

são vaginal feita no ponto conveniente abre os espaços de tecido conjuntivo. Não são expostos completamente assim que se completa a circuncisão porque, formam-se acima da incisão circular uma série de canais abertos, separados uns dos outros por zonas espessadas, e abrindo-se na luz vaginal por orifícios estreitos. Em vez de um só campo operatório bem exposto, formam-se várias áreas separadas, tendo, cada uma, uma entrada estreita para suas partes mais profundas. As porções craniais desses espaços não podem ser expostas sob control da vista, dêsse modo. Isso seria, porém fugir aos princípios básicos do método da operação vaginal. Por conseguinte os espaços tissulares só são expostos na medida em que se consegue expô-los além da circuncisão. As lâminas de tecido conjuntivo assim visualizadas são então cortadas. Por êsse processo forma-se um espaço único, amplo, bem exposto, cujas partes mais altas podem ser atingidas sob o control da vista. Indo passo a passo, os espaços são abertos até seus recessos superiores. Podemos assim mantermo-nos fiéis à segunda das principais regras de nossa operação vaginal, isto é, a incisão deve ser feita com os tecidos bem tensos. Com êsse método consegue-se operar com muito mais precisão do que procurando expôr de uma vez o tecido conjuntivo pélvico em suas camadas frouxas.

Erros ao Fazer a Circuncisão Vaginal

1. O cautério só deve ser aquecido até o rubro incandescente. Nunca se deve aquecer até ao branco porque nessa alta temperatura não só a hemostase é menos completa como pode se produzir a necrose da bexiga.

2. Um êrro frequente é não colocar os tecidos em tensão ao incisá-los. A descoberta e a dissecação das camadas torna-se mais difícil ou mesmo impossível. E', do mesmo modo, impossível achar as camadas, toda vez que o operador com medo de incisar os tecidos sobre a bexiga e o reto (vagina e fascia vaginal) perpendicularmente à sua superfície, incisar obliquamente.

3. Caso o operador perca a orientação nas camadas, pode penetrar muito profundamente e ferir adiante a bexiga ou atrás o reto. Isto é especialmente provável caso a incisão do fascia vaginal se faça muito junto do lábio distal da circuncisão. Si, entretanto, o fascia vaginal fôr incisado muito junto do lábio proximal da ferida, ha o perigo, principalmente na parte anterior, de não ser cortado o folheto conjuntivo, mas apenas separado da vagina. Isso tem consequências mais perturbadoras nos tempos seguintes da operação. O fascia vaginal tem que ser incisado transversalmente na linha mediana anterior a igual distância dos lábios separados da incisão semi-circular anterior. Nêsse ponto a bexiga não se aplica diretamente sobre a vagina e seu fascia. E' separada pelo espaço vesicovaginal que se expande em direção dorsoventral. Pela inversão a parede vaginal anterior é afastada de sua posição normal contra o soalho da bexiga. A bexiga permanece mais ou menos em sua posição normal. A ligação frouxa dos fascias vesical e vaginal não impede êsse deslocamento da bexiga. Desde que o fascia vaginal seja seccionado nesse ponto atinge-se o interstício correto, o espaço vesicovaginal muito segura e facilmente.

4. Si tiver que ser ressecada uma grande parte da vagina e a circuncisão tiver que ser feita perto do orifício vaginal, pode-se ferir o reto ao incisar do lado da vagina o feixe conjuntivo fundamental horizontal. Nessa altura o reto fica muito próximo do feixe fundamental.

B) DESCOLAMENTO DA VAGINA, SEPTOS VESICAIS ASCENDENTES, SEPTOS RETAIS, DESCENDENTES, FEIXES FUNDAMENTAIS HORIZONTAIS CONJUNTIVOS. ISOLAMENTO DO CARCINOMA.

Desde que ao fazer a circuncisão se tenha achado o interstício certo anterior, o espaço vesicovaginal, a separação da bexiga e vagina é extremamente fácil. O primeiro assistente empurra vigorosamente a parede vaginal anterior para cima com a valva anterior enquanto o se-

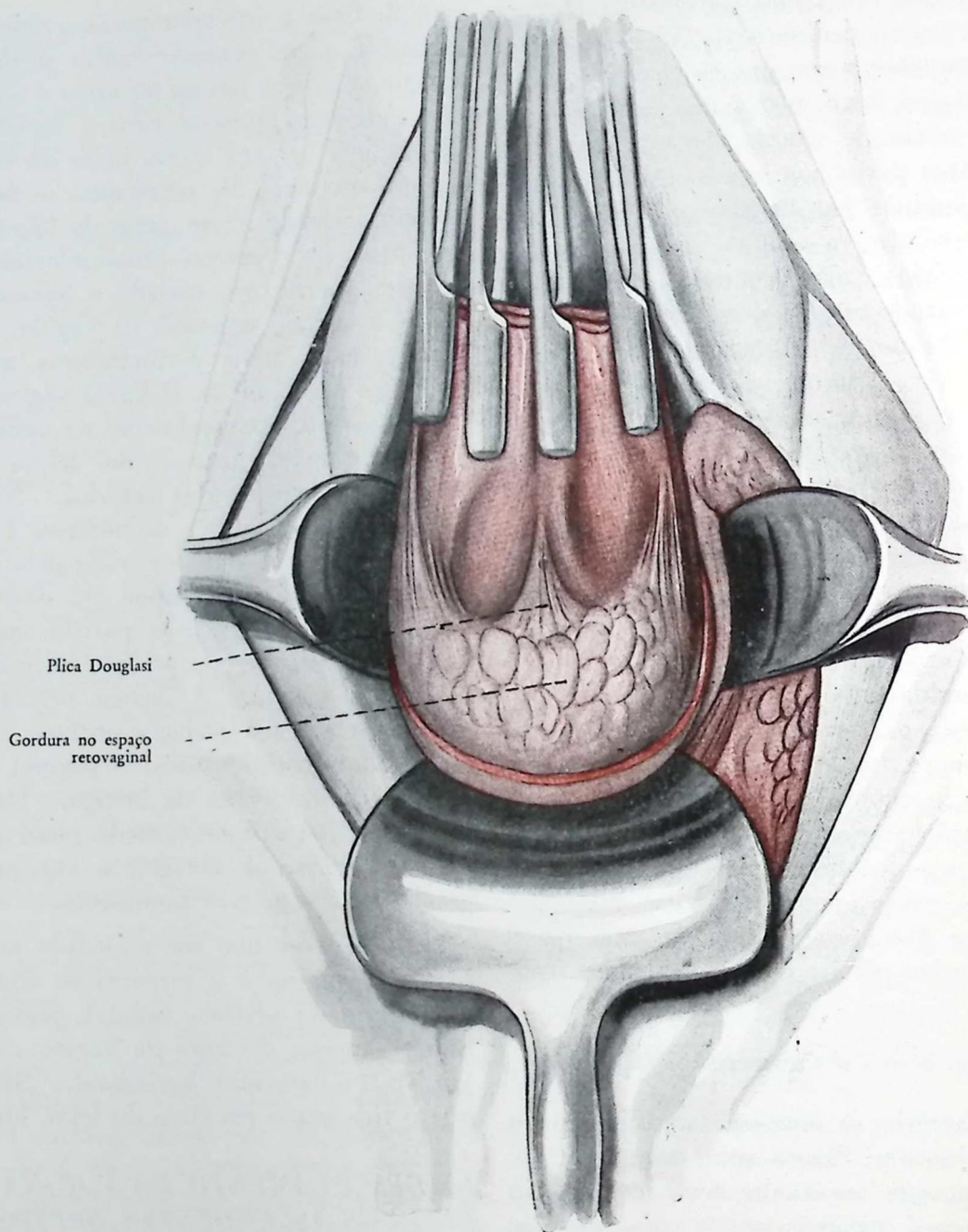


FIG. 172. Operação vaginal por carcinoma. A vagina é bem aberta por duas valvas laterais e uma posterior. Foi completada a incisão circular da vagina, isto é, a incisão percorreu a circunferência da vagina atingindo em todos os pontos a profundidade desejada. Abre o espaço vesicovaginal em sua porção anterior mediana; anterior e lateralmente o espaço paravesical de cada lado; à direita e à esquerda penetra no muito delgado feixe fundamental até o levantador. Posterior e lateralmente, de cada lado, a incisão abre o espaço pararretal e posteriormente, na linha mediana, o espaço retovaginal. O côto proximal da vagina é bem libertado. E' desprendido em grande parte de sua ligação ao cólo por tecido conjuntivo frouxo pela simples tração nos bordos anteriores da circuncisão. Lateralmente, o feixe fundamental conjuntivo horizontal é totalmente incisado até o levantador; a vagina é assim libertada do levantador e traz consigo a porção do feixe fundamental que a fixa ao levantador (arcus tendineus fasciæ endopelvinae). O feixe fundamental horizontal fica no bordo da vagina como uma tira de tecido conjuntivo. Anteriormente, os fracos septos vesicais ascendentes, que prendem a bexiga ao feixe

gundo assistente puxa as pinças para baixo e para a parede posterior. Com isso a bexiga pode se separar da vagina no espaço vesicovaginal até o septo supravaginal (Figs. 138 e 139). Aqui e acolá tem-se que dar um golpe transversal de cautério para completar a separação desses órgãos até a inserção da vagina no colo. Ao ser feita essa separação, as paredes laterais do espaço véscovaginal, os delgados septos vesicais ascendentes em geral são destacados da bexiga e da vagina. E assim, pela metade anterior da incisão abrem-se de cada lado os espaços paravesicais. Às vezes, mesmo nesse ponto da operação, si o útero e a bexiga puderem ser bem abaixados pela tração no retalho vaginal anterior, o ligamento vesico-uterino pode ser bem percebido, indo da bexiga ao lado do colo. Pode-se tornar a exposição ainda mais completa repuxando lateralmente os tecidos pela introdução de uma valva no espaço paravesical (Fig. 173).

Depois de haver assim preparado a metade anterior do manguito vaginal, volta-se a atenção para a formação da metade posterior. O primeiro assistente toma as pinças com sua mão esquerda e puxa vigorosamente a vagina para a sínfise, enquanto o segundo assistente recalca a valva posterior para baixo, para o reto. A parte mediana do espaço retovaginal é assim entreaberta; o operador pode facilmente separar o reto da vagina com uma gaze montada em uma

pinça própria. Essa dissecação deve ser feita na linha mediana até a prega de Douglas. Encontrando fibras densas estendendo-se entre o reto e a vagina são elas pinçadas próximo ao reto e cortadas em seu meio a termocautério. Ao abrir assim o espaço retovaginal podem se perceber dos lados do reto, lâminas de tecido conjuntivo, quasi sagitais em direção, dirigindo-se para cima junto ao bordo da vagina para se inserir no feixe fundamental conjuntivo horizontal (Fig. 172). São os septos retais descendentes. O operador mete, então, o dedo por fora dos septos retais para atingir a superfície superior do levantador. Metendo o dedo no espaço pararretal em direção ao sacro, esses septos são destacados por dissecação incruenta, do levantador. Levando o dedo para cima, para o estreito superior pode-se desprender de sua inserção na superfície superior do levantador, até o ligamento de Mackenrodt, todo o feixe fundamental conjuntivo horizontal (Figs. 181, 182 e 141). Dessa maneira a porção inferior do espaço pararretal é posta em comunicação com o espaço paravesical (vêr Fig. 207). A libertação digital do feixe conjuntivo fundamental horizontal, dos lados da vagina e o desprendimento dos septos retais descendentes é executado sem dificuldade alguma. A vagina é mantida de encontro à sínfise com uma valva e o reto é recalçado para baixo com outra. Com uma gaze, fazendo pressão contra a parede an-

fundamental horizontal são destacados do soalho da bexiga. Posteriormente, o bordo da vagina, ou melhor, o tecido conjuntivo do feixe fundamental que fica junto ao bordo da vagina é prêsso às superfícies laterais do reto pelos septos retais descendentes. Essas pontes de tecido que vêm do reto são cortadas com tesouras. O côto proximal da vagina que foi assim libertado dos seus arredores e mobilizado, é puxado sôbre a cratera do carcinoma e os bordos são aproximados por clamps dentados. Dêsse modo, o carcinoma que é sempre habitado por germens piogênicos, é isolado do campo operatório. (Na operação vaginal por carcinoma faz-se uma incisão exatamente circular. E' desnecessária a modificação da circuncisão vaginal i. é., a expansão lateral da parte superior do côto vaginal na extirpação total simples do útero miomatoso. (Fig. 224). Devido à incisão de Schuchardt cuja parte mais alta atinge a circuncisão dá-se uma ampla abertura do campo operatório). Os órgãos genitais, o tecido conjuntivo que os rodeia são puxados em sentido caudal e para a sínfise por tração na incisão circular da vagina. Por ter sido a parede posterior do côto vaginal empregada para formar um manguito e por ser puxada de sua inserção para a sínfise, aperecem a parte do espaço retovaginal e os dois espaços pararretais (não se vêm êstes na ilustração). A parede anterior do espaço retovaginal é formada pela parede vaginal posterior que é contida para cima pelos clamps. A parede posterior do referido espaço é constituída pela parede anterior do reto recoberta de gordura; as paredes laterais do referido espaço são separadas do espaço pararretal pelo feixe fundamental horizontal de tecido conjuntivo que vai do reto aos bordos da vagina e aqui é chamado o septo retal descendente. O teto do espaço é constituído pelo peritôneo da bolsa de Douglas que vai do reto à vagina.

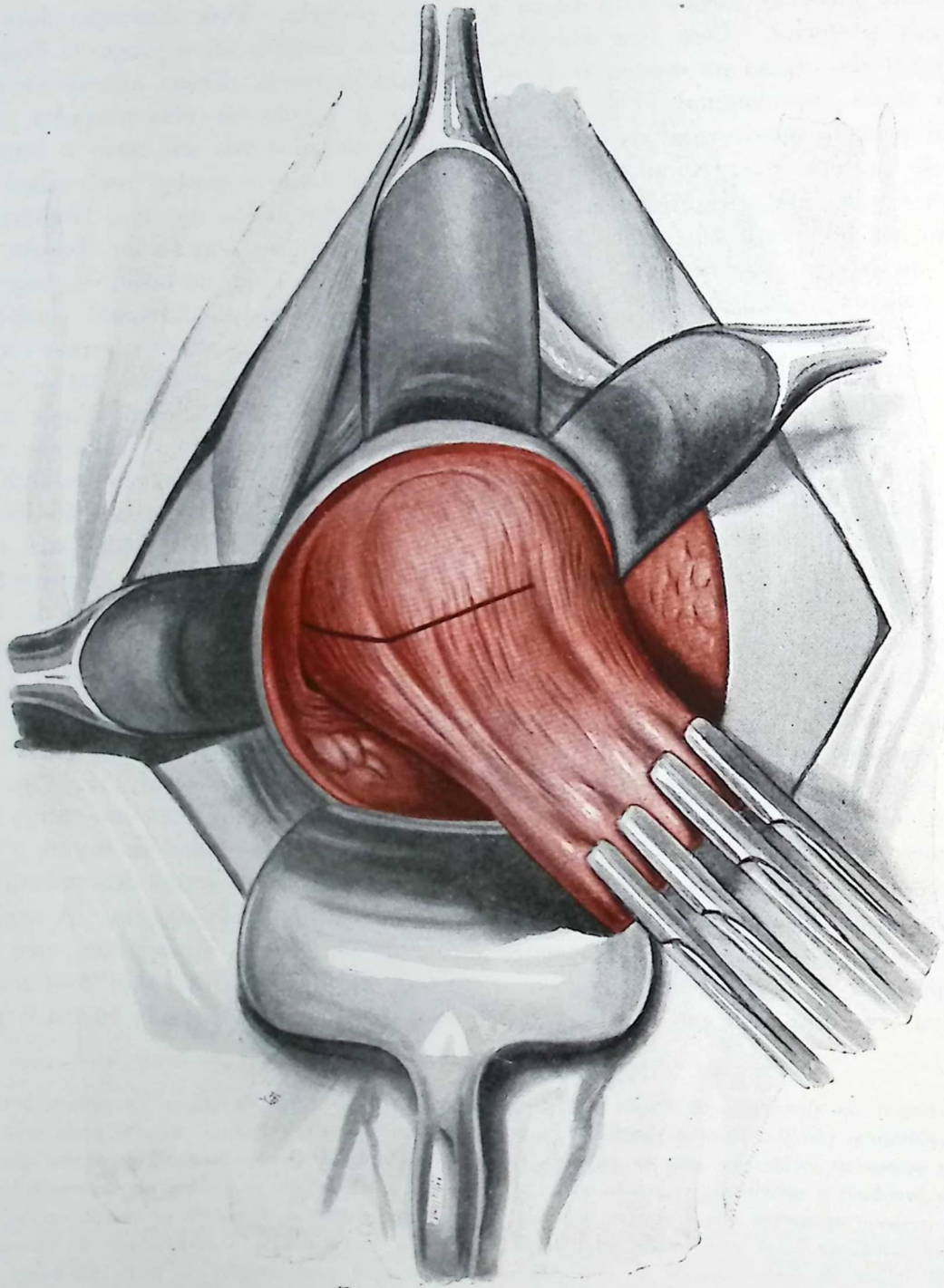


FIG. 173. Operação vaginal por carcinoma. A vagina é bem aberta por quatro valvas. Foi completada a circuncisão vaginal; foi formado o manguito revirado sobre a cratera do carcinoma e fechado com clamps denteados. O útero é puxado para baixo e para a esquerda. Pela formação do manguito foram abertos os espaços vesicovaginal e paravesicais. A parede anterior do espaço vesicovaginal é formada pelo soalho da bexiga, agora libertado por dissecação; a parede posterior é formada pela parede vaginal anterior invertida. O espaço é separado acima, do espaço vesicocervical, pelo septo supravaginal. Os limites laterais, os septos vesicais ascendentes foram destacados do soalho da bexiga. Por uma tração forte dos clamps, não só os órgãos genitais mas também a metade inferior da bexiga podem ser puxados através da parte superior aberta do côto vaginal. Os ligamentos véscico-uterinos, os septos vesicais sagitais que encerram o ureter vão da parede lateral da bexiga ao

terior do reto, o operador auxilia o afastamento produzido pela valva posterior. Evita-se assim que uma empôla retal distendida por gases faça saliência na ferida operatória. Os septos retais descendentes são postos em tensão e suas inserções retais são facilmente encontradas porque podem-se vêr suas superfícies externas e medianas. São cortados junto ao reto até o peritônio da bolsa de Douglas. Nesse ponto da execução a vagina já está mobilizada até o colo; ainda lhe estão prêsos os septos vesicais ascendentes, o feixe fundamental conjuntivo horizontal e os septos retais descendentes. Si se houver aplicado uma série circular de pinças à vagina para ajudar a pô-la em tensão, êsses clamps agora se acharão prêsos só à parte superior da vagina que foi mobilizada. Retiram-se as pinças e revira-se o manguito sôbre o carcinoma fechando-o sôbre uma gaze na cratera do carcinoma (Fig. 172). O carcinoma, infeccioso, é, dêsse modo, isolado do campo operatório e a ferida é bem protegida contra a infecção por microorganismos e contra a implantação de células tumorais. Durante o resto da operação usam-se os clamps dentados para puxar o útero em qualquer direção desejada. Depois de recoberto o carcinoma com o manguito vaginal as partes restantes da operação são geralmente asépticas. Mudamos, portanto, os instrumentos as luvas e os campos.

No caso de ter que ser retirada uma parte considerável da vagina e da circuncisão ter que ser feita muito perto do orifício não se penetra adiante no espaço vesicovaginal, nem no espaço retovaginal, posteriormente. O colo da bexiga e a uretra, anteriormente, e a porção perineal do reto posteriormente estão prêsos à vagina por tecido conjuntivo denso sem qualquer camada

mais frouxa (Fig. 138). Nêsses casos tem-se que dissecar muito cuidadosamente para evitar ferir a uretra, o colo da bexiga e o reto. Não se penetra nos dois espaços sinão quando a dissecação chega ao limite superior do têrço distal da vagina. Aí devem ser procurados nessas extensas operações.

Erros de técnica

a) *Resultados de uma circuncisão mal feita.* Numerosos êrros podem ser feitos nos tempos operatórios que descrevemos, caso o fascia vaginal ao envez de ser cortado na circuncisão seja separado da vagina. A dissecação prossegue entre a vagina e seu fascia.

1. Si o operador estiver com medo de ferir a bexiga — e é êste, em geral, o motivo do fascia vaginal não ter sido incisado — a dissecação se aproximará cada vez mais da metade anterior do manguito vaginal até que, afinal, o operador, fará um buraco na vagina. Si, por outro lado, o operador estiver receioso de lesar o reto, a dissecação progredirá muito junto à parede posterior do manguito vaginal podendo ser aberta. Êsses buracos trazem sempre o perigo de uma implantação carcinomatosa e de infecção da ferida. Mais ainda, a falta de incisar o fascia vaginal pode levar a recidivas locais devido à invasão da vagina adjacente pelo carcinoma. As suturas secundarias dessas aberturas feitas no manguito vaginal, em geral não se mostram muito vantajosas. Quasi sempre as suturas se abrem em fases posteriores da operação quando o manguito vaginal é puxado para baixo pelos clamps.

2. Deve-se fazer uma dissecação lateral para descolar a bexiga e o reto da vagina. Si

bordo do colo, ou melhor ao feixe fundamental conjuntivo frontal que fica no bordo do colo. O braço interno da linha quebrada marca o sítio através do qual se deve cortar o septo supravaginal para separá-lo da parede anterior do colo. O braço lateral da linha marca o lugar em que deve o septo vesical ser separado do soalho da bexiga de modo a excisar o mais paramétrio possível e localizar o ureter com mais certeza. Para fora do ligamento vésico-uterino direito ha uma fenda sagittal que leva ao espaço paravesical direito. Para o lado do sacro essa fenda é limitada por um feixe transversal de tecido que vem do lado para se inserir no bordo da vagina perto de sua parede posterior. Essa fita de tecido é o feixe fundamental conjuntivo horizontal. Por estar o manguito vaginal repuxado para a esquerda, a gordura da parede retal anterior pode ser vista do lado sacral do feixe conjuntivo fundamental horizontal.

o operador tentar expôr os ângulos laterais dos espaços vesicovaginal e ratovaginal, a dissecação será levada ao longo do fascia vaginal junto ao plexo vaginal; as veias dêsse plexo podem ser feridas (Fig. 141). Essa hemorragia é desnecessária. A explicação geralmente dada é que "o carcinoma está tão propagado que proziu uma estase venosa".

