIRA DE BOTANICA E ZOOLOGIA MEDICAS

*Estudo comparativo da respiração dos vegetaes e da funcção  
chlorophylliana*

## I

A chlorophylla, como seu nome indica, é uma substancia composta, de côr verde, que existe no interior dos utriculos.

## II

É ella que se incumba da respiração nos vegetaes.

## III

Sob a acção da luz solar ella decompõe o acido carbonico e exhala oxygeno.

## CADEIRA DE CHIMICA ORGANICA

*Formação dos ethers*

## I

Os ethers são corpos, que resultam da acção dos acidos sobre os alcools, com eliminação d'agoa.

## II

Os dous corpos formadores d'esses ethers podem estar no estado livre ou nascente.

## III

No primeiro caso, si o acido fôr mineral, a combinação faz-se perfeitamente na temperatura normal ; no segundo, si, porém, for organico, a reacção é muitissimo lenta, salvo si a temperatura elevar-se ou si houver intervenção de um acido mineral.

## CADEIRA DE MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

*Identidade*

## I

Verificar-se a identidade de um individuo é uma questão de summa importancia no estudo de medicina legal.

## II

As questões que se ligam a este assumpto podem ser suscitadas quer em relação ás pessoas vivas, quer mortas.

## III

Perante o direito civil ou criminal é de grande alcance reconhecer-se si o individuo é quem se suppõe ou não.

## CADEIRA DE PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

*Qual dos oleos de ricino deve a pharmacia aceitar, o que provém da semente torrada, ou o que procede da expressão da semente fresca e a frio ?*

## I

O oleo de ricino é extrahido do ricinus communis, da familia das Euphorbiaceas.

## II

Elle póde ser preparado com as sementes torradas, ou com as sementes frescas e a frio, por simples expressão.

## III

A pharmacia deve, porém, dar preferencia ao que procede da semente torrada.

# SECÇÃO DE SCIENCIAS CIRURGICAS

---

## CADEIRA DE ANATOMIA DESCRIPTIVA

### *Estudo anatomico do rim*

#### I

Os rins são duas glandulas vasculares sanguineas destinadas á secreção da urina.

#### II

Estão collocados aos lados da columna vertebral, ao nivel das vertebrae lombares.

#### III

Tem a fórma de um feijão, cujo hilo está voltado para dentro e apresentam duas faces, duas bordas e duas extremidades

## CADEIRA DE HISTOLOGIA THEORICA E PRATICA

### *Estructura da retina e suas relações com o nervo optico*

#### I

A retina, que está collocada entre o corpo vitreo e a choroide, é a terceira tunica ou membrana do globo occular.

## II

Sua face externa está em relação com a choroide e a interna cobre o corpo vitreo.

## III

Sua origem posterior corresponde ao ponto da penetração e expansão do nervo optico.

## CADEIRA DE ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

*Considerações sobre os progressos  
feitos pela histologia no diagnostico dos tumores*

## I

Os progressos que ultimamente tem feito a anatomia e physiologia pathologicas, acerca do diagnostico dos tumores, são incontestaveis.

## II

O factor que mais concorreu para essa realisação foi, indubitavelmente, a microscopia.

## III

Póde-se dizer que sem os caracteres fornecidos pelo microscopio, não se póde dizer, com certeza, qual a natureza ou especie de um tumor.

## CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

*Da anesthesia local*

## I

A supressão da dôr em toda e qualquer operação de pequena cirurgia é sempre conseguida, por meio da anesthesia local.

## II

Nas aberturas de abcessos superficiaes, de panari-cios, nas ovulsões de unhas, etc., o seu emprego é indicado.

## III

Fóra d'esses casos a sua applicação é improficua.

## CADEIRA DE PATHOLOGIA CIRURGICA

*Influencia dos estados morbidos constitucionaes sobre o traumatismo*

## I

A influencia que os estados morbidos constitucio-naes exercem sobre o traumatismo está hoje provada pela observação.

## II

Entre esses estados avultam o impaludismo, o alcoolismo, etc.



## III

É em consequencia d'essa influencia que a cicatrização das feridas é assaz demorada, e a eliminação das escharas gangrenosas faz-se tardiamente.

## CADEIRA DE PARTOS

*Parallelo entre os methodos preconizados na operação cesariana*

## I

A operação cesariana consiste em abrir-se, por meio de uma incisão das paredes abdominaes e uterinas, um caminho pelo qual possa o fêto ser extrahido do ventre materno.

## II

Diversos methodos se apresentam para praticar-se essa operação.

## III

D'entre elles o preferivel é o de Eduardo Porro ( amputação utero-ovarica ).