3. Fazendo-se a separação no mau espaço, entre a vagina e seu fascia, o fascia vaginalis fica com o revestimento mediano dos septos vesicais e retais. Essas fitas de tecido conjuntivo ficam muito espessas e não se percebem bem suas inserções na bexiga e no reto. Incisando êsses septos sem uma percepção clara de seus limites com a bexiga ou com o reto, êsses dois órgãos podem ser, facilmente, feridos. Fazendo a secção muito perto da vagina o operador pode, novamente encontrar o plexo vaginal. Além de tudo deixa-se assim uma grande quantidade de tecido que deveria ser compreendida na excisão radical.

b) *Êrros que não são resultantes de uma circuncisão mal feita.* Para evitar ferir o fascia retal, ao cortar o septo retal tem-se que ter o máximo cuidado para não cortar muito junto do reto. Os ramos da artéria hemorroidária superior, que são os principais vasos nutridores do reto (Fig. 151) ficam imediatamente por baixo do fascia retal. No caso do fascia ser cortado, geralmente êsses vasos são lesados e pode surgir no período da convalescença, uma extensa necrose da parede retal anterior.

III. SECÇÃO TRANSVERSAL DO SEPTO SUPRAVAGINAL. SEPARAÇÃO DA BEXIGA E DO COLO. EXPOSIÇÃO DOS LIGAMENTOS VÉSICO-UTERINOS. SEPARAÇÃO DÊSSES LIGAMENTOS DA BEXIGA. EXPOSIÇÃO DOS URETERES E DOS VASOS UTERINOS. LIGADURA DOS VASOS UTERINOS. MODO DE ACHAR A PREGA PERITONEAL ANTERIOR.

O espaço vesicocervical é separado do espaço vesicovaginal pelo septo supravaginal (Fig. 138). O fascia vaginal dirige-se para diante a partir da bainha de tecido conjuntivo do colo

(fascia cervical) que se prende intimamente à parede muscular do colo. Tem se que ter um cuidado especial ao fazer a abertura do espaço vesicocervical. A vagina é bem aberta transversalmente por dois afastadores laterais. Uma valva anterior sustenta a parede vaginal anterior e a bexiga, enquanto que o útero é puxado para baixo com as pinças que fecham o manguito. Essa manobra põe em tensão o septo supravaginal. Essa estrutura é a extremidade posterior do fascia vesical. Vai da junção das superfícies vesicais inferior e posterior até o fascia cervical, ao qual se prende logo acima do nível da união cervicovaginal. Recalcando bem a vagina para cima e puxando bem o útero por tração do manguito vaginal, êsse septo forma o fundo de uma depressão bem pronunciada entre o soalho da bexiga e a vagina e limitada lateralmente pelos ligamentos vésico-uterinos (Fig. 173).

O septo supravaginal é formado de tecido menos compacto. É de côr mais vermelha e mostra uma estriação longitudinal. Os feixes longitudinais achatados são separados uns dos outros por sulcos e dão ao septo um aspecto característico que não se confunde com nenhum outro tecido. Deve-se ser cortado transversalmente a igual distância da bexiga e do colo e entre os dois septos vesicais. Dêsse modo abre-se o espaço vesicocervical (Fig. 174).

Ao expôr o espaço vesicocervical, a técnica é semelhante à usada ao abrir o espaço vesicovaginal. A bexiga e o colo são facilmente separados até a prega vesico-uterina. Podem vêr-se as superfícies uterinas dos septos vesico-uterinos. Pode-se vêr, do lado mediano a junção do ligamento vesico-uterino com o ligamento de Mackenrodt. Assim que se abre o espaço até o limite inferior da prega vésico-uterina do peritônio, podem vêr-se os vasos uterinos correndo para baixo, para diante e para dentro rumo ao bordo do útero (Figs. 175 e 226).

A prega vesico-uterina é uma delgada camada de tecido, em forma de língua, branco-acinzentada que pode ser separada do útero. Contêm raros vasos. Desde que tenham sido

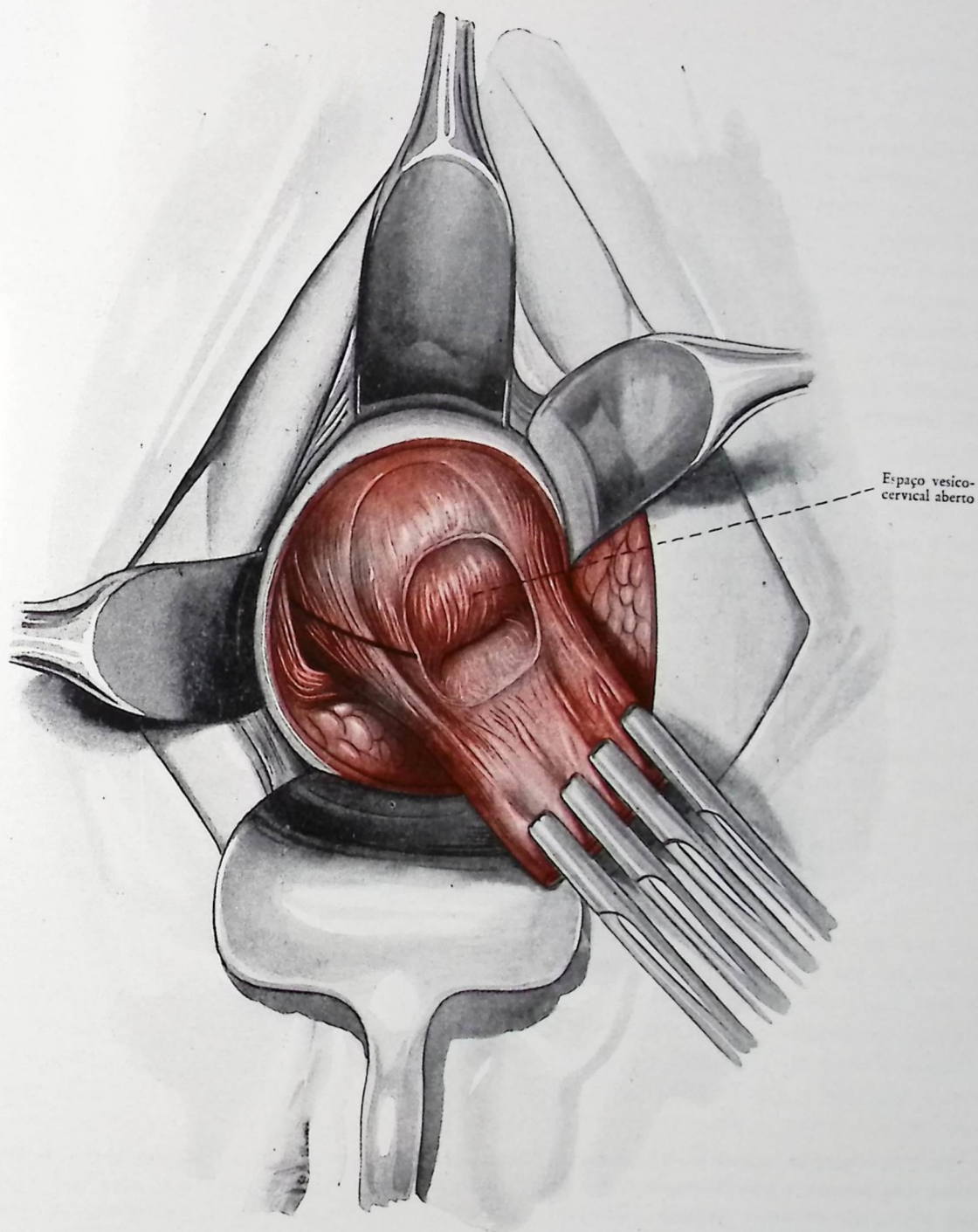


FIG. 174. Operação vaginal por carcinoma. O espaço vesicovaginal foi aberto pela formação do manguito vaginal. A bexiga foi abaixada com os órgãos genitais de modo que é visível o lado direito do ligamento vésico-uterino, indo até ao colo, ou melhor ao ligamento de Mackenrodt. O septo supravaginal foi cortado da parede anterior do colo no lugar previamente indicado. Abriu-se assim o espaço vesicocervical. Vêm-se tanto as superfícies internas como laterais dos ligamentos vésico-uterinos e pode-se facilmente perceber sua linha de inserção na bexiga. É, então, possível cortar o paramétrio anterior junto à bexiga, sem medo de lesar essa última estrutura. Para fora do ligamento vésico-uterino direito vê-se a fenda que leva ao espaço paravesical. Para o lado do sacro êsse espaço é limitado pelo feixe fundamental conjuntivo horizontal.

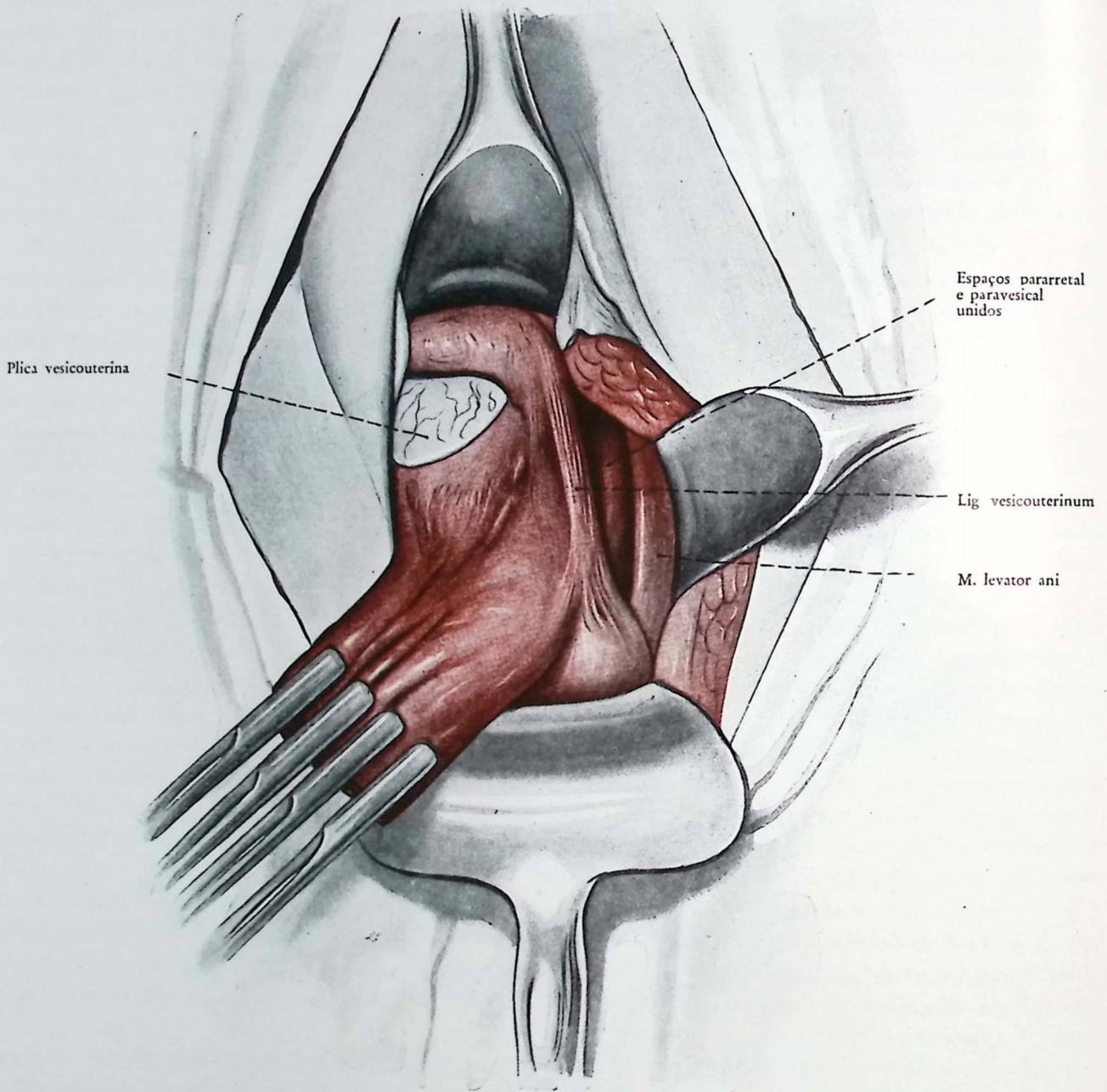


FIG. 175. Operação vaginal por carcinoma. A entrada ao campo operatório é mantida bem aberta pelas valvas, uma anterior uma posterior e uma lateral. Os órgãos genitais são puxados energicamente para baixo, para trás e para a direita, pelas pinças que fecham o manguito. O espaço vesicocervical foi aberto até além da extremidade da prega peritoneal anterior. Do lado esquerdo da bexiga, o ligamento vésico-uterino esquerdo vai até o colo, ou, mais exatamente até o ligamento de Mackenrodt. O feixe fundamental horizontal conjuntivo foi completamente separado de suas inserções no levantador, até o ligamento de Mackenrodt, mas permanece fixo ao bordo da vagina. Assim são postos em comunicação a parte caudal do espaço pararectal e o espaço paravesical. Esses espaços ficam um por cima do outro. Os limites laterais dos espaços reunidos são formados pelo levantador do anus. Os três órgãos pelvianos e os septos vesicais e retais limitam-no por dentro. A valva lateral esquerda é metida nêsse espaço, para recalcar a parede lateral (o levantador). A artéria uterina esquerda

abertos os espaços paravesicais ao fazer a circuncisão podem vêr-se perfeitamente os ligamentos véscico-uterinos ou septos vesicais sagittais, pelos lados. São muito mais espessos do que os septos ascendentes e são compostos de tecido muito mais forte. Nêsses tecidos encontram-se as vênias eferentes do plexo vesical e o ureter (Figs. 153 e 155). A inserção do ligamento véscico-uterino na bexiga não é muito bem definida, mas podem-se distinguir suficientemente os limites entre bexiga e ligamento observando o lineamento do polo inferior da bexiga (Fig. 174). Enquanto os ligamentos véscico-uterinos são distendidos pelo assistente o operador emprega o cautério para cortá-los. A secção é feita pelo lado no limite provável entre a bexiga e o ligamento. Via de regra, tendo o septo supravaginal sido cortado a igual distância da bexiga e do colo, as incisões sagittais separando os ligamentos véscico-uterinos da bexiga, formam um arco com a incisão transversal do septo supravaginal. Êsse arco é paralelo ao arco do soalho da bexiga e envolve-o por baixo e pelos lados (Fig. 173). A porção externa do ligamento é mais compacta devido às vênias que por aí passam. Assim que é incisada a metade externa mais densa do ligamento, emprega-se uma gaze para empurrar os tecidos cortados para o útero, separando-os da bexiga. Dessa maneira, começando na superfície lateral do septo vesical, penetra-se gradualmente mais profundamente em sua substância até chegar à sua parte mediana que se compõe de tecido mais frouxo que encerra gordura.

Nessa gordura fica o ureter que se dirige da bexiga para trás, para baixo e para fora, para alcançar o ponto em que é cruzado pela artéria uterina. Nêssa parte de seu trajeto e também no ligamento de Mackenrodt, o ureter

ocupa um canal fibroso. Essa formação de tecido conjuntivo é produzida por um espessamento dos tecidos na superfície do ureter, espessamento motivado pelas várias condições de tensão e movimento da última estrutura. Como o ureter precisa ser francamente móvel devido à sua função, sua superfície é apenas frouxamente prêsa à parede do canal que o encerra. Assim que surge à vista a camada de tecido conjuntivo gorduroso do ligamento véscico-uterino, sabe-se que o ureter está bem perto, simplesmente recoberto por uma delgada camada de tecido. E' então aconselhável tomar o bisturi ou tesouras em vez do termocautério para que o delicado ureter não seja danificado pelo calor. Com incisões muito pequeninas, cortando muito pouco tecido de cada vez, continua-se a seccionar para dentro o ligamento véscico-uterino. Entre os pequenos talhos, os tecidos cortados são afastados da bexiga para o útero e limpa-se o sangue, ao mesmo tempo. Logo percebe-se o ureter sob a forma de um cordão branco brilhante, de consistência maior do que a da musculatura vesical, e transparecendo através da delgada camada de seu revestimento. Essa delicada camada de tecido conjuntivo deve ser cuidadosamente incisada e uma parte da superfície lateral do ureter deve fazer saliência através da abertura (Fig. 176).

Uma vez libertado o ureter em sua superfície lateral, seu trajeto pode ser seguido com o dedo. Os tecidos que ficam para fora dêle podem ser afastados e a superfície lateral do ureter pode ser destacada da parede lateral do canal ureteral (Fig. 177). Metendo a ponta romba da tesoura entre o ureter e a parede lateral do seu canal (Fig. 178) pode-se cortar êste último sem perigo de lesar o ureter. Dêsse modo, pode-se libertar todo o arco do ureter

passa para baixo, para o útero no bordo do ligamento de Mackenrodt, por dentro do ligamento véscico-uterino esquerdo. A extremidade interna do ligamento de Mackenrodt é fortemente puxada para baixo pela tração no manguito vaginal. Seu curso normal transversal se altera quando o útero é puxado para baixo de modo que toma uma direção para diante, para baixo e para dentro. A artéria úterina, correndo por seu bordo superior é arrastada com o ligamento a essa posição anormal. A parte da artéria que fica no ligamento de Mackenrodt, entre o bordo do colo e a inserção do ligamento véscico-uterino pode-se vêr como um vaso ascendente que vem até o colo, por dentro do último ligamento.

até à artéria uterina (Figs. 179 e 145). Naturalmente, essa incisão secciona a rêde venosa que envolve o ureter no ponto em que a artéria uterina o cruza. (Fig. 146). A hemorragia é pequena devido a grande tensão a que estão submetidas as vênias. O ureter está ainda prêso à parede mediana de seu canal. Essa ligação é desfeita, em parte, por dissecação romba com uma esponja de gaze ou por dissecação cruenta a tesoura. Prosseguindo com a separação para trás ao longo da parede mediana, chega-se ao ponto em que a artéria uterina cruza o ureter (Fig. 179). Assim que o ureter fique desembaraçado de sua fixação à artéria, pode ser empurrado para cima ou para o lado. O ureter serve, portanto, de guia à artéria uterina no ponto em que ela se dobra para dentro.

E' agora necessário cortar a parte do ligamento vésico-uterino que fica para dentro e acima do ureter. Feita essa dissecação dos dois lados, todas as ligações conjuntivas da bexiga ficam cortadas, permanecendo apenas a ligação com o peritônio. Nessa separação da bexiga do tracto genital que, em sua essência, é apenas uma exposição dos espaços vesicogenital e paravesicais e uma separação dos ligamentos vesico-uterinos da bexiga, permanece ileso o plexo útero-vaginal no bordo da vagina. A parede posterior da bexiga fica separada, não só do colo e da vagina, mas também, da superfície anterior da parte mais alta do ligamento de Mackenrodt. Na realidade, os ligamentos vésico-uterinos, unem a bexiga e os ligamentos de Mackenrodt (Fig. 132).

Uma vez libertada a bexiga do bordo superior do ligamento de Mackenrodt, naturalmente, a artéria uterina tem que surgir à vista pois que ela se encurva, nesse ponto sobre o ureter. O cordão bem visível, formado pela artéria e suas vênias satélites dirige-se para trás e para fora como uma barra sobre o arco côncavo do ureter. Esse cordão é ligado duas vezes o mais lateralmente possível usando uma agulha de aneurisma para passar os fios ao redor dos vasos. Seccionam-se os vasos entre as duas ligaduras. Assim ficou cortado o cordão

que estava esticado por cima do ureter e que transformava a curva dêste último em um ângulo agudo. Isso remove o último impecilho que forçava o ureter a uma posição artificial. Êle, então, retrai-se espontaneamente para cima e para o lado devido à sua própria elasticidade. Como não ha mais outra estrutura para prendê-lo em baixo pode, facilmente, ser recalçado para cima e para o lado, completamente para fora do campo operatório (Fig. 187).