CADEIRA DE ANATOMIA CIRURGICA, MEDICINA OPERATORIA  
E APPARELHOS

*Da diabetes em relação ao prognostico das operações*

## I

A diabetes, assim como os outros estados morbidos

constitucionaes, é uma contra-indicação para os traumatismos cirurgicos.

## II

Todos os cirurgiões estão de accordo n'este ponto, e só admittem que um individuo diabetico seja operado, em circumstancias muito especiaes.

## III

Deve-se pois, desde que haja dados para desconfiar-se da existencia d'esse estado morbido, proceder-se ao exame da urina.



# SECÇÃO DE SCIENCIAS MEDICAS

---

## CADEIRA DE PHYSIOLOGIA

### *Theoria da circulação cardiaca*

#### I

O coração é o orgão central da circulação.

#### II

A circulação consiste no movimento incessante do sangue no interior de um systema de vasos, que se chamam arterias, capillares e veias.

#### III

A impulsão cardiaca, a elasticidade das arterias, as valvulas das veias e a contracção muscular são as principaes causas do movimento do sangue.

## CADEIRA DE PATHOLOGIA GERAL

### *A crise e os phenomenos criticos*

#### I

Qualquer mudança para bem ou para mal, acom-

panhada de phenomenos insolitos, é o que se chama crise.

## II

Esta póde ser favoravel ou desfavoravel, completa ou incompleta.

## III

Todos os apparelhos e orgãos da economia podem servir de séde aos phenomenos criticos.

## CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA

*Hypohemia intertropical*

## I

A hypohemia, que é uma affecção propria dos climas quentes, é caracterisada por augmento dos leucocytos, do baço e das glandulas lymphaticas.

## II

Por muito tempo foi ella confundida com a anemia simples e outros estados morbidos, em consequencia de serem até então desconhecidos os vermes denominados ankilostomos duodenalis.

## III

O tratamento específico para esta molestia consiste no emprego do leite de gamelleira branca e do jara-catiá.

CADEIRA DE MATERIA MEDICA E THERAPEUTICA  
ESPECIALMENTE BRASILEIRA

*Do jaborandy, sua historia natural, acção physiologica e  
effeitos therapeuticos*

## I

O jaborandy é uma planta do Brazil (pilocarpus pinatus) pertencente á familia das Rutaceas.

## II

Tem, como principio activo, um alcaloide—a pilo-carpina.

## III

Finalmente produz uma superactividade nas func-ções das glandulas secretoras.

CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

*Uremia e suas variedades clinicas*

## I

A uremia é caracterisada pela retenção da uréa no sangue, seja por insufficiencia secretora ou excretora.

## II

As modalidades mais communs são: a fôrma convulsiva, a comatosa, a mixta, a gastro-intestinal, etc.

## III

Seu apparecimento constitue sempre uma das mais graves e serias complicações.

## CADEIRA DE HYGIENE

*Influencia da falta de um systema regular de esgotos e latrinas  
sobre as condições sanitarias d'esta cidade*

## I

É de urgente necessidade estabelecer-se um systema regular de esgotos e latrinas d'esta cidade.

## II

O accumulo de materias organicas em decomposição, n'um clima, como o nosso, é a causa mais poderosa do desenvolvimento de muitas molestias.

## III

Sem um systema de latrinas e esgotos não pôde haver salubridade nas habitações d'esta cidade.

# HIPPOCRATIS APHORISMI

---

## I

Mulieri in utero gerenti, tenesmus superveniens, abortire facit.

Sect. VII, Aph. 27.

## II

Mulieri menstruis deficientibus e naribus sanguinem fluere, bonum.

Sect. V, Aph. 31.

## III

Si mulieri in utero gerenti purgationes prodeant, fœtum sanum, impossibile.

Sect. V, Aph. 12.

## IV

Mulieri in utero gerenti se mammæ ex improvise graciles fiant, abortit.

Sect. V, Aph. 37.

## V

Si mulieri prægnænti erysipela in utero fiat, læthale.

Sect. IV, Aph. 43.

## VI

Ad extremos morbos, extrema remedia, exquisite optima.

Sect I, Aph. 6.



*Remettidas á commissão revisora.*

*Bahia e Faculdade de Medicina, 30 de Setembro de 1887.*

*Dr. Gaspar.*

*Estas theses estão conforme aos Estatutos.*

*Bahia e Faculdade de Medicina, 11 de Outubro de 1887.*

*Dr. Augusto Maia.*

*Dr. Fortunato da Silva Junior.*

*Dr. A. Circundes.*

*Imprima-se.*

*Bahia e Faculdade de Medicina, 14 de Outubro de 1887.*

*Dr. Ramiro Affonso Monteiro.*