Detalhes de técnica

Ao descolar a bexiga do útero e ao expôr o ureter, não se deve procurar expôr todo o espaço vesicocervical até à prega peritoneal e os dois ligamentos vésico-uterinos ao mesmo tempo. Não se deve, tampouco, procurar dissecar completamente um só ureter, cortando o respectivo ligamento vésico-uterino da bexiga onde êle se insere. Assim fazendo abre-se o espaço vesicocervical do lado dissecado e êle é posto em comunicação com o espaço paravesical. Perde-se, portanto o ponto de apôio fornecido à valva anterior pela estreita abertura do espaço vesicocervical. A bexiga fica frouxa e pentensão. Quando se fôr dissecar o outro ureter não se poderá mais pôr em tensão o ligamento vésico-uterino, com tanta facilidade pela falta de um ponto de apôio ao afastador no espaço vésico-cervical. A bexiga fica frouxa e pendente; não pode mais ser deslocada tão precisamente na direção e no grau desejados. Não se conseguirá, pois, colocar o segundo ligamento vésico-uterino na tensão desejada. Isso torna a procura do outro ureter muito mais difícil por ter que fazer-se em condições desfavoráveis. Com o fim de evitar êsse relaxamento da bexiga deve-se, desde o comêço, procurar os dois ureteres. Achado o primeiro, não é êle dissecado completamente e descolado para trás. A dissecação dos dois ureteres deve ser feita simultaneamente. Corta-se, primeiro, uma pequena parte de um ligamento vésico-uterino e, em seguida, a porção correspondente do outro. Dêsse modo, são os dois ureteres, alternativa-

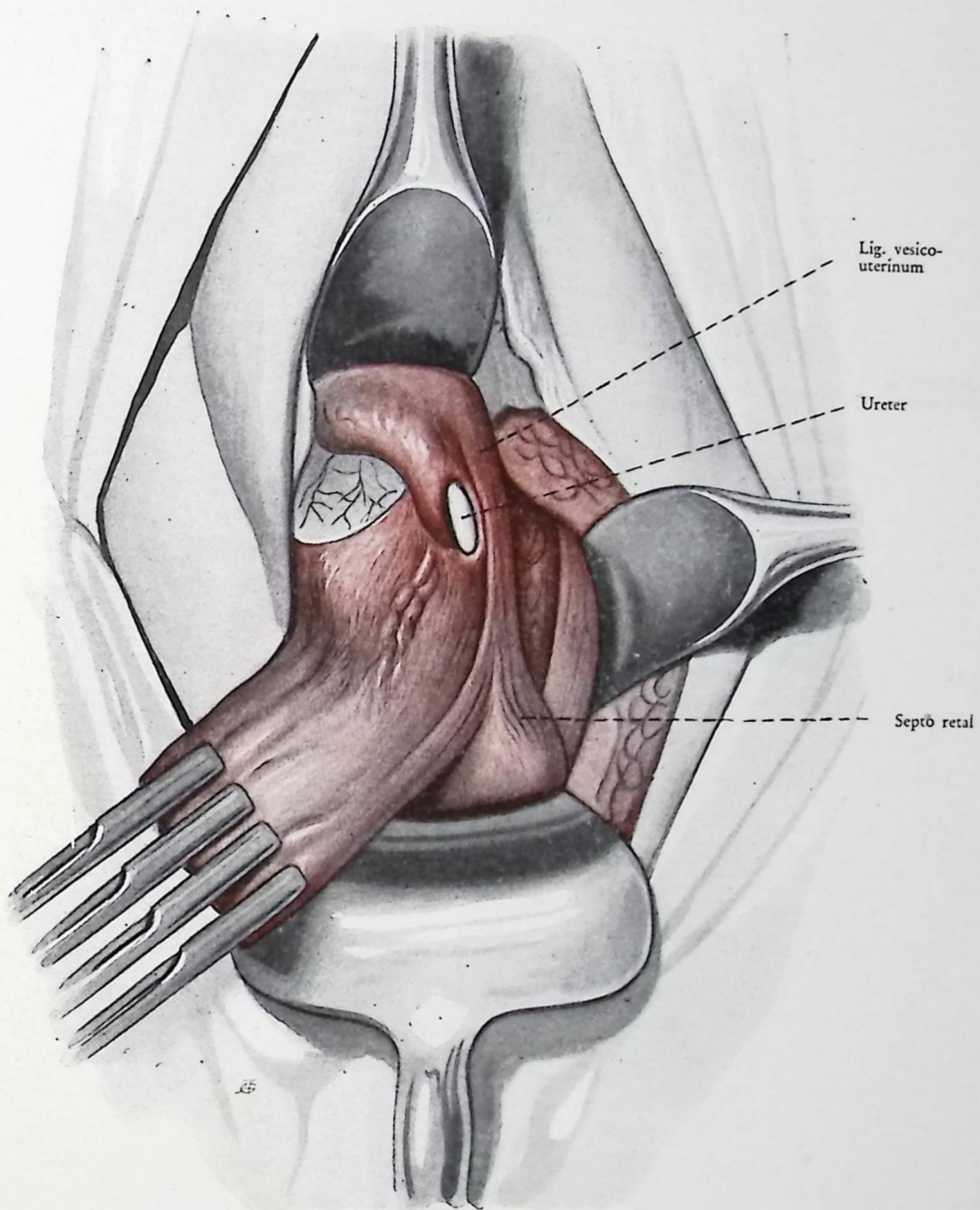


FIG. 176. Operação vaginal por carcinoma. Foi passada uma valva anterior na prega peritoneal anterior recalcando a bexiga para a sínfise. Uma valva lateral afasta o levantador esquerdo abrindo os espaços pararretal e paravesical reunidos. A parede mediana dêsse espaço é, assim bem exposta. Os órgãos genitais são puxados para baixo e para a direita por uma tração forte exercida nas pinças que fecham o manguito vaginal. Foi incisado o ligamento vésico-uterino esquerdo segundo a linha indicada nas Figuras 173 e 174. Abriu-se, assim, perto de sua extremidade vesical, o canal de tecido conjuntivo através do qual passa o ureter nos ligamentos de Mackenrodt e vésico-uterino. Vê-se uma parte do ureter passando na parte mediana do ligamento vésico-uterino. A camada de tecido conjuntivo bem espessa, para dentro do ureter deve, pois, ser constituída por tecidos daquele ligamento. Representa a extremidade da bexiga que se prende ao bordo do colo e à parte mais interna do ligamento de Mackenrodt. A dissecação deve ser levada com cuidado para evitar ferir a bexiga ou a artéria uterina que fica logo por trás. Vê-se o cordão de vasos uterinos para dentro do corno da bexiga do lado esquerdo.

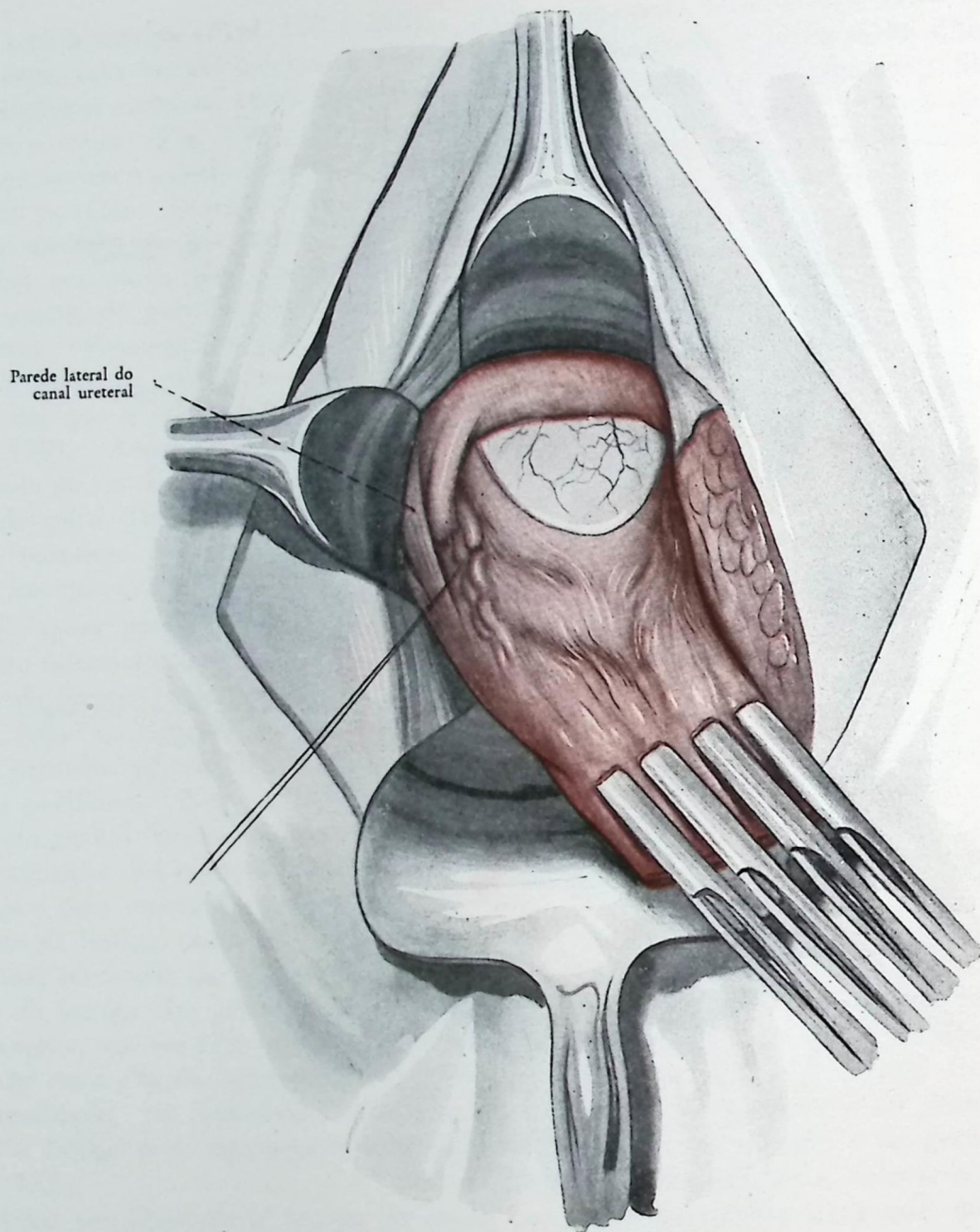


FIG. 177. Operação vaginal por carcinoma. A bexiga é mantida junto à sínfise por uma valva anterior passada por uma abertura na prega peritoneal anterior. Uma valva lateral direita afasta o levantador para o lado. Os órgãos genitais são puxados para baixo e para a esquerda pelas pinças que fecham o manguito vaginal. O ureter direito foi libertado da parte anterior do ligamento vésico-uterino. Foi descolado com o dedo (dissecção romba) das paredes lateral e posterior do canal ureteral. A parede lateral da porção anterior desse canal é formada pelos tecidos do ligamento vésico-uterino. A última estrutura é separada do colo, da parte interna do ligamento de Mackenrodt e da superfície anterior da artéria uterina. Ligam-se os vasos uterinos para dentro do ureter.

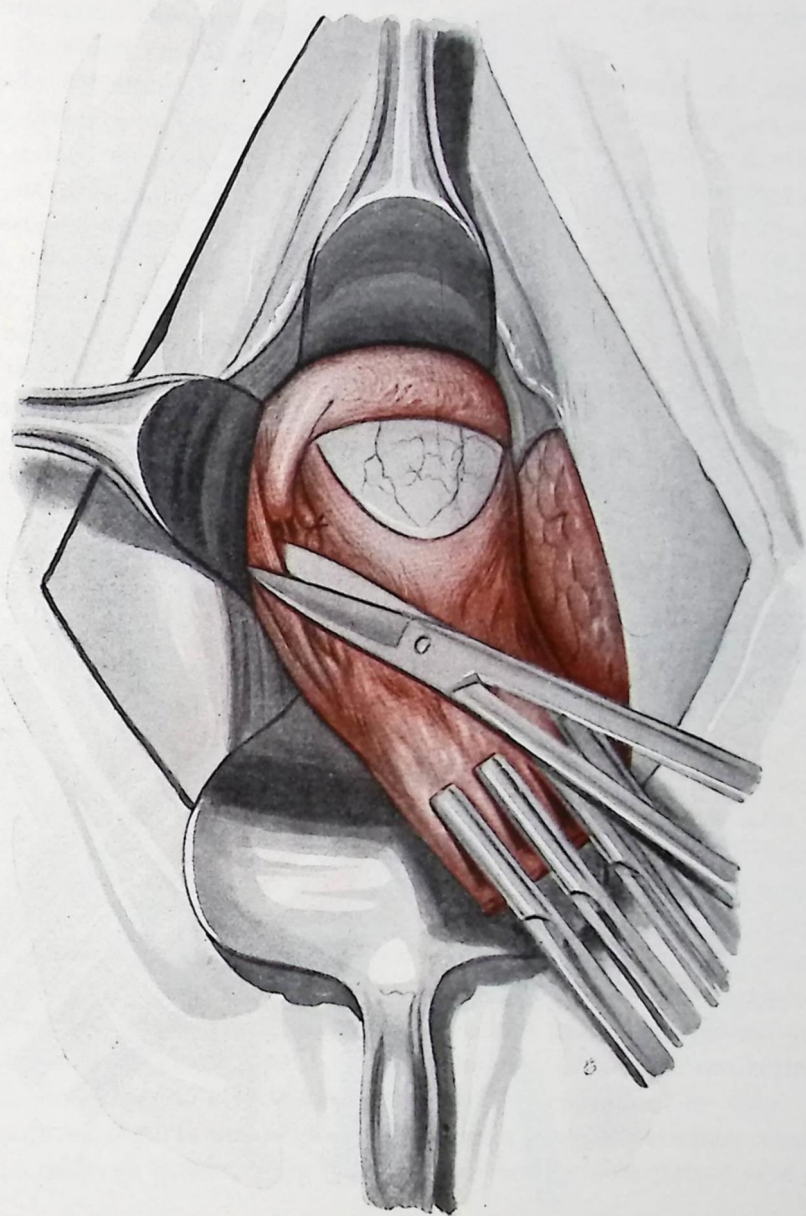


FIG. 178. Operação vaginal por carcinoma. A situação anatômica é a mesma que para a Figura 177. A porção anterior da parede lateral do canal ureteral é posta em tensão. Mete-se a ponta romba de uma tesoura entre o ureter e a parede lateral de seu canal para cortar esta última.

mente dissecados, ora um, ora outro, pouco a pouco e os ligamentos vésico-uterinos são seccionados da bexiga gradualmente. Com êsse modo de agir conservam-se os ligamentos na tensão ótima. A abertura do espaço vésicocervical, a libertação dos ureteres e a secção do paramétrio anterior, da bexiga marcham gradual-

mente. Êsse método de exposição dos ureteres tem uma outra vantagem: os espaços vésicocervical e paravesicais são expostos sob a visão direta, com muito mais facilidade do que si se procurasse expô-las de comêço.

Quando, no caso de um extenso carcinoma se liga a artéria uterina perto da parede pél-

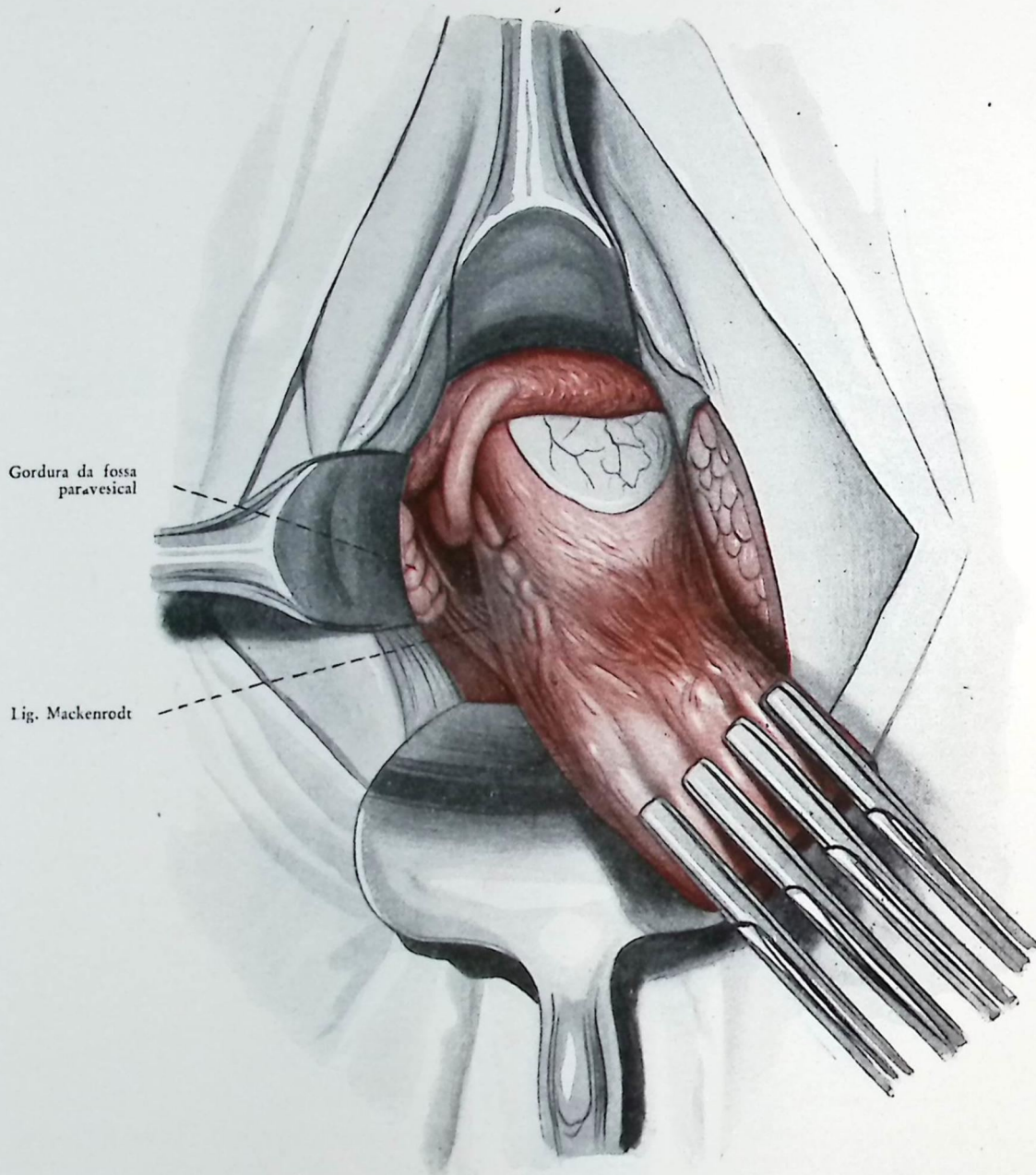


FIG. 179. Operação vaginal por carcinoma. A bexiga está afastada para a sínfise. O corno da bexiga é empurrado para dentro, para o ureter. Uma valva afasta o levantador direito e os órgãos genitais são puxados para baixo e para a esquerda. A parede lateral da porção anterior do canal ureteral foi incisada para trás, até o encontro do ligamento vésico-uterino com o ligamento de Mackenrodt. Em consequência disto a superfície externa do ureter está toda livre na extensão de seu trajeto pelo ligamento vésico-uterino. A artéria uterina, que, para dentro do ureter corre para baixo, foi ligada logo abaixo d'êle. O ureter ainda está prêso às paredes superior e mediana de seu canal — Devido à tração exercida sobre o útero para baixo e ao recalçamento da bexiga para cima, a porção anterior e intermediária do ureter e de seu canal assumem um trajeto angular. Na ilustração está bem patente essa angulação do ureter, porque a parede lateral do canal foi aberta, mas permanece ainda a conexão com a parede mediana. Ao dissecar os ureteres, devem empurrar-se sempre para o colo, com uma esponja de gaze qualquer porção incisado do ligamento vésico-uterino porque assim, se expõe, logo depois de incisada a parede lateral do canal, a superfície inferior da porção anterior e intermediária do ureter. — O ureter tem então que ser libertado da parede mediana de seu canal, na porção anterior. E' preciso o maior cuidado ao executar essa manobra, porque o cordão dos vasos uterinos fica muito junto. Depois de separada do lado mediano a porção anterior do ureter, pode êle ser afas-

vica, a ligadura tem que ser feita a uma profundidade considerável. Tais ligaduras não podem ser feitas do modo corrente. Na ligadura ordinária cada extremidade do fio é segura pelos três dedos e o polegar, bem perto do nó, fixando o laço no ponto desejado. Então colocam-se os dois indicadores bem junto do nó que se aperta empurrando com os indicadores em direções opostas. É impossível empregar êsse método para a ligadura profunda da uterina porque não se podem introduzir as duas mãos na cavidade. Tentando ligar a uterina pelo método habitual, verifica-se que os dois dedos indicadores não alcançam bastante alto e, ao apertar o nó, o laço geralmente escorrega pela artéria abaixo de modo que a ligadura não é feita no ponto desejado. Via de regra, acontece que o laço frouxo da ligadura escorrega para baixo e para dentro ao longo da artéria uterina, até que chega ao bordo do útero onde o nó é amarrado. Caso o operador não seja cuidadoso a artéria pode ser até rompida por êsse procedimento defeituoso. Para proceder corretamente, o nó deve ser dado do seguinte modo. Introduce-se na cavidade da ferida uma mão até o punho segurando uma das pontas do fio do modo descrito. Isso fornece um ponto de apoio dentro da pelve para que o indicador possa empurrar para cima afastando-se do nó, enquanto que a outra ponta do fio segura pela outra mão fora da vulva, é puxada para baixo, em direção oposta. Empregando essa técnica podem passar-se ligaduras seguras em pontos bem altos e exatamente onde se quizer, (Fig. 254).

Erros de técnica

a) *Resultados de uma circuncisão mal feita.* 1. Dissecando para cima entre a vagina e seu fascia, chega-se finalmente a um ponto em que parece que a bexiga é descolada do colo com uma dificuldade excepcional. O operador inexperiente pode dizer então aos assistentes e espectadores que “o carcinoma já comprometeu e fixou a bexiga”. Os circunstantes, que geralmente pouco sabem da técnica operatória, se impressionam com o operador, por operar casos tão adiantados e podem esperar que a operação seja um tanto, atípica, compreendendo talvez até uma ressecção de ureter. A verdadeira razão porque o operador não pode levar adiante a sua dissecção entre o colo e os fascias vaginal e cervical é que êsses fascias se prendem muito intimamente ao colo. Si houver cometido tal erro, o operador reconhecerá por essas inserções fortes e pela falta de bainha conjuntiva em volta do colo que está em um espaço errado. Deve cortar êsses tecidos em direção à bexiga onde atingirá o espaço certo. O operador inexperiente, não sabendo dêsse detalhe dissecará cada vez mais para cima e com dificuldade cada vez maior. Quando não encontra a prega peritoneal diz para os espectadores, “Tudo está anormal nêsse caso avançado”. Não reconhece a prega peritoneal, mesmo quando a atinge porque ela se mostra recoberta pelos fascias que foram separados do colo. O fascia cervical forma com o peritônio uma lâmina de tecido que em nada se parece com a prega peritoneal.

tado para o lado e para cima — O ureter ainda permanece fixo às paredes superior e mediana em sua porção intermediária. O cordão de vasos uterinos entra largamente na formação da parede superior do canal nêsse ponto. A separação se faz do modo seguinte: O feixe vascular é puxado energicamente para baixo por tração na ligadura que foi previamente passada. Desloca-se assim para dentro o teto da parte intermediária do canal ureteral. Liga-se em dois pontos o cordão vascular que se corta entre duas ligaduras para dentro e próximo da extremidade posterior da porção anterior do ureter já descoberta. Dêsse modo corta-se o teto da porção intermediária do canal ureteral. A porção intermediária do ureter pode ser separada de seu leito pela pressão delicada com uma esponja. Libertam-se assim do tecido que as fixa a parte anterior e intermediária do ureter. Este não conserva mais o trajeto anguloso que foi descrito acima. Está inteiramente mobilizado e todo o canal do ureter. Este não conserva mais o trajeto anguloso que foi descrito acima. Está inteiramente mobilizado e todo o canal do ureter é visível até sua porção posterior, onde, fixado em seu canal no folheto posterior do ligamento largo volta-se para cima, para a linha fliopectínea. O ureter pode ser libertado mesmo de sua fixação no ligamento largo por delicada dissecção com gaze. Seguindo essa técnica, o ureter pode ser mobilizado o quanto for preciso na direção antero-posterior.

2. Desejando agora o operador expôr os ângulos laterais do espaço vesicocervical para vêr mais claramente os septos vesicais, a dissecação se fará, ao longo do fascia cervical destacado para o plexo e artéria uterinos. As vêias do plexo que ficam no fascia serão lesadas. A artéria uterina pode, não raro, ser cortada junto ao bordo do útero. O vaso tem que ser ligado aí; isso impede uma excisão ampla do paramétrio (Fig. 132).

3. Os septos vesicais são particularmente espessos e sua inserção na bexiga não é bem percebida, porque se acham cobertos pelo fascia cervical que foi afastado de sua situação sôbre o colo. E' difícil saber onde fazer a incisão lateral dos septos vesicais para procurar o ureter. Preocupado com evitar a bexiga, não raro, o operador corta êsses septos muito perto do colo, em vez de fazê-lo junto à bexiga. Isso produz uma maior hemorragia e em geral acaba em uma procura infrutífera do ureter, que não apparece porque está coberto pela porção do septo que saí do ligamento de Mackenrodt (Fig. 132).

4. Pode-se facilmente ferir e até mesmo cortar o ureter, nesses casos si êle for procurado através o ligamento vesico-uterino que o cobre e não pela técnica anatômica precisa que descrevemos. Ha um método de achar o ureter que é muito mais certo e menos perigoso. Como o ureter é cruzado pela artéria uterina e fixo nesse ponto, numa rêde formada pelas vêias uterinas e vaginais (Fig. 146), basta acompanhar a artéria uterina para cima e para o lado, para achar o ureter no ponto em que a artéria o cruza (Fig. 176).

5. Uma dissecação descuidada da superfície mediana da parte intermediária do ureter pode resultar no ferimento do ramo principal da artéria uterina que fica muito junto do ureter nesse ponto (Fig. 178).

6. Não conseguindo o operador reconhecer a inserção dos ligamentos vésico-uterinos na bexiga por ter se feito a dissecação em espaço errado (entre o colo e seu fascia) acontece, não

raro, que se faz a secção dos ligamentos muito junto da bexiga, ferindo-a às vezes.

b) Êrros resultantes de uma má incisão do septo supravaginal.

1. Não conseguindo o operador reconhecer os limites da bexiga no septo supravaginal sua incisão transversal para destacar a bexiga do colo pode ser feita muito alto e então em vez de abrir o espaço vésico-cervical, pode abrir a própria bexiga. Estando familiarizado com as relações anatômicas, pode sempre o operador distinguir os limites entre a bexiga e o septo. A bexiga é vermelho-amarelada e parece ter um tom verde-amarelado, bilioso, por transparência; o aspecto do septo supravaginal é característico com sua côr avermelhada e sua estrutura raiada (Fig. 173).

2. Fazendo a incisão transversal muito junto do colo, o operador pode levar a dissecação entre o colo e seu fascia. Todas as consequências perturbadoras dessa dissecação incorreta, que descrevemos acima succeder-lhe-ão a não ser que êle verifique o próprio êrro ao continuar a operação.

3. Prolongando demasiadamente para os lados a incisão do septo supravaginal, entra-se nos ligamentos vésico-uterinos. Si o operador não perceber êsse êrro não poderá seguir as regras prescritas para isolar os ureteres do ligamento vésico-uterino. E' muito possível ferir o ureter em consequência dêsse êrro de técnica. A estrutura rija dos tecidos e o sangramento venoso mais pronunciado indica ao operador experiente que a incisão está se prolongando demasiado para os lados.

c) Êrros de técnica que não são resultantes de uma circuncisão mal feita nem de uma má incisão do septo supravaginal. 1. Tendo que cortar o ligamento vésico-uterino da bexiga ao nível do orifício ureteral, deve-se ter um cuidado extremo para não ferir na dissecação dêsse ponto a parede vesical muscular, o que é muito facil de acontecer. Ha fibras musculares lisas que do soallo e da parede posterior da bexiga, vão ter à superfície externa do ureter terminal e aos próprios ligamentos vésico-uterinos. Aí

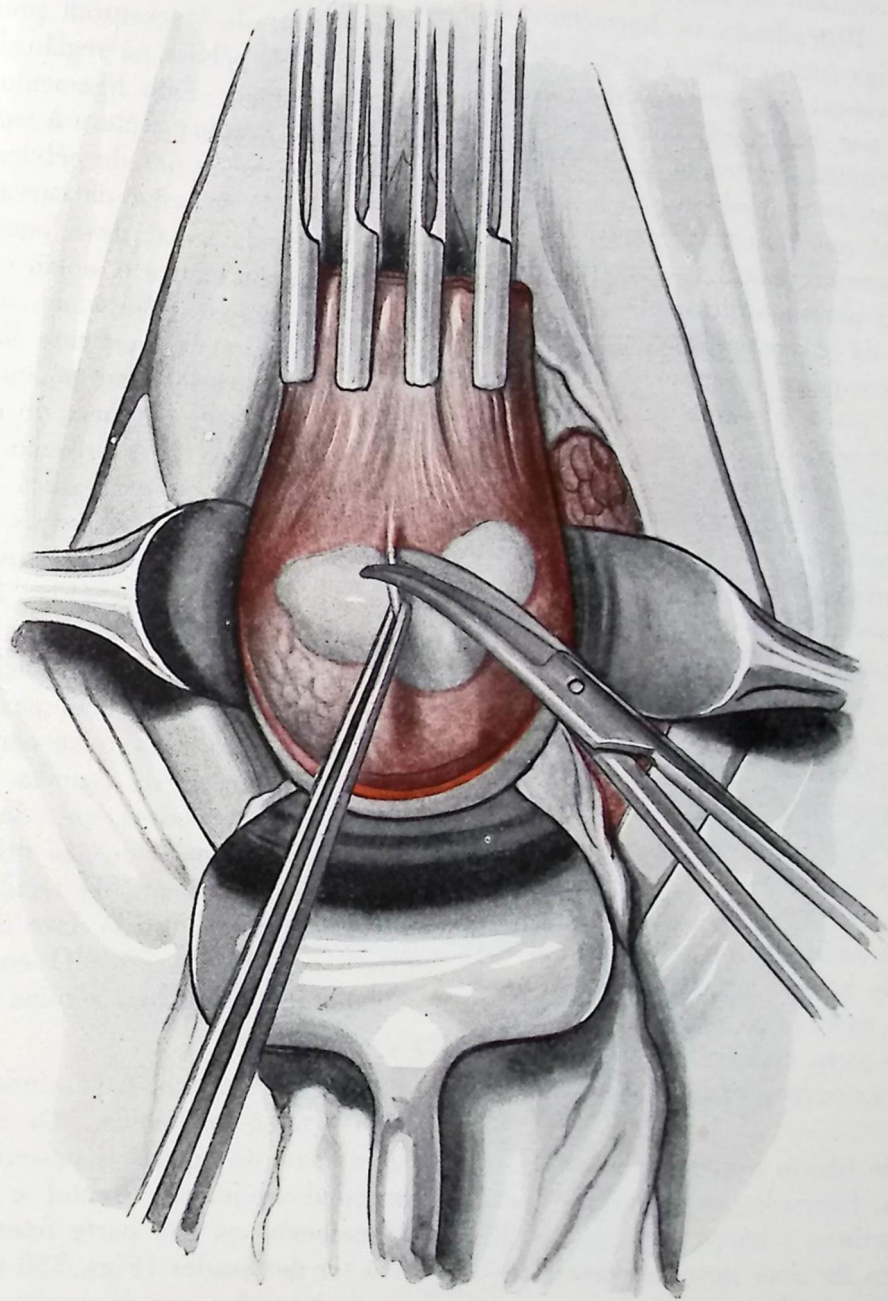


FIG. 180. Operação vaginal por carcinoma. A vagina incisada é mantida bem aberta por duas valvas laterais e uma posterior. Os órgãos genitais são abaixados para o orifício vaginal e então virados para a sínfise. A parte superior da ferida que tem a forma de uma pêra, é formada pela parede posterior da vagina que foi dissecada do reto para formar a parte posterior do manguito vaginal. A estrutura branco-azulada que se mostra como uma bexiga no meio da ferida é o peritônio da bolsa de Douglas. A parte semilunar branco-avermelhada da ferida que fica para o lado do sacro, é a parede anterior do reto recoberta de gordura. As raia avermelhadas que de cada lado do reto vão ter ao tecido conjuntivo do bordo da vagina são os septos retais. O peritônio da bolsa de Douglas, é pinçado e cortado transversalmente com tesoura entre a pinça e a parede posterior da vagina.

existe um entremeiado de tecidos da bexiga e do ligamento. Distendendo os ligamentos repuxando a bexiga com a valva a parede da bexiga pode se afastar da mucosa, como um divertículo, pois que, no trígono, a submucosa da bexiga é constituída de tecido muito frouxo. Cortando os ligamentos, pode-se ferir a ponta de músculo vesical que lhes fica prêsa. Pode-se então vêr a mucosa vesical descoberta através da abertura na parede vesical. Pode-se evitar lesar a parede da bexiga recordando as relações anatômicas nesse ponto e fazendo a secção dos ligamentos um pouco afastada da bexiga. Naturalmente, tem-se que ter o cuidado de evitar o êrro oposto — ferir o plexo, úterovaginal. Qualquer abertura na parede vesical deve ser cuidadosamente fechada suturando a musculatura sobre a mucosa. A mucosa desguarnecida por músculo invariavelmente ha de se necrosar nos primeiros dias apos a operação.

2. Outro êrro feito nesse tempo da operação é empurrar os ureteres para cima e para fora antes de ligar as artérias uterinas. Êsse êrro torna impossível ligar as uterinas bem para fora. Diminue, por conseguinte a extensão da ressecção do paramétrio.

IV. PROCURA E ABERTURA DA BOLSA DE DOUGLAS. EXPOSIÇÃO DOS SEPTOS RETAIS SAGITAIS RECOBERTOS PELO PERITÔNIO. SEPARAÇÃO DOS SEPTOS RETAIS DO RETO E DO TERÇO MÉDIO DE SEUS LIMITES SUPERIORES

Depois de liberto o útero de suas ligações com a bexiga, libertados os ureteres e ligadas as artérias uterinas, o tempo seguinte é a libertação do útero de suas ligações posteriores ao reto. Antes de abrir a prega de Douglas pode-se procurar desprender os septos retais intermediários e sagitais de suas inserções na parede pélvica. Essa dissecação é feita com o dedo do mesmo modo que se procedeu para os septos retais descendentes. Ao executar êsse tempo o dedo deve ser passado em volta do ângulo que o feixe fundamental conjuntivo horizontal forma com o ligamento de Mackenrodt (Figs. 127,

128 e 131). A êsse respeito convêm recordar que o feixe fundamental conjuntivo frontal, i. é., o ligamento de Mackenrodt prende-se firmemente à parede pélvica na região do grande buraco sacrociático. Êsse ligamento leva os vasos da bexiga, vagina e útero à sua junção com os grandes vasos da parede pélvica (Fig. 128). O dedo passado ao redor da curvatura do feixe conjuntivo fundamental deve passar acima do nível da espinha ciática e, então caminhar para trás, para dentro e para cima, acompanhando o trajeto do pequeno ligamento sacrociático até que a ponta do dedo toque no quarto segmento sacro. Nesse ponto, a ponta do dedo pode dirigir-se para cima e, exercendo pressão para diante e para dentro conseguirá destacar o tecido conjuntivo dos septos retais, da superfície anterior do sacro e da metade posterior do músculo piramidal da bacia (Fig. 129). Introduzindo o dedo para trás, muito para cima da espinha, êle encontrará a resistência do ligamento de Mackenrodt. E' fácil passar o dedo ao redor da curvatura do feixe conjuntivo fundamental, logo acima da espinha ciática, devido às relações anatômicas que descrevêmos. E' preciso ter o cuidado de não dilacerar nenhum cordão mais resistente de tecido ao passar o dedo para trás. O dedo deve contorná-lo para dirigir-se para o sacro. O cordão de tecido palpado é, sem dúvida, alguma vêia genital da parede pélvica.

À êsse respeito, deve ainda ser salientado outro detalhe anatômico. Os septos retais sagitais ficam na superfície posterior do feixe fundamental conjuntivo frontal e se inserem tão intimamente em sua parte interna que não podem ser destacados (Figs. 130 e 132). Podem ser desinseridos por dissecação romba, da parede pélvica lateral, da superfície anterior das asas do sacro, da porção posterior do piramidal da bacia e da extremidade lateral do ligamento de Mackenrodt. Ao tentar destacá-lo mais para a parte mediana do último ligamento, êste pode ser arrancado da parede pélvica e o resultado é uma hemorragia fatal.

Uma vez efetuada a desinserção dos septos

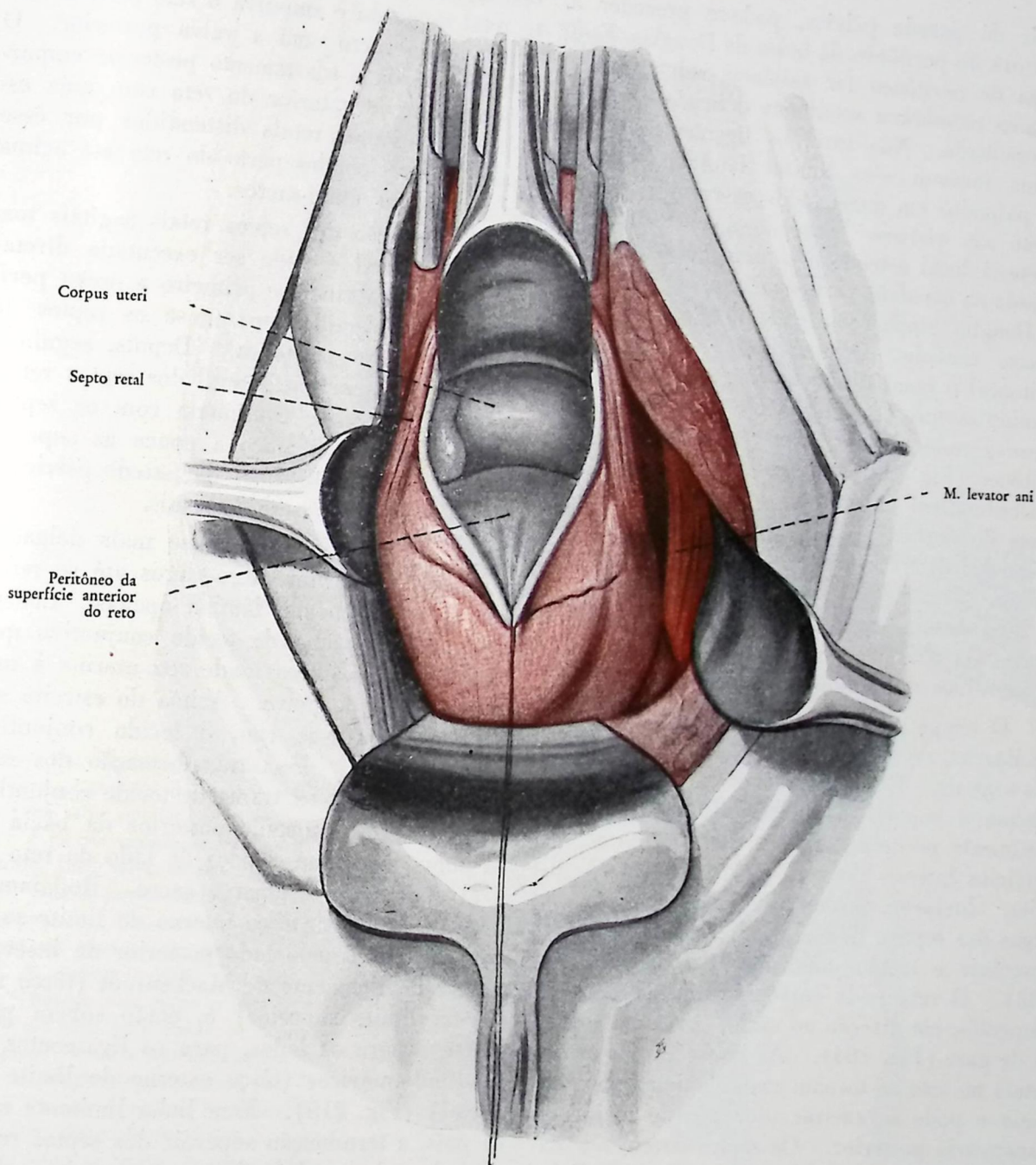


FIG. 181. Operação vaginal por carcinoma. O útero bem puxado para baixo através a abertura é, em seguida, levantado para a sínfise. Passa-se uma valva anterior pela abertura peritoneal, na bolsa de Douglas e a vagina é bem aberta por duas valvas laterais e uma posterior. O lábio posterior da incisão peritoneal é apanhado por um fio para distendê-lo. Dentro da cavidade peritoneal podem vê-se a superfície posterior do útero e o polo uterino do ovário direito. As porções intermediárias dos septos retais se estendem para cima por fora do peritônio. Do lado esquerdo, entre o ligamento útero-sacro e o levantador vê-se o espaço constituído pela parte caudal dos espaços parretal e paravesical reunidos pela secção do feixe fundamental conjuntivo horizontal.

retais da parede pélvica, pode-se proceder à abertura do peritônio da bolsa de Douglas. Essa prega de peritônio faz saliência sob a forma de uma membrana semilunar delicada e cinza-avermelhada. Não raro, os ligamentos útero-sacros formam seus limites laterais. Podem ser palpados em quasi todos os casos e, geralmente são visíveis. Fazendo a operação sob anestesia local e tendo o líquido anestésico penetrado na cavidade peritoneal a prega posterior de Douglas ainda se salienta mais e toma um aspecto azulado. O operador pinça a prega peritoneal a igual distância do reto e do útero. Mantido sempre êste último junto à sínfise pratica-se à tesoura, uma abertura transversal no peritônio (Fig. 180). Logo se tornam visíveis a inconfundível superfície interna, branca e brilhante do peritônio e os próprios intestinos. O lábio retal da incisão peritoneal é reparado por um fio (Fig. 181). Mete-se uma compressa de laparotomia vaginal para dentro da pelve através da abertura do peritônio, para afastar os intestinos do campo operatório (Fig. 182).

O tempo seguinte é a incisão da superfície interna, revestida de peritônio dos septos retais sagitais. Êsses septos vão da cavidade reto-uterina à superfície anterior do reto. O revestimento peritoneal fixa-os, firmemente às superfícies laterais do reto, principalmente à direita. Incisa-se, portanto o peritônio sobre as rugas dos septos, de cada lado, o bastante para descobrir o tecido que vai ser retirado (Fig. 183). O reto pode então ser afastado dos ligamentos, em direção ao sacro, com uma esponja de gaze (Fig. 184). As inserções dos septos retais no reto se tornam mais distintas por êsse meio e pode se excisar uma porção maior de paramétrio posterior. Os septos devem ser distendidos durante a incisão de suas superfícies internas e ao serem seccionados. O primeiro assistente introduz a valva anterior na bolsa de Douglas e recalca o útero para a sínfise. Com a mão direita, segura a valva lateral direita entre o levantador e o septo retal direito empurrando os tecidos moles para o lado. O segundo assistente afasta o outro lado em direção

oposta, com outra valva lateral, expondo o septo retal esquerdo e empurra o reto para a concavidade do sacro com a valva posterior. O operador ajuda o afastamento posterior empurrando a parede anterior do reto com uma esponja. Os septos retais distendidos por êsse modo são seccionados perto do reto até acima dos ligamentos útero-sacros.

A dissecação dos septos retais sagitais torna-se mais fácil e pode ser executada diretamente à vista abrindo-se primeiro a prega peritoneal. Em seguida separam-se os septos de seu revestimento peritoneal. Depois, seguindo ao longo da superfície lateral dos septos retais descendentes que se continuam com os septos sagitais libertam-se pouco a pouco as superfícies laterais dêsses últimos da parede pélvica e seccionam-se suas inserções retais.

Os septos retais tornam-se mais delgados acima dos ligamentos útero-sacros até se reduzirem a uma delicada lâmina apenas. Constituem então a trama de tecido conjuntivo que une o peritônio da cavidade reto-uterina à metade posterior da pelve. Acima do estreito superior continuam-se com o tecido conjuntivo retroperitoneal. Essa transformação dos septos retais sagitais na trama de tecido conjuntivo subperitoneal da metade posterior da bacia se faz numa linha que começa do lado do reto ao nível do terceiro segmento sacro. Rodeiam a bolsa de Douglas (têrço interno do limite superior) e passam pelo lado posterior da inserção pélvica do ligamento de Mackenrodt (têrço médio do limite superior) e, então sobem para diante e para os lados, para os ligamentos infundíbulo-pélvicos (têrço externo do limite superior) (Fig. 215). Essa linha limitante marca pois, a terminação superior dos septos retais sagitais. A transição dos septos retais sagitais cobertos do seu lado mediano pelo peritônio na trama conjuntiva da parte alta do peritônio pélvico posterior é gradual e não nitidamente delimitada. Depois de libertados do reto, os septos tem que ser separados do peritônio da pelve posterior seguindo essa linha limitante. Não se pode levar a incisão a todo o limite su-

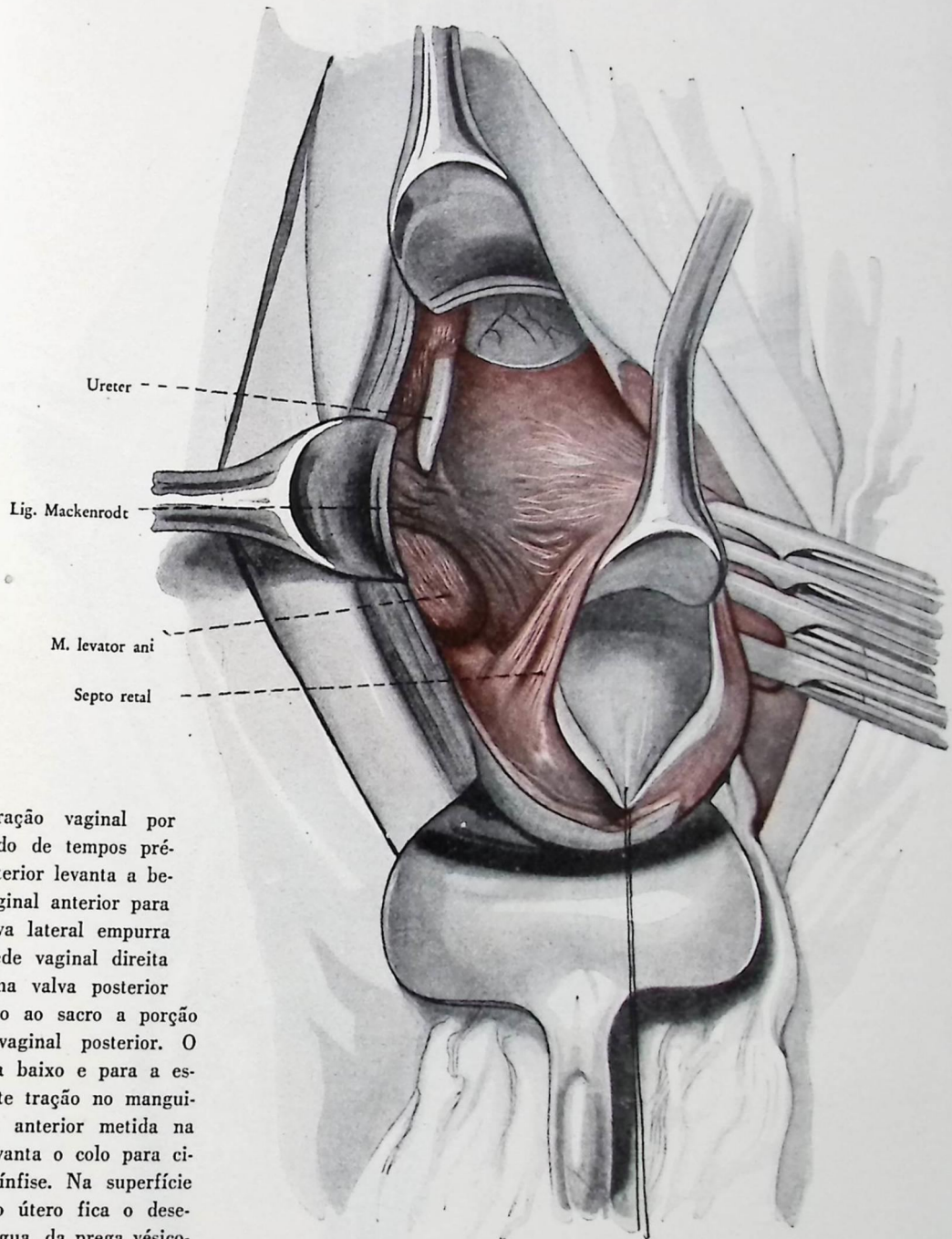


FIG. 182. Operação vaginal por carcinoma. Resultado de tempos prévios. Uma valva anterior levanta a bexiga e a parede vaginal anterior para a sínfise. Uma valva lateral empurra para o lado a parede vaginal direita e o levantador. Uma valva posterior empurra de encontro ao sacro a porção distal da parede vaginal posterior. O útero é puxado para baixo e para a esquerda por uma forte tração no manguito vaginal. A valva anterior metida na bolsa de Douglas levanta o colo para cima em direção à sínfise. Na superfície anterior do corpo do útero fica o desenho, em forma de língua, da prega véscio-uterina. Pode-se vêr uma parte do soalho da bexiga fazendo saliência à direita da valva vaginal anterior. O ureter direito estende-se do corno da bexiga para trás, para o bordo do ligamento de Mackenrodt direito. Abaixo dessa faixa de tecido passa o feixe fundamental conjuntivo horizontal, separado do levantador e paralelo à vagina na qual se insere. Entre o útero e a parede pélvica (levantador) ficam os espaços reunidos (paravesical e parte caudal do pararretal). No fundo dêsse espaço o ligamento de Mackenrodt passa para cima e para trás, do colo, por cima do levantador ao grande buraco sacrociático. O lábio retal da incisão do peritônio (bolsa de Douglas) aparece repuxado por um fio de reparo. A porção intermediária, recoberta de peritônio, dos septos retais é distendida e mostrada pela valva passada no fundo-de-saco.

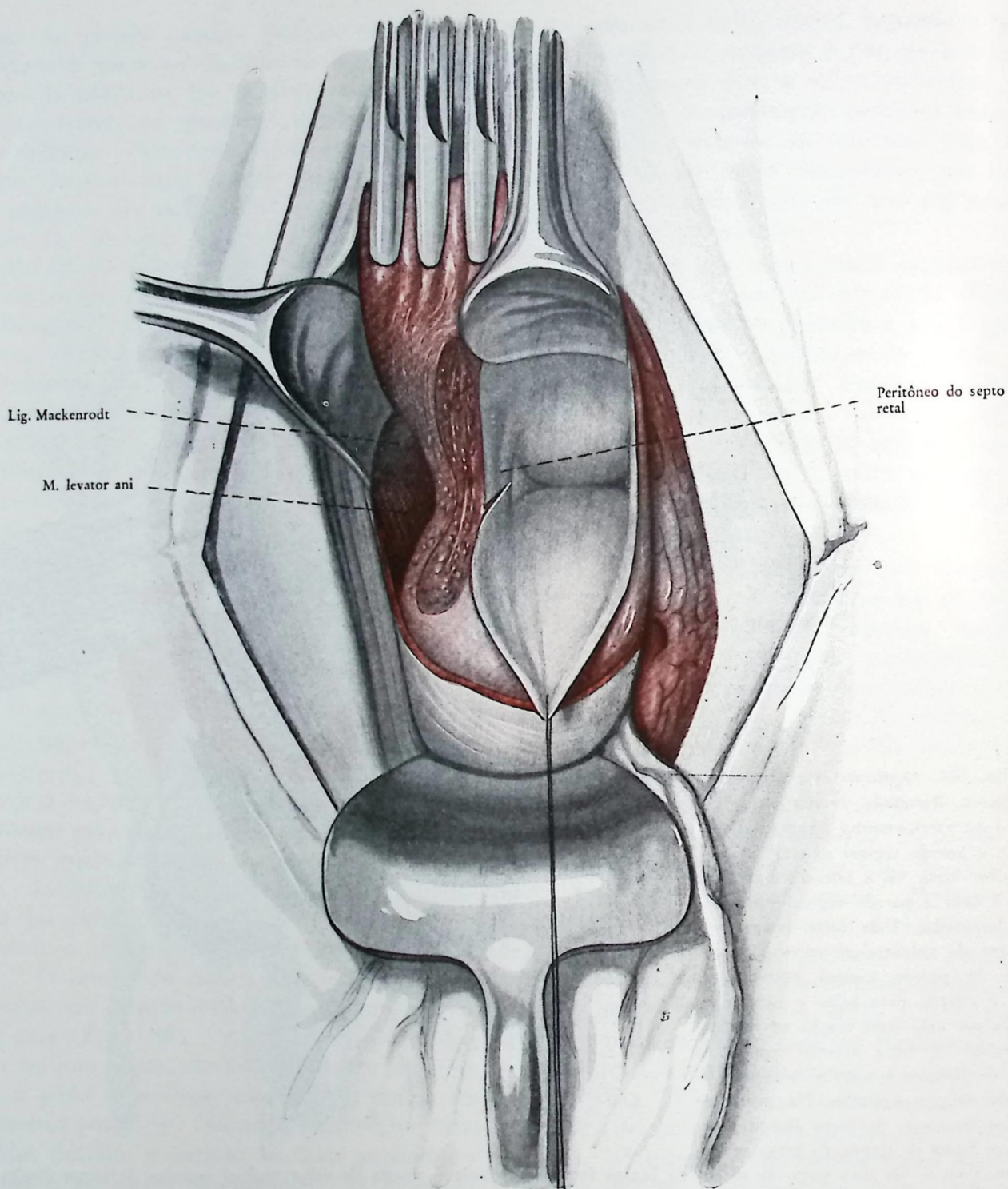


FIG. 183. Operação vaginal por carcinoma. Os órgãos genitais são abaixados através do orifício vaginal e depois levantados para a sínfise, com as pinças que fecham o manguito. A valva lateral afasta o levantador direito e a parede vaginal. Uma outra valva na bolsa de Douglas mantém o útero empurrado para a sínfise e assim distende o septo retal revestido de peritônio. O septo retal direito está parcialmente cortado do reto mas não incluindo o peritônio que o recobre. A parede vaginal posterior é empurrada para o sacro pela valva posterior. O bordo retal da incisão do peritônio da bolsa de Douglas está prêso por um fio que o repuxa. No fundo, entre o útero e o levantador do anus pode-se vêr o ligamento de Mackenrodt. Levantando o útero para a sínfise êle é afastado do levantador e sua posição torna-se quasi horizontal.

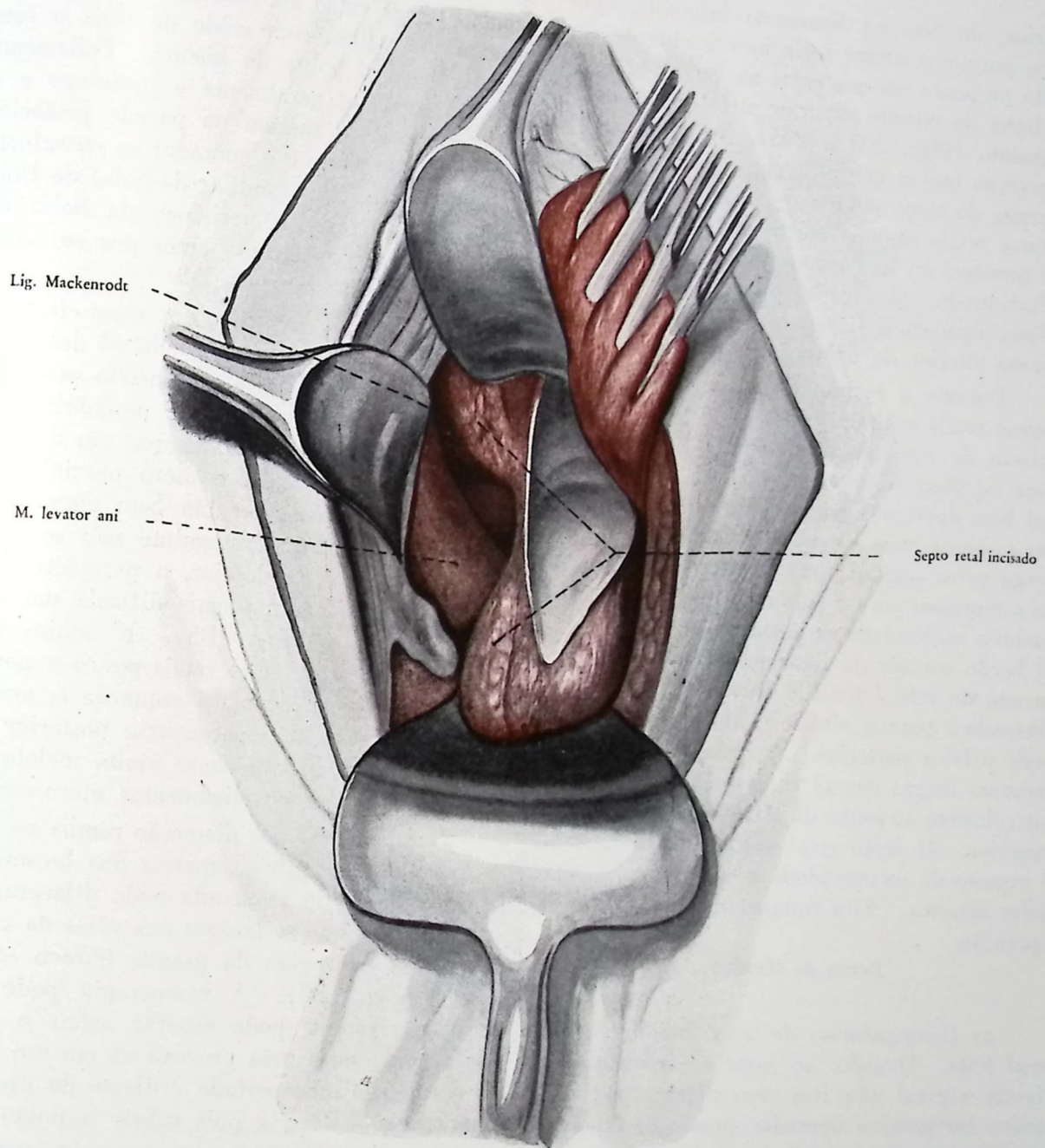


FIG. 184. Operação vaginal por carcinoma. Os órgãos genitais são puxados para a esquerda e para a sínfise. O ligamento útero-sacro direito é exposto com três valvas e incisado mais para trás separando-o inteiramente do reto. Aparece lateralmente a porção caudal do espaço pararretal em comunicação com o espaço paravesical. No fundo desse espaço o ligamento de Mackenrodt passa transversalmente para a parede pélvica lateral.

perior, do reto ao ligamento infundíbulo-pélvico porque o ureter seria inevitavelmente cortado no ponto em que entra na bacia por sobre a linha do estreito superior atrás do último ligamento (Figs. 203 e 205). Nessa altura da operação tem-se que contentar-se com a incisão apenas do terço interno do limite superior dos septos retais sagitais até o ponto em que êles se prendem ao limite posterior do ligamento de Mackenrodt. O terço lateral do limite superior dêsses ligamentos fica para ser cortado em um tempo ulterior da operação.

Durante a incisão do limite superior dos septos retais sagitais tem-se que evitar a intromissão do intestino na ferida, isolando-o com uma ou duas compressas de laparotomia vaginal bem apertadas na bacia verdadeira. Facilita-se ainda mais a exposição introduzindo uma longa valva vaginal atrás do útero para manter as compressas para o lado da sínfise e aumentar assim a visibilidade na parte posterior da pelve. O bordo cortado do ligamento útero-sacro, destacado do reto é tomado com uma pinça forte puxando-o para a sínfise e afastando-o da parede pélvica posterior. A incisão é feita com tesouras longas curvas cujas pontas se dirigem lateralmente ao longo do terço interno do limite superior. O septo retal sagital do outro lado é exposto do mesmo modo e seccionado de maneira idêntica. Fica completado êsse tempo da operação.

Erros de técnica

a) Consequências de uma incisão vaginal mal feita. Quando, ao fazer a circuncisão, o fascia vaginal não fica convenientemente incido, em geral o operador prossegue sua dissecação para cima entre a parede posterior da vagina e seu fascia. A continuação do fascia vaginal, o fascia cervical é muito frouxamente prêso à parede cervical posterior. Pode ser facilmente separado do colo com o peritônio da bolsa de Douglas, ao continuar para cima a dissecação (Fig. 139). O perimétrio não é prêso firmemente ao útero a não ser do nível do orifício interno para cima. A separação prosse-

gue com facilidade no espaço errado até êsse ponto. Chega então um momento em que o cirurgião fica aflito, com mêdo de ferir o reto com o primeiro golpe do bisturí. Felizmente para o cirurgião, geralmente o peritônio e o fascia cervical se rasgam da parede posterior do útero nesse ponto e o operador se reconforta ao ver a região, mais familiar da bolsa de Douglas. Via de regra o peritônio da bolsa de Douglas não é reconhecido antes por se achar recoberto pelo fascia vaginal.

b) Erros não atribuíveis a uma circuncisão mal feita. 1. Não é aconselhável descobrir toda a metade direita do paramétrio posterior e cortar êsses tecidos antes de descobrir também o lado esquerdo. Desde que um dos paramétrios esteja cortado, o útero parcialmente mobilizado não pode ser tão bem empurrado para a sínfise. Por conseguinte não se pode distender como é de desejar, o paramétrio do outro lado, o que torna mais difíceis sua dissecação e incisão. (Fig. 185). E' muito melhor cortar os dois septos retais pouco a pouco primeiro a direita, depois a esquerda e, assim, isolar gradualmente o paramétrio posterior do reto. Dêsse modo expõem-se muito melhor os espaços adjacentes aos ligamentos útero-sacros.

2. Ao separar por dissecação romba os septos retais da superfície superior dos levantadores uma dissecação estouvada pode dilacerar as grandes vênias que se lançam nas vênias da parede pélvica na região do grande buraco sacrociático (Fig. 128). A hemorragia pode ser profusa. Não se pode esperar achar o vaso que sangra; seria uma procura vã em um campo operatório tão apertado e diante da profusa hemorragia. Deve-se pois cobrir o ponto que sangra com uma grande compressa de laparotomia que deve ser comprimida com fôrça de encontro ao vaso que sangra na parede pélvica, com uma valva lateral, durante os tempos ulteriores da operação. A grande compressa dificulta um pouco a exposição nos tempos subsequentes da operação. Por essa razão, a excisão paramétrial é geralmente menos radical do que quando a operação transcorre normal-

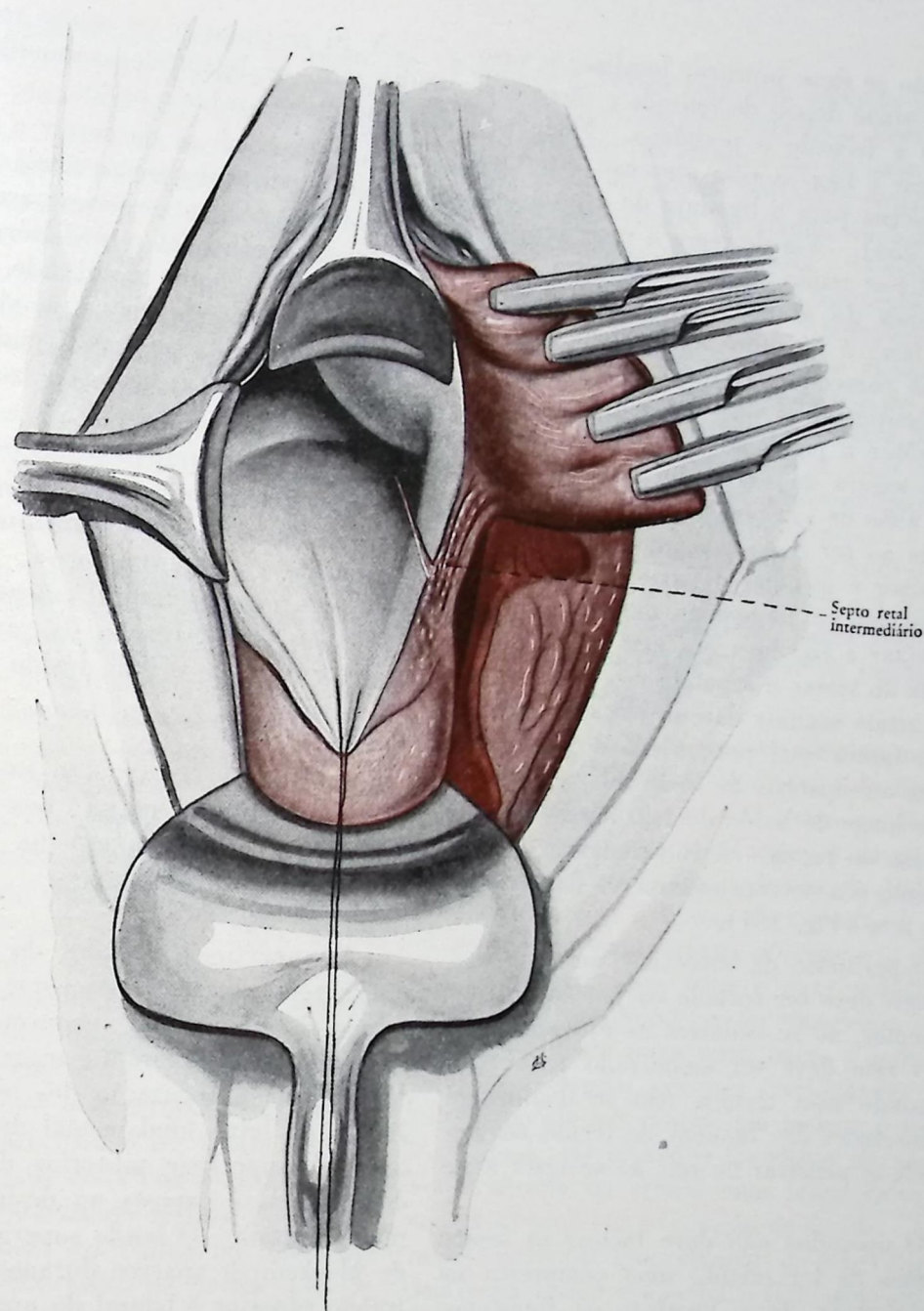


FIG. 185. Operação vaginal por carcinoma. Os órgãos genitais são puxados para a esquerda com as pinças que fecham o manguito vaginal. Três valvas, uma posterior, uma lateral e outra na bolsa de Douglas expõem o septo retal recoberto por peritônio. Este é incisado em uma linha que corresponde ao bordo esquerdo da parede retal. A parte incisada do levantador esquerdo fica para fora do ligamento útero-sacro esquerdo e dele separada pelos espaços paravesical e pararretal (parte caudal) reunidos. Os bordos da incisão do levantador se afastam de modo típico.

mente. Não se deve procurar localizar o vaso que sangra sinão depois de retirado o útero carcinomatoso e fechado o peritônio. Então pode-se pinçar e ligar o vaso seguindo a técnica que foi descrita para a ligadura da artéria uterina (Fig. 254). Via de regra o vaso que sangra encontra-se muito profundamente na pélve na visinhança do grande buraco sacrociático. Tentando fazer a ligadura pelo método ordinário, não se consegue introduzir os dois dedos até a profundidade do vaso e o nó, em geral é apertado sôbre a ponta do hemostato. Caso a pinça seja segura de modo que o nó pode ser amarrado além de sua ponta, a ligadura em geral se solta ao ser dado o segundo nó. Nêsse caso o melhor é escolher o menor dos males e contentar-se com um nó apenas, em vez de arriscar-se a soltar a ligadura e a ver renovar-se a hemorragia ao tentar o segundo nó. Ao cortar os septos retais sagitais deve-se evitar cuidadosamente o fascia retal porque o seu ferimento costuma se acompanhar de lesão dos vasos que correm ao longo do bordo do reto imediatamente por baixo do fascia. A consequência de um tal ferimento é a necrose extensa da parede anterior do reto (Fig. 151).

3. O peritônio da superfície mediana dos septos retais deve ser cortado na junção do reto com os septos, ao se isolarem as últimas estruturas. O reto deve ser empurrado para trás. Não seguindo essa técnica não se distinguem bem as inserções das lâminas de tecido conjuntivo e pode-se penetrar no reto ao se fazer a separação.

4. O operador não deve incisar os septos retais antes de ter metido uma compressa na bacia verdadeira para recalcar os intestinos. Pode-se, caso não seja tomada essa precaução, cortar inadvertidamente uma alça móvel de intestino ou a sigmóide. O operador pode não perceber êsse ferimento porque, devido à profundidade do campo operatório, nem sempre a iluminação é suficiente, ou porque a alça ferida pode retrair-se e sair do campo visual do operador por seus próprios movimentos peristálticos.

5. Si se cortarem os septos retais sagitais muito para os ligamentos infundíbulo-pélvicos ha o perigo de cortar o ureter.

6. Esquecendo-se de cortar o têrço médio do limite superior dos septos retais superando-os do peritônio pélvico posterior, acontecerá que essa ligação peritoneal será dilacerada a fôrça ao se retirar o útero mobilizado. A ruptura poderá ser muito irregular e, às vezes formam-se bordos da ferida peritoneal muito altos, que trazem bastante dificuldade ao fechar a ferida peritoneal.

7. E' inútil cortar os septos retais além dos seus limites superiores. O tecido assim retirado só constará de peritônio muito delgado com uma leve ganga conjuntiva. Isso não torna a operação mais radical em nada. Ao contrário torna o fechamento da cavidade peritoneal extremamente difícil devido à retirada de tanto peritônio.

V. SEPARAÇÃO DO LIGAMENTO DE MACKENRODT DA PAREDE PÉLVICA. INCISÃO DOS SEPTOS RETAIS SAGITAIS NO TÊRÇO MÉDIO DE SEUS LIMITES SUPERIORES.

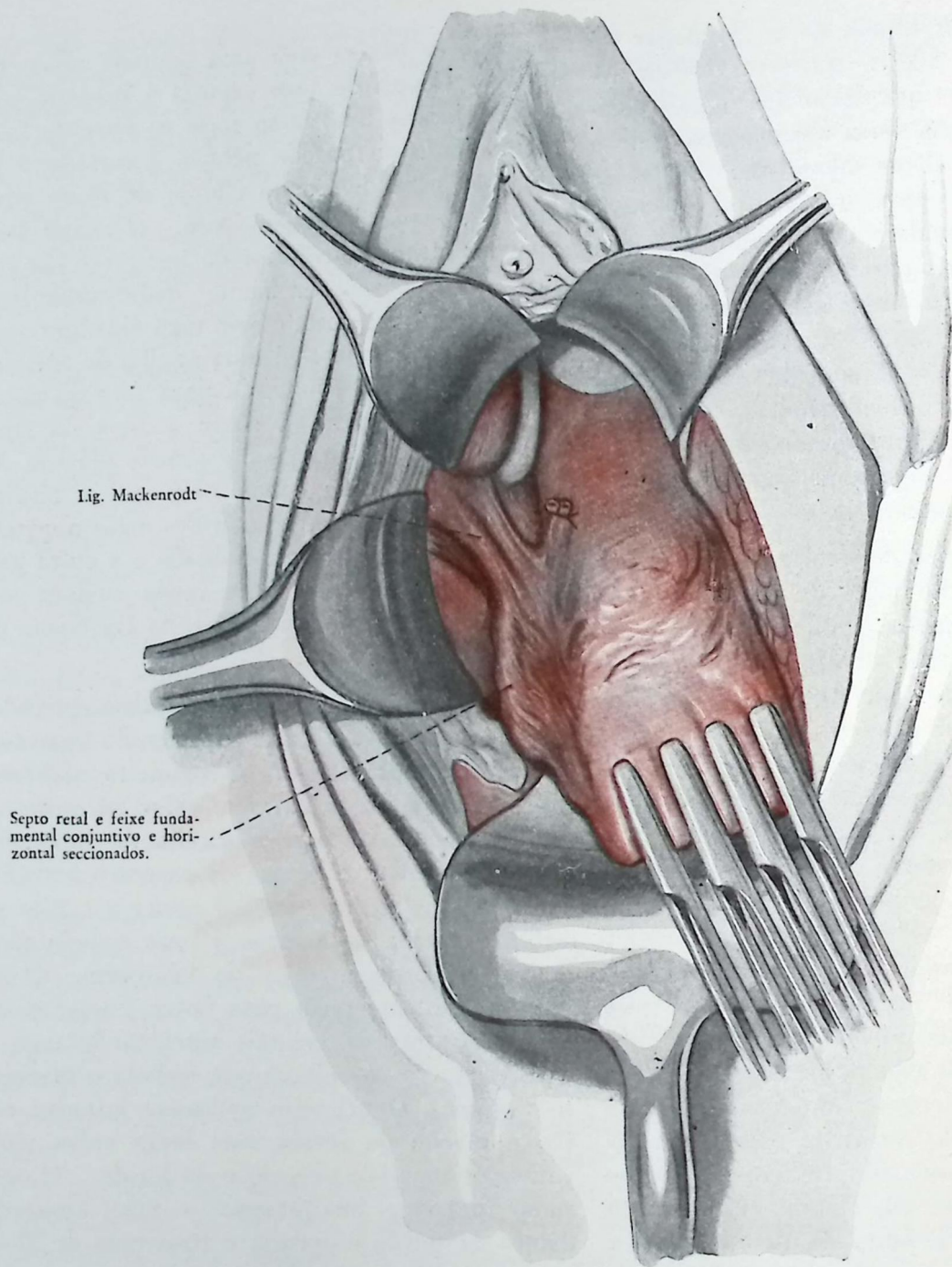
A superfície anterior do ligamento de Mackenrodt fica livre assim que a bexiga é separada do útero e do ligamento. A base do ligamento de Mackenrodt é separada do levantador durante a separação dos septos retais, no ângulo do feixe fundamental de tecido conjuntivo. A superfície posterior de sua extremidade lateral é exposta ao desinserir os septos retais sagitais. O bordo superior do ligamento de Mackenrodt aparece durante a dissecação do trajeto superior e lateral do ureter e ao empurrar para baixo o côto interno da artéria uterina depois de ligada e cortada. Vê-se, então o ligamento indo do colo à parede pélvica como um cordão cuja secção tem a forma de uma cunha. Tem uma ampla base que repousa sobre o levantador e um bordo superior estreito (Figs. 144 e 149). Êsse ligamento é da maior importância na operação por carcinoma porque encerra quasi todos os vasos linfáticos que são

comprometidos pelo tumor ao se propagar do colo. (Figs. 157 e 159). Encerra também todas as grossas vênias que saem dos órgãos genitais e da bexiga. As vênias uterinas tem todo o seu trajeto dentro desse ligamento. As vênias vaginais dirigem-se para trás na porção mais lateral do feixe fundamental conjuntivo horizontal. Penetram na parte anterior da base do ligamento de Mackenrodt para ganhar as vênias da parede pélvica. (Figs. 155 e 156). As vênias vesicais passam, pelos ligamentos vesico-uterinos, ao ligamento de Mackenrodt e, ou se lançam na vêia vaginal superior ou chegam até à camada anterior do ligamento para atingir as vênias da parede pélvica.

Querendo o operador cortar o ligamento de Mackenrodt direito junto da parede pélvica convem, aplicar primeiro; um clamp para apanhar pelo menos a base do ligamento, onde se encontram as grossas vênias vésicogenitais. Cortando o ligamento sem primeiro pinçá-lo, as grossas vênias genitais são seccionadas perto de sua entrada nas vênias da parede pélvica e pode-se produzir uma grande hemorragia; as vênias não podem colabar por causa de suas fixações aos fascias; suas válvulas, por outro lado, muitas vezes não existem. O pinçamento preventivo só é dispensável, quando os ligamentos são cortados longe de sua inserção pélvica. Nêsse caso, as vênias genitais do côto pélvico do ligamento de Mackenrodt não permanecem abertas. O completo desaparecimento da tensão permite ao ligamento relaxado retrair-se e isso, em geral, impede um pronunciado refluxo de sangue venoso. Para colocar um clamp no ligamento de Mackenrodt direito perto da parede pélvica deve-se expôr bem a sua inserção parietal por meio de afastadores (Fig. 186). O primeiro assistente segura a bexiga para a sínfise com uma valva metida por baixo dela. Expõe-se, ao mesmo tempo, com uma valva lateral direita, a linha de inserção anterior. O segundo assistente mantém o reto para o lado do sacro com uma valva posterior segura com a mão esquerda; com a direita pode, ou ajudar o operador com uma esponja e uma pinça ou pode ajudar

a afastar a bexiga com uma segunda valva anterior. Depois de bem exposta a inserção pélvica, coloca-se um clamp forte na base do ligamento junto da parede pélvica e corta-se o ligamento para dentro do clamp, de baixo para cima até a ponta do hemostato. O clamp deve apanhar a metade inferior do ligamento em sua inserção na parede da bacia. Substitue-se imediatamente o hemostato por uma ligadura passada em volta dêle com uma agulha de aneurisma. A ligadura é passada para fora da ponta do clamp e amarrada sôbre a base do ligamento entre o hemostato e a parede pélvica. Ao amarrar a ligadura é bom empregar a técnica pela qual só se introduz uma das mãos o quanto fôr necessário dentro da cavidade e a outra permanece fora da valva. De modo análoga isola-se da parede pélvica a base do ligamento de Mackenrodt esquerdo.

O procedimento seguinte consiste em isolar da parede pélvica a parte superior do ligamento de Mackenrodt direito. O primeiro assistente introduz uma larga valva anterior na parte superior da ferida, para a direita da linha mediana. Mantem a bexiga de encontro à sínfise e, ao mesmo tempo afasta o ureter e o côto da artéria uterina para cima e para o lado para longe do bordo superior do ligamento. O segundo assistente puxa para baixo e para a esquerda os órgãos genitais tracionando com a mão esquerda nas pinças que fecham o manguito vaginal. O primeiro assistente introduz então à direita da ferida uma larga valva para conseguir uma bôa exposição da ferida. O operador introduz inteiramente a mão esquerda dentro da ferida e apanha o ligamento de Mackenrodt. Os quatro dedos passam por dentro da bolsa de Douglas ao longo da superfície posterior do ligamento. Aplicam-se contra o septo retal sagital, entre o útero e a parede pélvica lateral. O polegar fica sôbre a superfície anterior do ligamento e do útero (Fig. 187). Apanhando assim as estruturas, é possível trazer o útero bem para baixo e para a esquerda pondo em tensão pronunciada o ligamento de Mackenrodt. O operador mete uma folha da te-



Lig. Mackenrodt

Septo retal e feixe fundamental conjuntivo e horizontal seccionados.

FIG. 186. Operação vaginal por carcinoma. A ilustração mostra os resultados das manobras anteriormente executadas. O campo operatório está exposto por quatro valvas. A valva posterior empurra a parede vaginal posterior e o reto para o sacro. Uma valva lateral afasta a parede vaginal direita e o levantador abrindo os espaços paravesical e pararretal (porção caudal) reunidos. Os órgãos genitais são puxados para baixo e para a esquerda. Duas valvas vaginais anteriores colocadas debaixo da sínfise, a direita e a esquerda da linha mediana afastam a parede vaginal anterior e a bexiga, do útero e do ligamento de Mackenrodt. Com isso aparece à vista, sobre o útero a prega peritoneal vesico-uterina. No fundo dos espaços reunidos, à direita, pode-se ver o ligamento de Mackenrodt que, do bordo do colo se dirige para trás e para cima, passando sobre o levantador para alcançar o grande buraco sacrociático. Ao nível do bordo superior do ligamento de Mackenrodt, do lado do colo, vê-se o côto mediano do feixe vascular uterino. Logo acima aparece o ureter afastando-se do soalho da bexiga e dirigindo-se para trás. À direita do colo e da vagina vê-se o tecido conjuntivo pelviano cortado: feixe fundamental horizontal de tecido conjuntivo e ligamento útero-sacro direito.

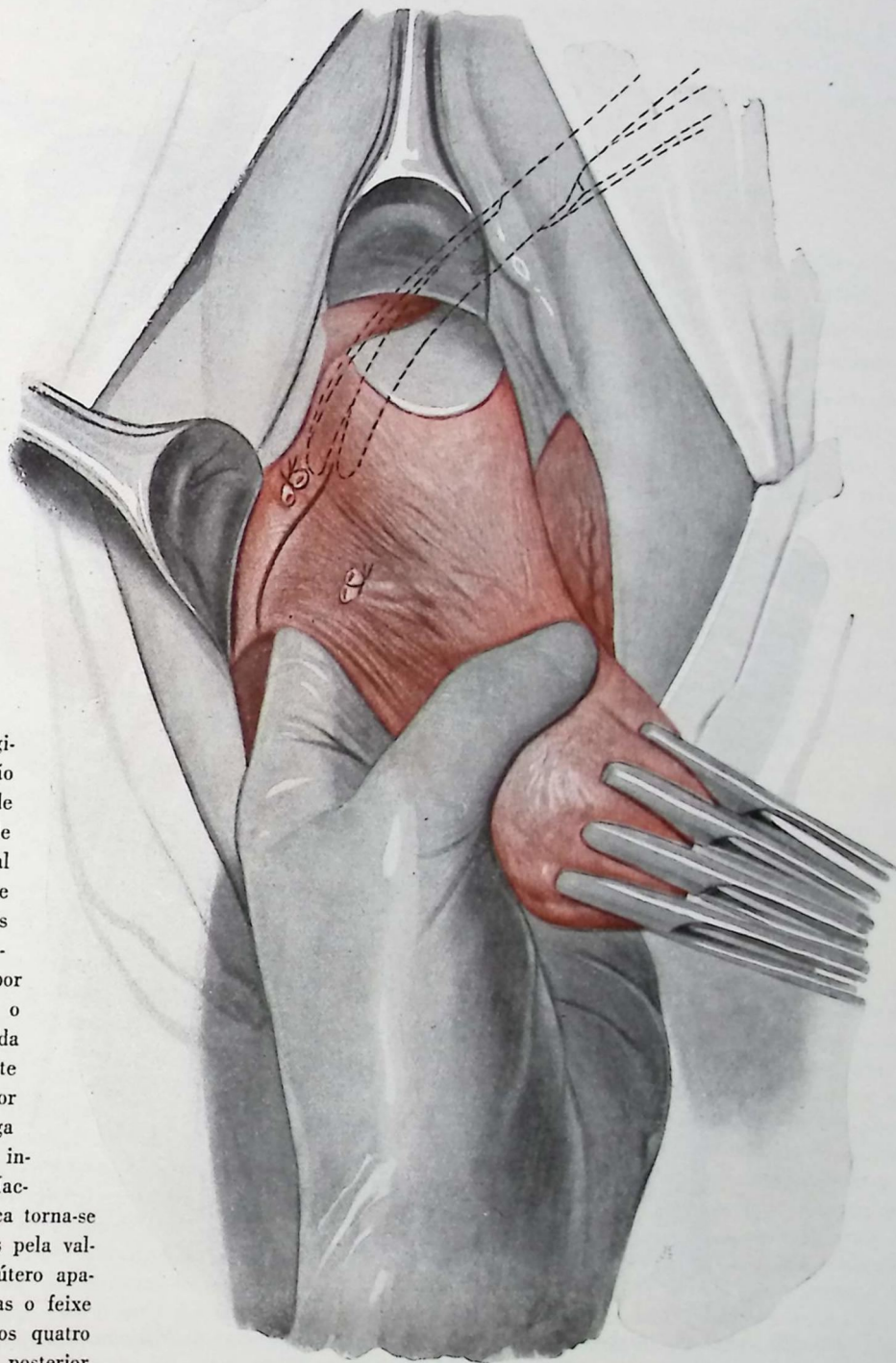


FIG. 187. Operação vaginal por carcinoma. Separação por secção do ligamento de Mackenrodt direito da parede pélvica e do septo retal sagital no têrço médio de seu limite superior. Os órgãos genitais são puxados energicamente para baixo e para a esquerda por meio das pinças que fecham o manguito vaginal. O soalho da bexiga é afastado para diante por meio de uma valva anterior de modo que se avista a prega peritoneal vésico-uterina. A inserção do ligamento de Mackenrodt direito na parede pélvica torna-se visível pela retração dos tecidos pela valva lateral. Do lado direito do útero aparece cortado entre duas ligaduras o feixe vascular. O operador introduz os quatro dedos da mão esquerda na parte posterior do ligamento de Mackenrodt, i. é., de encontro ao septo retal que aí fica. Afasta-se o útero da parede pélvica lateral e põe-se em tensão o ligamento de Mackenrodt. Esse último é cortado de cima para baixo. A incisão começa entre os dois côtos ligados dos vasos uterinos cortados. Esse ponto corresponde ao bordo superior do ligamento de Mackenrodt. Mete-se uma das folhas de uma tesoura romba através do septo retal sagital e separa-se o ligamento de Mackenrodt da parede pélvica com um só golpe. Essa secção corta ao mesmo tempo, septo retal sagital do peritôneo da metade posterior da pelve, no têrço médio de seu limite superior. A linha da incisão esta assinalada na figura.

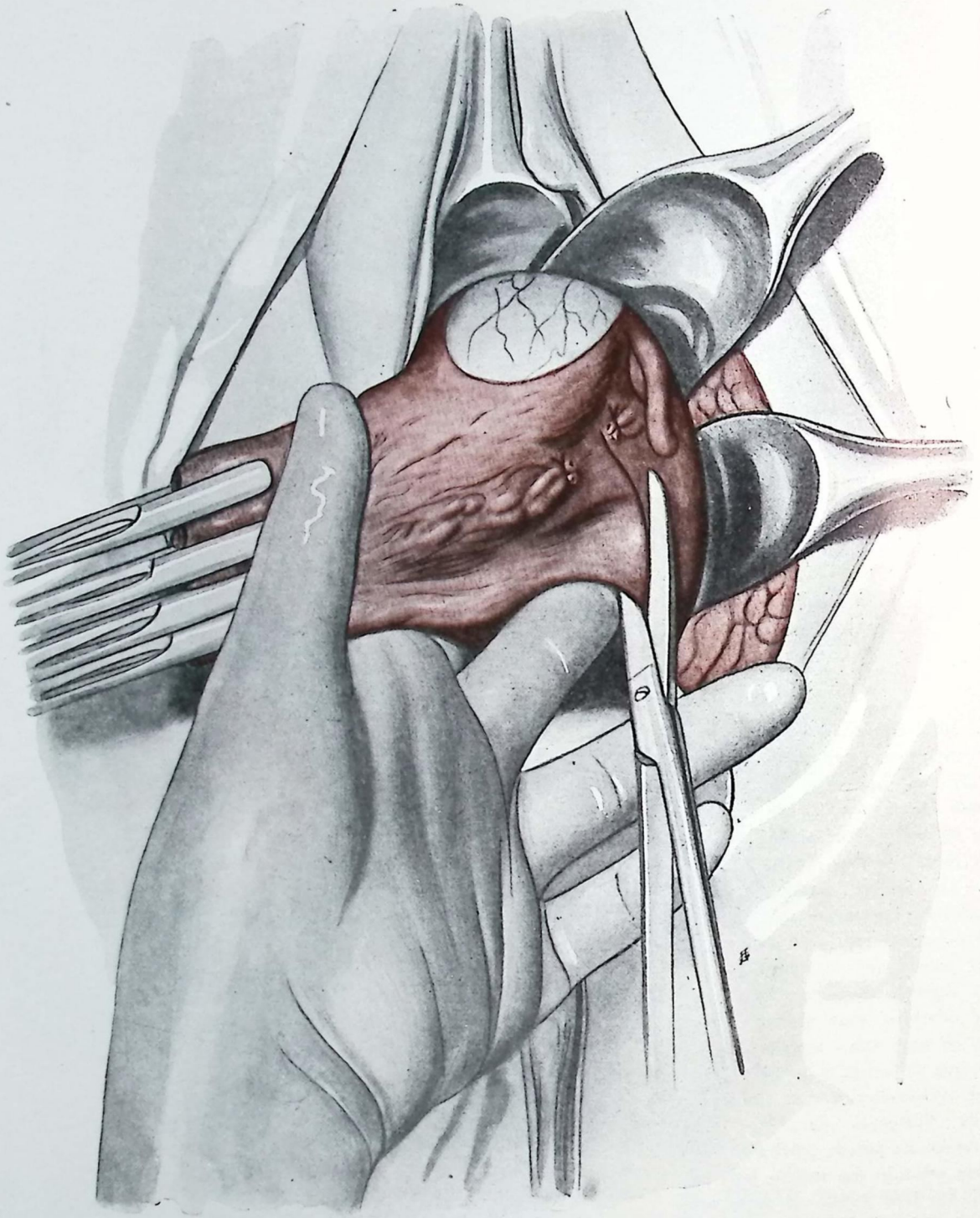


FIG. 188. Operação vaginal por carcinoma. Secção do ligamento de Mackenrodt esquerdo da parede pélvica e do septo retal sagital esquerdo no têrço médio de seu limite superior. Os órgãos genitais são fortemente puxados para trás e para a direita pelas pinças que fecham o manguito. O soalho da bexiga é afastado para cima por uma valva anterior de modo que se percebe a prega peritoneal vésico-uterina. A inserção do ligamento de Mackenrodt esquerdo na parede pélvica é tornada visível por duas valvas laterais. Uma valva posterior empurra a parede vaginal posterior e o reto para o sacro. Ao longo do bordo do útero vêm-se ligados e cortados os vasos uterinos. Uma alça do ureter esquerdo mostra-se abaixo da valva esquerda anterior da qual se soltou. Os dedos indicador e médio esquerdos do operador passam por detrás da superfície posterior do ligamento de Mackenrodt e do septo retal. O útero é afastado da parede pélvica esquerda pelos dois dedos e ligamento de

soura através a fôlha posterior do ligamento largo e corta-o de cima para baixo perto da parede pélvica. A tesoura é introduzida por cima; seu cabo fica na direção da virilha esquerda. A incisão separa a parte superior do ligamento de Mackenrodt da parede pélvica e ao mesmo tempo secciona o têrço médio do limite superior do septo retal, destacando-o do peritôneo. A valva deve afastar o ureter bem para fora para impedir que a secção o comprometa. A artéria uterina tem que ser previamente ligada o mais lateralmente possível e seu coto lateral deve ser bem recalçado afastando-o do bordo do ligamento porque, sinão a artéria pode ser cortada para trás da ligadura e produzir uma hemorragia que é difícil de dominar.

A porção superior do ligamento de Mackenrodt esquerdo e o têrço médio do limite superior do septo retal esquerdo são separados da parede pélvica e do peritôneo de modo idêntico (Fig. 188). A única diferença de técnica é que a incisão é feita de baixo para cima. Caso seja impossível cortar a parte superior do ligamento de Mackenrodt bem junto da parede pélvica, nêsse tempo da operação, é aconselhável deixar essa parte para depois que os anexos ti-

verem sido separados da parede pélvica. E' então possível obter uma exposição muito melhor e a porção superior do ligamento pode ser extirpada de maneira muito radical.

Êrros de técnica

1. No caso da ligadura da artéria uterina não haver sido feita bem junto da parede pélvica e do coto não ser bem afastado lateralmente, a secção da parte superior do ligamento de Mackenrodt não pode ser feita bastante junto da parede pélvica porque o coto da artéria uterina se achará perto do útero. A incisão passará então para dentro e não atingirá a parede pélvica sinão ao alcançar o corte já praticado na parte inferior do ligamento. Dessa maneira não serão ressecadas uma grande parte do ligamento e uma porção do limite superior do septo retal sagital. Cortando-se o ligamento muito perto da parede pélvica a artéria uterina será novamente cortada acima da ligadura produzindo-se uma hemorragia.

2. Não se puxando energicamente o útero afastando-o da parede pélvica e pondo em tensão o ligamento de Mackenrodt, acontece que

Mackenrodt é posto em tensão. Então, cortam-se de um só golpe o ligamento e o septo retal sagital esquerdo no têrço médio de seu limite superior; a linha da secção está indicada na figura por uma linha. A extremidade superior do corte que de ve ficar no limite superior do ligamento de Mackenrodt deve sempre terminar entre os côtos ligados do feixe vascular uterino. Quanto mais lateral fôr a incisão mais se pode empurrar para fora o coto do lado da parede. Por conseguinte, a extremidade superior da secção do ligamento de Mackenrodt pode ir até bem junto da parede pélvica. Parece na figura que a ponta superior da secção do ligamento de Mackenrodt fica muito junto do bordo do útero ou, em outras palavras, parece que foi ressecada uma porção maior da base do ligamento do que de seu bordo superior. Na realidade isso não se dá. Normalmente o bordo superior do ligamento de Mackenrodt tem uma direção horizontal. Quando, entretanto se puxa o útero para baixo essa direção se torna descendente: para baixo para diante e para dentro. O bordo superior dessa faixa torna-se, portanto mais ou menos paralelo ao bordo do útero. O feixe vascular uterino dá uma certa indicação do quanto da parte superior do ligamento de Mackenrodt está sendo incisado. Estando o útero em sua posição normal êsse feixe fica horizontalmente segundo o bordo superior do ligamento de Mackenrodt. Chega ao útero no ponto de união do colo com o corpo e dobra-se para cima. Daí em diante não é mais um feixe distinto porque seu trajeto ascendente faz-se dentro de tecidos muito espessos no bordo do útero e é recoberto pelas fibras musculares lisas que do útero penetram no paramétrio (vêr Fig. 203). Com o útero puxado para baixo, o trajeto aparentemente descendente da artéria uterina corresponde à parte horizontal quando os órgãos se acham em suas posições normais. A parte da artéria do bordo do útero ao ponto de sua secção deve ser considerada também como uma parte de seu trajeto horizontal. Com o ligamento de Mackenrodt deslocado em direção craniocaudal verifica-se que a distância do ponto de secção do feixe vascular ao ponto de entrada da artéria no útero indica que a ressecção compreende uma porção considerável do bordo superior do ligamento de Mackenrodt. Desejando-se fazer a secção da parte superior do ligamento mais perto da parede pélvica, deve-se primeiro empurrar o coto dos vasos uterinos e o ureter mais para o lado, com o fim de evitar essas estruturas ao fazer a secção.

se fará uma excisão menos radical da parte superior do ligamento.

3. No caso do ureter não ser bem afastado, ou caso êle se exponha do lado da valva, pode acontecer ser cortado ao seccionar-se o ligamento, mesmo que a exposição seja bôa.

VI. ABERTURA DA PREGA PERITONEAL VÉSICO-UTERINA. LIGADURA DOS LIGAMENTOS INFUNDÍBULO-PÉLVICOS E REDONDOS.

Os órgãos genitais estão agora prêsos apenas pelo peritôneo e pelos cordões peritoneais. A prega peritoneal anterior é pinçada e cortada transversalmente entre a pinça e o útero. Passa-se um fio para reparar no bordo vesical da incisão (Fig. 189). Bascula-se então o fundo do útero para a frente através a abertura peritoneal por meio de uma pinça de garra. O tempo subsequente consiste em abaixar o anexo e o ligamento redondo esquerdo (Fig. 190). Passa-se uma valva anterior mediana pela abertura do peritôneo para afastar a bexiga. Coloca-se uma outra valva do lado esquerdo da abertura empurrando o ligamento redondo para o lado e para o sacro. Os assistentes puxam o fundo vivamente para baixo e para a direita com a pinça de garra. Mete-se uma compressa de laparotomia vaginal para afastar os intestinos. Pinça-se a extremidade abdominal da trompa e puxa-se para baixo e para a direita, pondo a mostra o ovário. Êste é pinçado com uma pinça ovariana e puxado na mesma direção. Pode-se então vêr o bordo do ligamento infundíbulo-pélvico dirigindo-se, da parede pélvica para o plano mediano, para diante e para baixo. E' distendido e ligado com um fio duplo passado com uma agulha de aneurisma. E' seccionado transversalmente para dentro da ligadura. Retira-se a valva esquerda. Puxando o fundo fortemente para baixo e para a direita vê-se que resta apenas o ligamento redondo e uma estreita faixa do peritôneo adjacente (Fig. 191). A superfície mediana do ligamento redondo é exposta introduzindo-se a valva lateral esquerda entre o útero e o ligamento

tenso. Uma valva anterior afasta a bexiga e a extremidade vesical do ureter. Pode, às vezes, ser necessário meter uma segunda valva lateral. Transfixa-se o ligamento junto com as duas delgadas faixas peritoneais, com uma agulha de aneurisma e liga-se com fio duplo o mais longe possível do útero. E' então, seccionado para dentro da ligadura. Conservam-se longos os fios das ligaduras dos ligamentos infundíbulo-pélvicos e servem para trazer para baixo os côtos ligados, ao fechar o peritôneo. Os órgãos genitais continuam prêsos à esquerda apenas por uma estreita tira de tecido que se estende do bordo superior do ligamento de Mackenrodt ao ligamento infundíbulo-pélvico junto com a fôlha posterior do ligamento largo. A secção dessa zona peritoneal poderia ser muito perigosa devido ao ureter, não fosse a possibilidade do trajeto dêste último ser exatamente determinado. Pode pois essa faixa peritoneal restante ser cortada sem perigo. Liberta-se o útero do lado direito, de maneira idêntica. Uma vez libertos assim os órgãos genitais de seus ligamentos e tecidos envolventes, podem ser retirados juntamente com grande porção de paramétrio.

Não é absolutamente indispensável retirar os anexos porque as metastases tubárias ou ovarianas se produzem raramente, no carcinoma do colo. Mesmo assim a retirada dos anexos e dos tecidos prêsos a êles torna, sem dúvida a operação mais radical. Remove também a possibilidade de uma salpingite por propagação a partir do paramétrio. O fechamento exato do peritôneo e a extraperitonealização dos côtos pode se tornar mais difícil para certos operadores, com essa retirada dos anexos.

Êrros de técnica

1. O ligamento infundíbulo-pélvico não pode ser ligado muito perto da parede pélvica, sôbre os vasos ilíacos externos porque a flexura terminal do ureter passando aí sôbre a ilíaca pode ser apanhada na ligadura (Fig. 210).

2. Ao passar a ligadura do ligamento re-

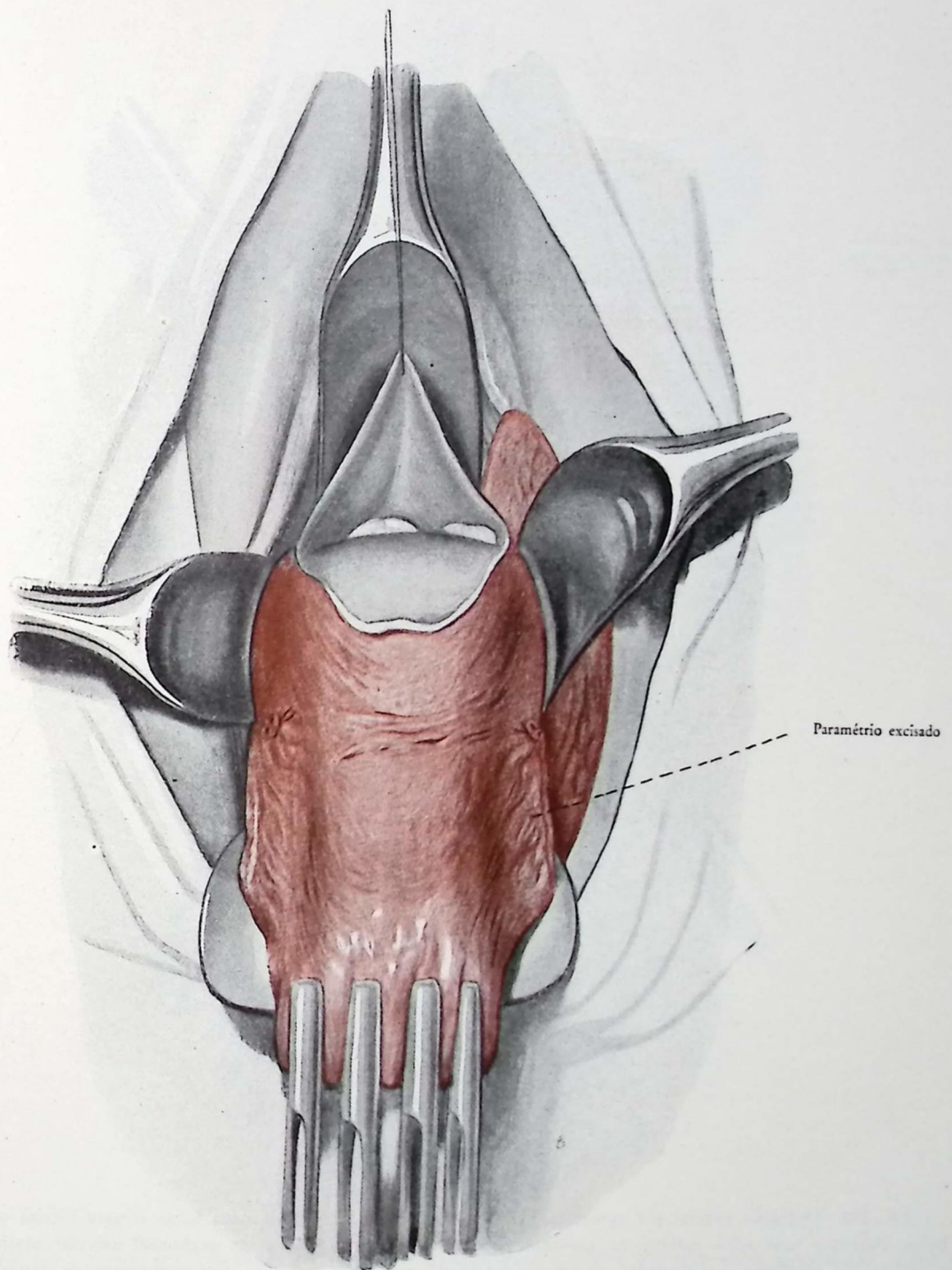


FIG. 189. Operação vaginal por carcinoma. Exposição do campo operatório com quatro valvas. Tração dos órgãos genitais para baixo. A prega peritoneal anterior foi incisada transversalmente. O bordo vesical da incisão foi reparado com um fio. Aos lados dos bordos do útero e da vagina vêm-se as lâminas de paramétrio ressecado. Pode-se notar que saiu tanto paramétrio à altura da artéria uterina ligada, quanto para baixo, ao nível do colo. Talvez que êsse fato não se visse claramente nas Figuras 187 e 188.

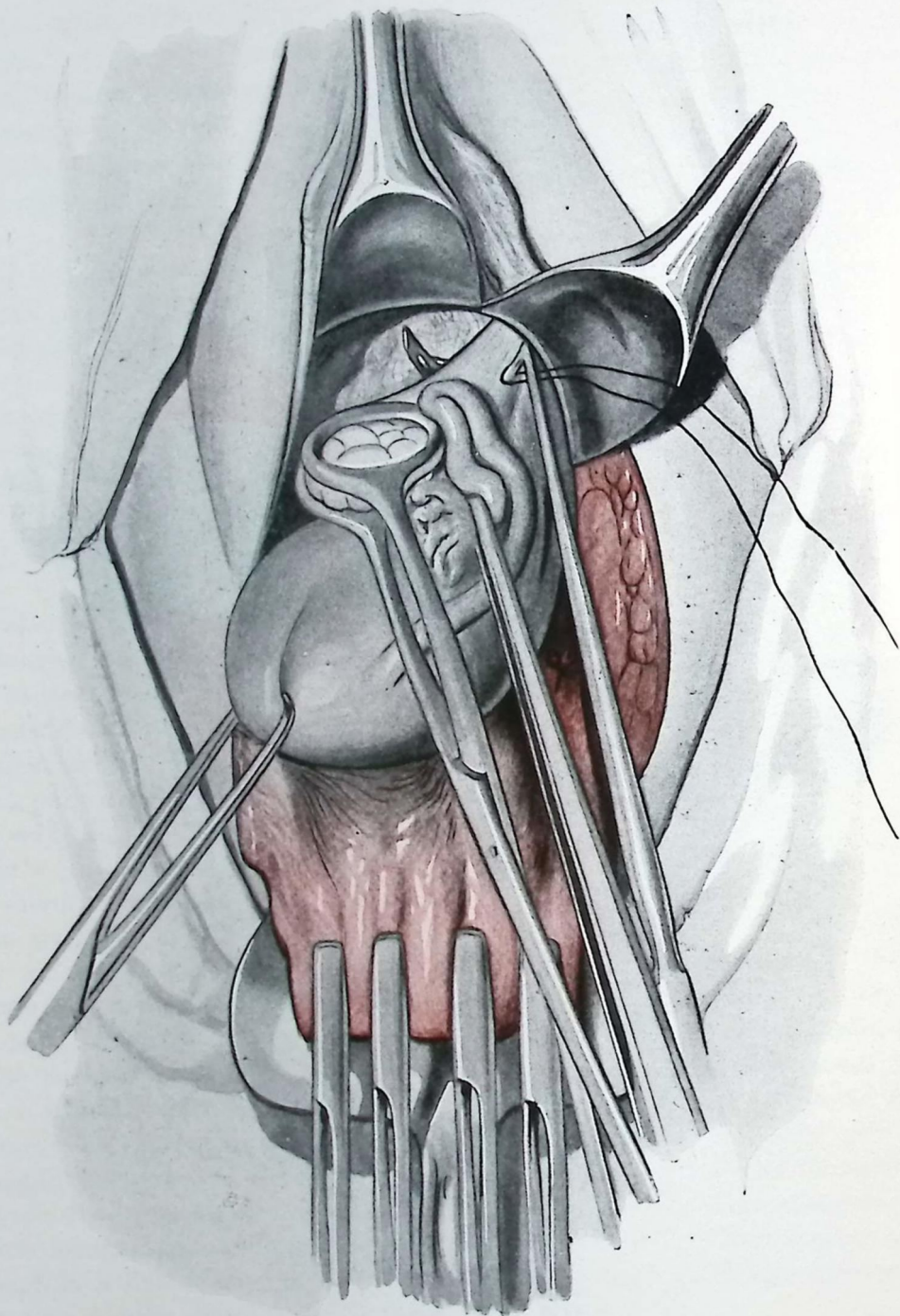


FIG. 190. Operação vaginal por carcinoma. O fundo do útero foi puxado para baixo e para direita com uma pinça tirabalas. Passou-se uma valva anterior na cavidade pelviana pela abertura da prega peritoneal anterior afastando a bexiga para a sínfise. Os intestinos são afastados do campo operatório pela introdução de uma compressa de histerectomia vaginal. As pinças que fecham o manguito pendem diante da valva posterior. Os tecidos moles são afastados para a esquerda por uma valva lateral cuja ponta penetra na parte superior esquerda da abertura peritoneal. A trompa esquerda é pinçada assim como o ovário. A pinça que toma o ovário é puxada para baixo e para a direita expondo à vista o ligamento infundíbulo-pélvico que se dirige do ovário para cima. O ligamento é transfixado com uma agulha de aneurisma.

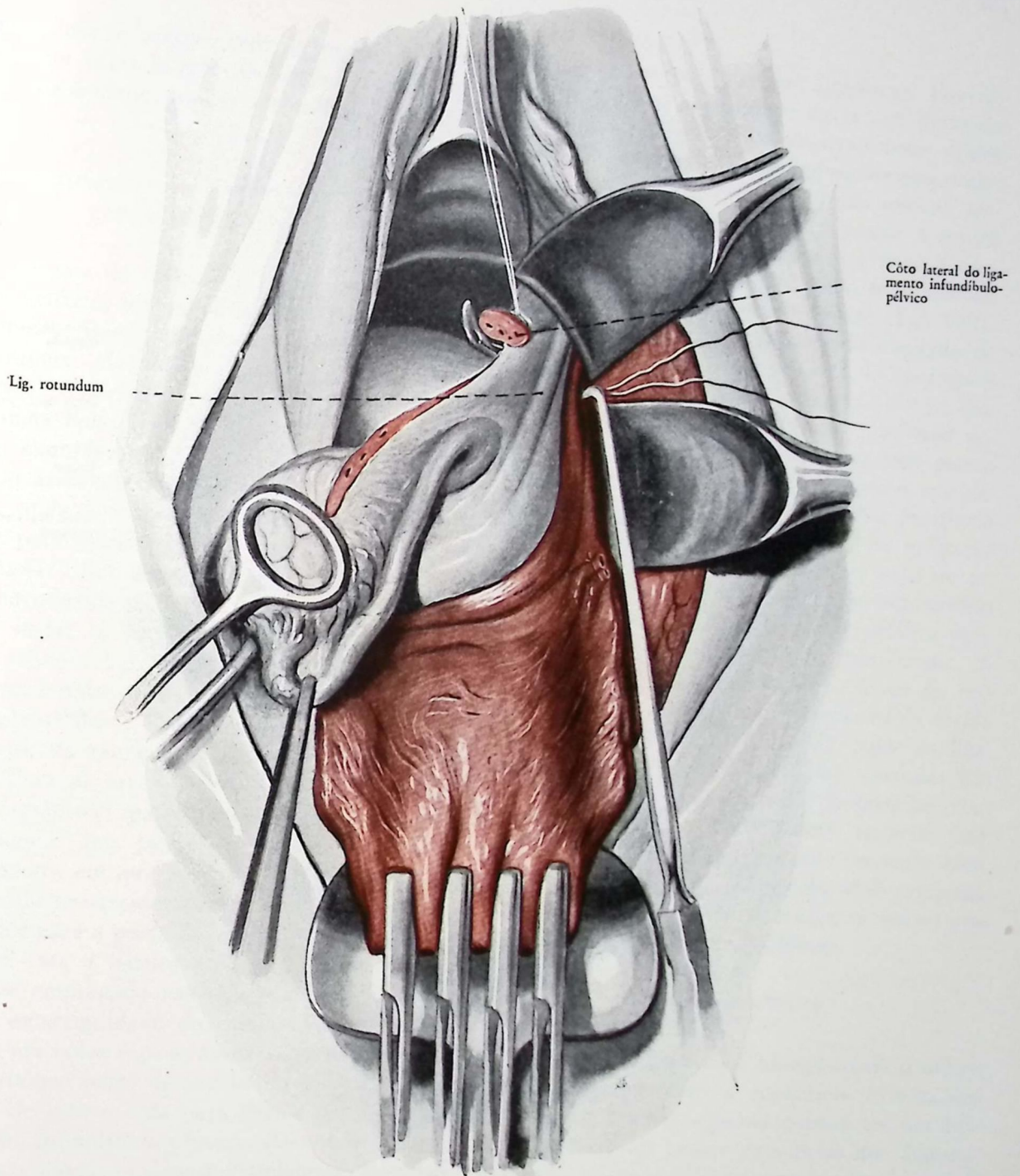


FIG. 191. Operação vaginal por carcinoma. A bexiga é afastada para a sínfise por uma valva anterior. As valvas laterais esquerdas afastam os tecidos moles para mostrar o ligamento redondo esquerdo e tecido conjuntivo intraligamentar adjacente. Adiante da valva posterior pendem soltas as pinças que fecham o manguito vaginal. Foi retirada do fundo do útero a pinça tira-balas e o útero voltou à cavidade pélvica. Uma pinça de ovário e uma pinça que toma a trompa puxam o anexo esquerdo para baixo e para a direita. Já foi ligado e cortado para dentro da ligadura o ligamento infundíbulo-pélvico esquerdo. Deixa-se o fio longo. Passa-se um fio ao redor do ligamento redondo e ligamento largo adjacente com uma agulha de aneurisma. Depois de cortar o ligamento redondo para dentro da ligadura, resta apenas cortar, no terço externo do seu limite superior, separando-o do peritônio, o septo retal e sagital. Uma vez seccionada essa estrutura fica a metade esquerda do útero completamente livre de suas inserções e acham-se extirpados o paramétrio e os anexos.

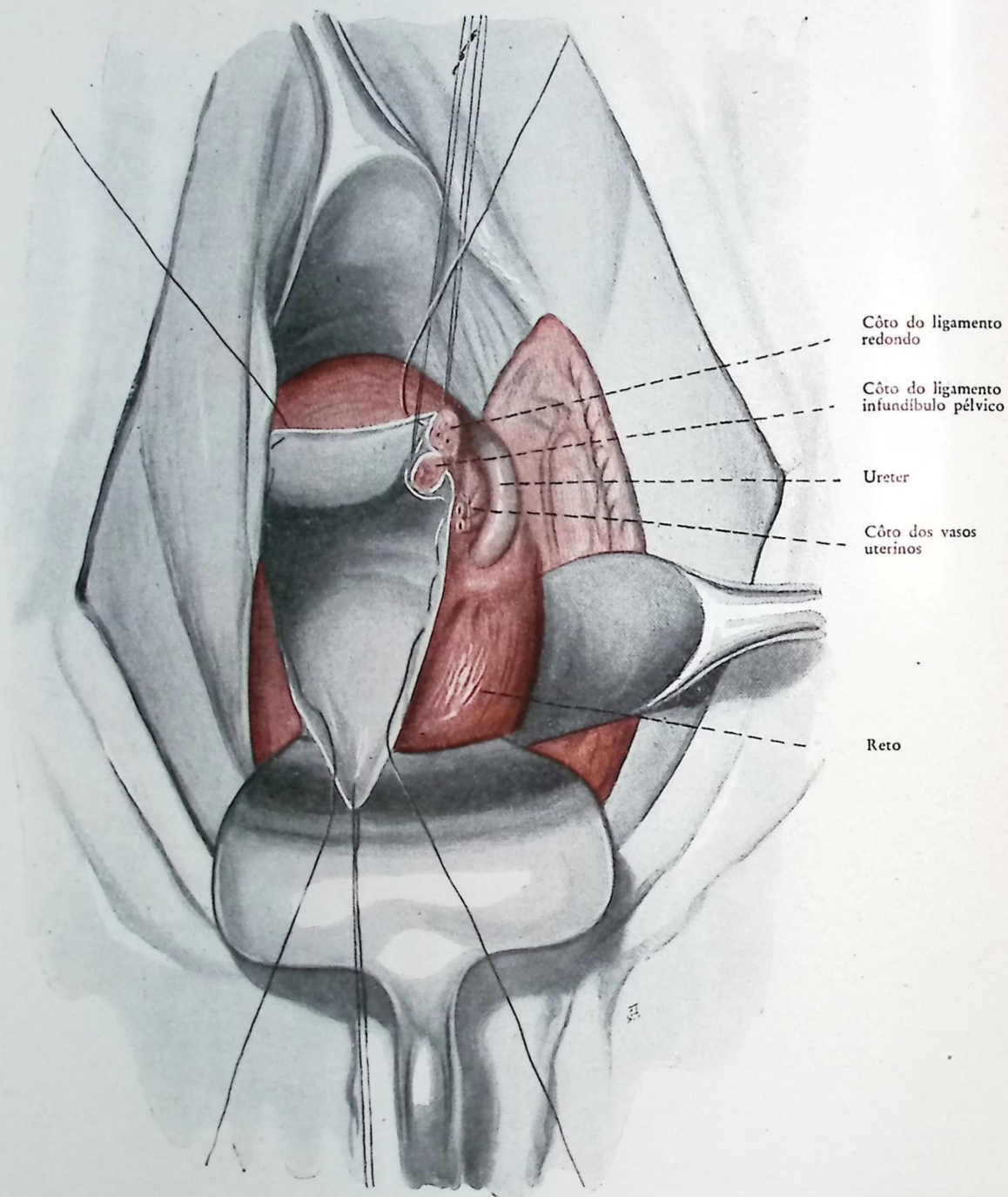


FIG. 192. Operação vaginal por carcinoma. Está exposto o lado esquerdo do campo operatório. Uma valva anterior colocada extraperitonealmente levanta a parede vaginal anterior para a sínfise. A valva posterior empurra para o sacro a parede posterior da vagina. Os tecidos moles da incisão de Schuchardt são afastados para a esquerda por uma valva lateral. Foram completamente extirpados útero anexos e paramétrio. Reconhece-se facilmente o bordo cortado do peritônio que ficou depois da excisão. Desce da bexiga sobre os côtos dos ligamentos redondo e infundíbulo-pélvico que foram puxados para diante com os fios longos deixados nas ligaduras. Continua-se pelas paredes do espaço reto-uterino, com o peritônio da parede retal anterior. O côto lateral do feixe de vasos uterinos e a porção posterior do ureter ficam imediatamente sobre a superfície externa do peritônio, formando o limite lateral da fossa reto-uterina. As suturas nos dois ângulos da abertura

do deve-se afastar bem do campo o ureter com uma valva lateral; de outra maneira pode sua extremidade vesical ser colhida pela ligadura.

VII. FECHAMENTO DO PERITÔNIO E EXTRAPERITONEALIZAÇÃO DOS CÔTOS.

Depois de retirado o útero com os anexos e paramétrio, levanta-se levemente a pelve para fazer com que os intestinos se afastem para o diafragma. O ângulo direito da abertura peritoneal é fechado primeiro com uma sutura em meia bolsa. Põem duas valvas do lado direito mantidas pelo primeiro assistente. O segundo assistente afasta a bexiga para cima com uma valva anterior e fica com a mão esquerda livre para ajudar o operador com uma esponja montada. Retira-se a compressa que fôra antes introduzida na pelve e coloca-se uma nova para isolar os intestinos do campo operatório. Isso expõe o bordo do peritônio pélvico posterior, que resta da secção do septo retal sagital. As valvas lateral e anterior expõem o bordo peritoneal, do reto ao ligamento infundíbulo-pélvico. Para passar a metade da sutura em bolsa o cirurgião tem que usar um porta-agulhas muito longo e uma pinça dente-de-rato comprida. Nos pontos em que a agulha não puder ser introduzida nos tecidos devem êstes ser pinçados, puxados para a ponta da agulha e prendidos nesta. E' esta a técnica que muito a miúdo tem que ser empregada nas operações vaginais por causa da exiguidade do campo operatório. A sutura em bolsa é passada na superfície interna do peritônio perto de seu bordo incisado a começar do reto e indo para diante acima do ligamento infundíbulo-pélvico. Passam-se quatro ou cinco pontos e depois apanham-se bem superficialmente os ligamentos redondo e infun-

díbulo-pélvico por trás das ligaduras. Por último apanha-se o peritônio da bexiga perto do ligamento redondo. Ao amarrar essa sutura angular os côtos dos dois ligamentos são deslocados extraperitonealmente. Praticamente, emprega-se a mesma técnica para passar a sutura do ângulo esquerdo. Começa-se a meia sutura em bolsa no peritônio da bexiga, terminando-o exatamente do lado esquerdo do reto (Fig. 192). Depois de passar a sutura do lado esquerdo da ferida peritoneal a parte restante da abertura é distendida por tração nos fios das últimas, deixados compridos para êsse fim. Fecha-se então, facilmente a pequena abertura com pontos separados (Fig. 193). O fechamento completo da cavidade peritoneal é a melhor profilaxia da peritonite post-operatória. Só ha indicação para a drenagem do peritônio em caso de ter que dominar uma hemorragia parenquimatosa ou em caso de dano a grandes superfícies peritoneais devido à libertação de aderências. A drenagem é perigosa porque, ao longo do material da drenagem podem os germens da ferida invadir o peritônio. Depois de cortar as ligaduras, as duas amplas cavidades deixadas nos lugares dos paramétrios são tamponadas com gaze iodoformada. Geralmente mete-se uma tira de 5 metros de comprimento em cada área. Amarram-se juntas as pontas dos dois tamponamentos, puxam-se para a sínfise e colocam-se provisoriamente sôbre o abdomen.

Êrros de técnica

Na região dos vasos hipogástricos o ureter fica em contato com a superfície externa do peritônio. Por conseguinte deve-se ter um cuidado extremo ao passar as suturas dos ângulos para não apanhar e ligar o ureter com um dos pontos. O trajeto do ureter deve estar constan-

do peritônio são do tipo em bolsa. De cada lado, compreende um ponto no peritônio da bexiga, nos ligamentos infundíbulo-pélvico e redondo, dois ou três pontos no peritônio da parede lateral da fossa reto-uterina e, finalmente um ponto no peritônio da parede retal anterior. Quando se passam os pontos no peritônio lateral da cavidade reto-uterina deve-se ter o cuidado de não puncionar a artéria uterina ou de não incluir o ureter na ligadura, por inadvertência. Nessa altura aquelas duas estruturas ficam em íntima relação com a superfície peritoneal externa.

temente na lembrança do operador, ao passar êsses pontos (Fig. 192).

VIII. SUTURA DO LEVANTADOR, DA VAGINA E DA INCISÃO PERINEAL.

Passa-se primeiro o ponto mais profundo unindo os lábios da incisão vaginal na junção das incisões circular e longitudinal. Êsse ponto não fará apenas uma aproximação dos lábios da ferida; apanhará também o levantador. Desse modo a extremidade superior do côto vaginal que estava separada dos músculos subjacentes toma de novo contato com o levantador (Fig. 194). Depois de passar o ponto vaginal mais alto, fecha-se o corte do levantador com pontos separados (Fig. 195). Passam-se então os pontos necessários para reunir os bordos da incisão vaginal. Pódem apanhar também o levantador, mas no caso da hemostase ser bôa a incisão vaginal pode ficar em contato com o levantador sem necessidade de ser suturada com êle, pela simples pressão do tamponamento vaginal. É muito importante, entretanto, que na união da incisão circular com a longitudinal a parede vaginal fique em contato com o levantador. Nesse ponto a incisão ficará exposta às primeiras e mais profusas secreções parametriaes. Por essa razão o ponto mais alto deve sempre compreender o levantador para evitar que as secreções penetrem entré o músculo e a vagina, o que prejudicará a cicatrização e acarretará quasi inevitavelmente uma supuração tardia da incisão, de Schuchardt. O períneo é suturado em camadas para completar o fechamento da ferida (Fig. 196). A sutura da incisão de Schuchardt é facilitada repuxando o orifício vulvar com pinças colocadas de cada lado da ferida. Podem-se assim afastar bem os lábios da incisão e reconhecer e aproximar, com facilidade os tecidos idênticos. Depois de reconstituir a incisão de Schuchardt, mete-se um tamponamento de gaze na cavidade correspondente a cada paramétrio e um terceiro na vagina. Amarram-se juntas as pontas dos três tampões.

B. A OPERAÇÃO VAGINAL POR CARCINOMA, OPERAÇÃO DE SCHAUTA.

A operação preliminar da área do carcinoma é a mesma que para a operação vaginal radical já descrita. O incisão de Schuchardt também é feita do mesmo modo, apenas, é um tanto menor. Talvez mesmo possa ser evitada a incisão no levantador. Segue-se a circuncisão vaginal. A parede vaginal e o fascia são cortados anterior e posteriormente, abrindo os espaços vesicovaginal e retovaginal. Lateralmente, entretanto, a circuncisão não chega tão fundo de modo que não se atinge o levantador e os espaços paravesical e pararectal não são abertos. A vagina superior é libertada para cima da circuncisão até a sua inserção no colo, deixando intato o feixe fundamental conjuntivo horizontal. O manguito vaginal é suturado sôbre o neoplasma com uma série transversal de pontos de sêda isolados. Deixam-se longos os fios dos pontos e amarram-se juntos para servirem à tração dos órgãos genitais durante a operação. Em seguida corta-se transversalmente o septo supravaginal, abrindo o espaço vesicocervical e expondo o lado mediano dos ligamentos vésico-uterinos. As superfícies laterais dêsses ligamentos não podem ser vistas porque não são abertos os espaços paravesicais.

Em seguida são dissecados os ureteres seccionando-se de baixo para cima os ligamentos de Mackenrodt. Geralmente, nesse processo, as camadas laterais dos septos vesicais não são seccionadas de modo que nesse tempo também, os espaços paravesicais permanecem fechados. Os ureteres são isolados do canal ureteral até sua porção intermediária; os vasos uterinos são ligados e seccionados de cada lado para dentro da alça ureteral. Por êsse modo de proceder é acessível na metade interna de sua superfície anterior e do bordo superior.

Segue-se então a abertura da bolsa de Douglas e a excisão bilateral dos ligamentos de Mackenrodt e útero-sacros. O ligamento de Mackenrodt e a parte do septo retal sagital que lhe fica prêsá à superfície posterior são isola-

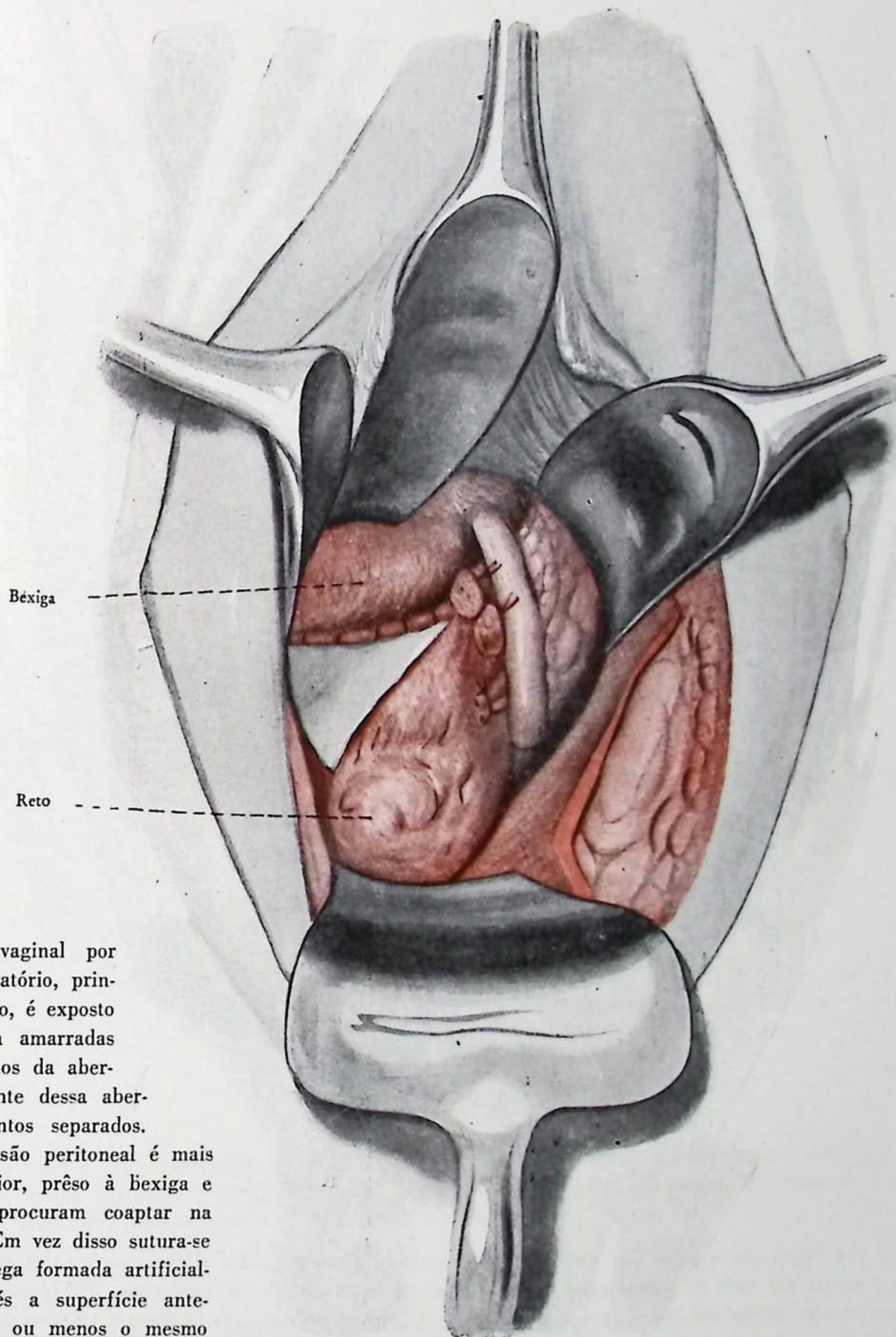


FIG. 193. Operação vaginal por carcinoma. O campo operatório, principalmente o lado esquerdo, é exposto por quatro valvas. Foram amarradas as duas suturas dos ângulos da abertura peritoneal e o restante dessa abertura foi fechado por pontos separados. O bordo posterior da incisão peritoneal é mais comprido do que o anterior, prêso à bexiga e por essa razão não se procuram coaptar na sutura êsses dois bordos. Em vez disso sutura-se o bordo vesical a uma prega formada artificialmente no peritônio através a superfície anterior do reto e tendo mais ou menos o mesmo tamanho que o bordo vesical. Assim a ponta do peritônio retal vem a ficar extraperitoneal. Também os côtos das ligaduras ficam extraperitoneais: mais perto da sínfise fica o côto do ligamento redondo; mais abaixo o do ligamento infundíbulo-pélvico e ainda mais abaixo o dos vasos uterinos. O ureter passa para trás ao lado dêsses côtos para desaparecer no interstício entre o levantador e as vísceras. Vê-se a parte superior do levantador esquerdo e a sua incisão. Os bordos da incisão do levantador afastam-se de modo típico, tomando a forma de um colchete ([). Abaixo do levantador ficam os grandes lóbulos da gordura da fossa ísquirretal, que podem facilmente distinguir-se dos lóbulos menores do tecido adiposo subcutâneo.

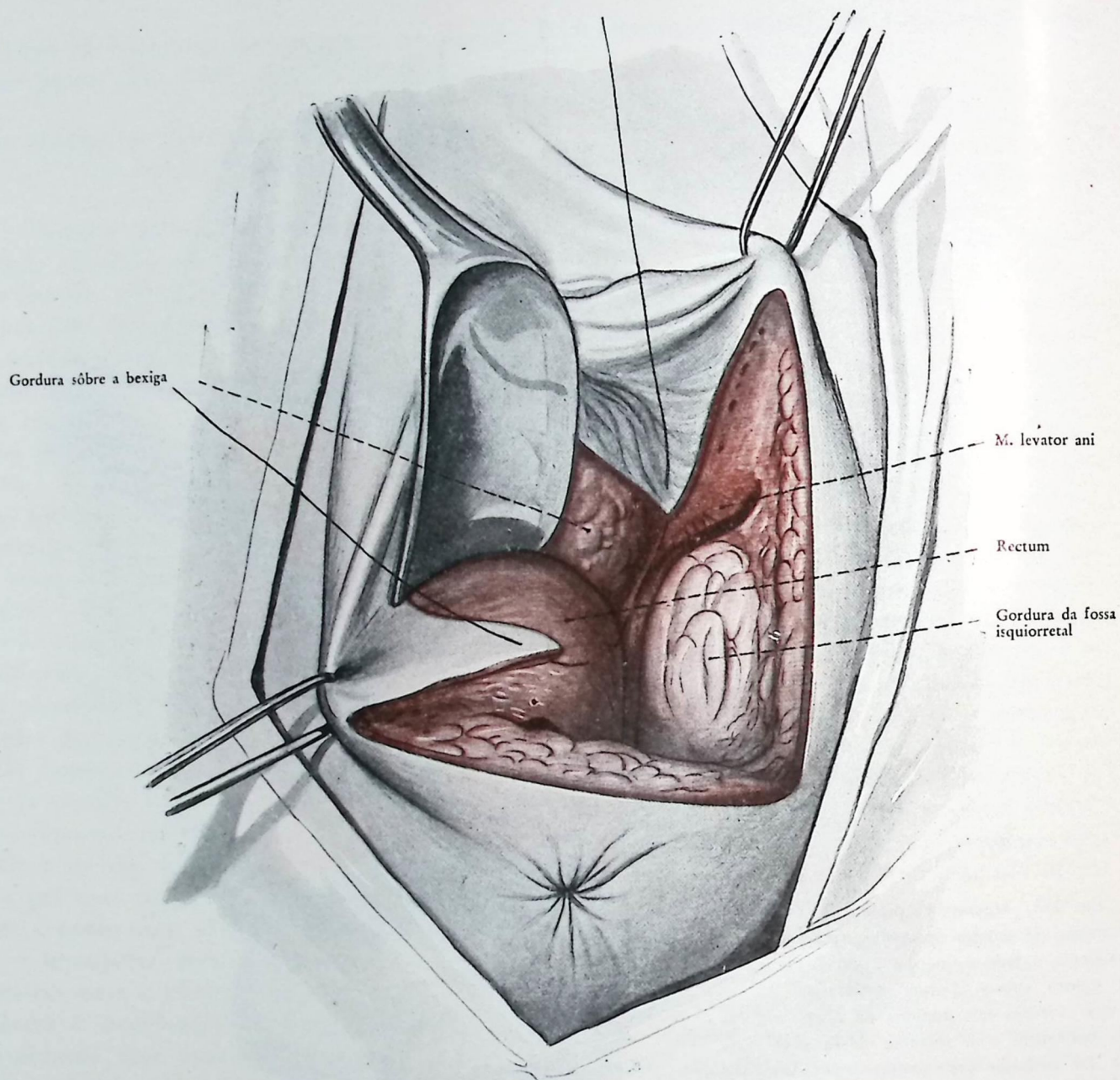


FIG. 194. Operação vaginal por carcinoma. A bexiga é afastada para a sínfise com a valva anterior. A incisão de Schuchardt é aberta por meio de pinças tira-balas a direita e a esquerda do orifício vulvar. Foi passado o primeiro ponto para fechar a incisão vaginal. O ponto deve incluir não só a parede vaginal, mas também a parte mais profunda da ferida, i. é., a superfície superior do levantador e a superfície lateral do reto.

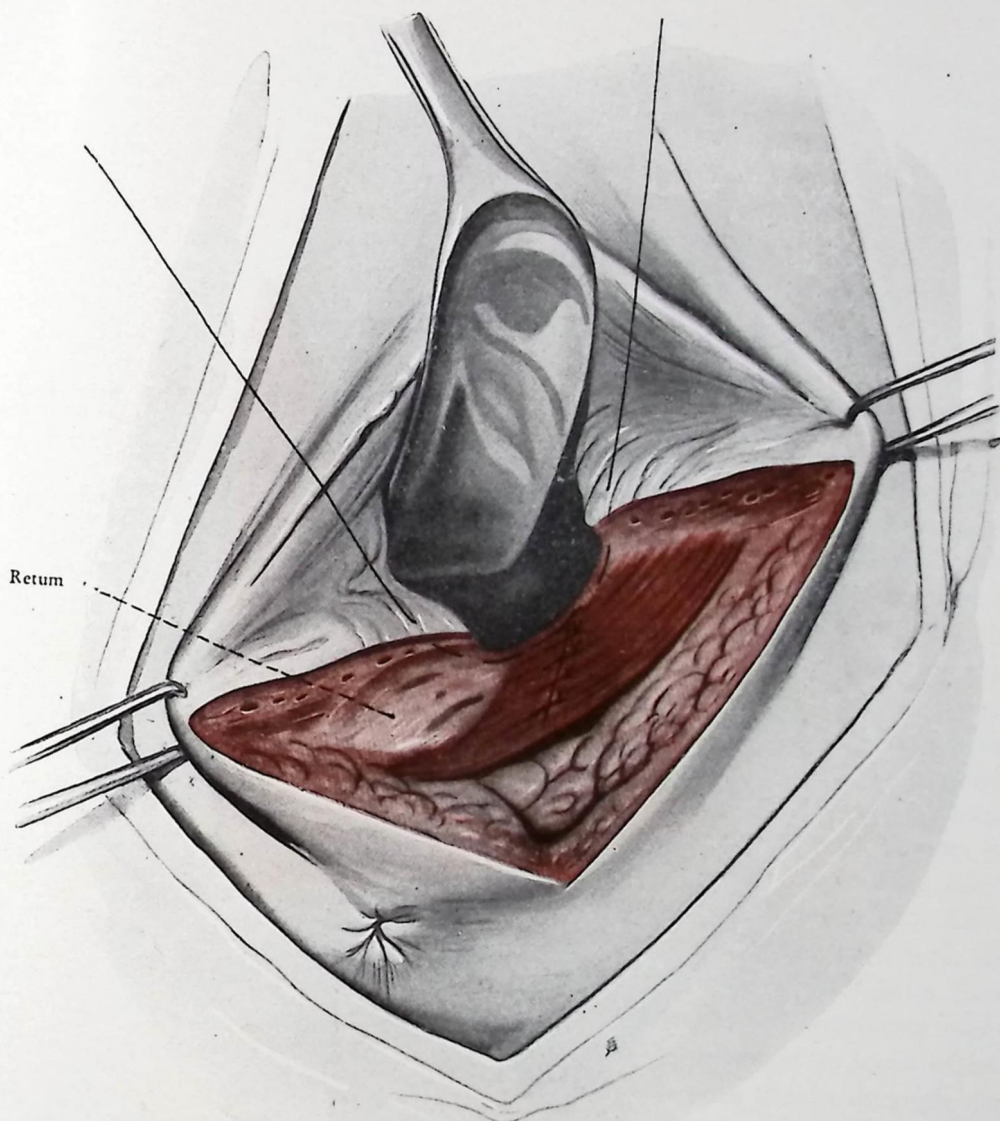


FIG. 195. Operação vaginal por carcinoma. A bexiga é afastada para cima por uma valva vaginal anterior e a incisão é bem aberta com duas pinças tira-balas. O ponto mais alto fechando a ferida vaginal foi passado. Foi suturada a incisão do levantador com pontos separados, isolando, assim a vagina da gordura da fossa ísquirretal.

dos da parede pélvica por um só golpe dado o mais longe possível do útero. Durante êsse tempo é preciso afastar os intestinos do campo operatório por meio de uma compressa de laparotomia vaginal metida na bolsa de Douglas. Para cortar o ligamento e o septo retal esquer-

dos introduz-se uma valva do lado esquerdo da ferida. A bexiga e o ureter esquerdos são afastados para cima por uma valva colocada à esquerda da linha mediana. Os órgãos genitais são puxados energicamente para baixo e para a direita pelos pontos de tração. O operador

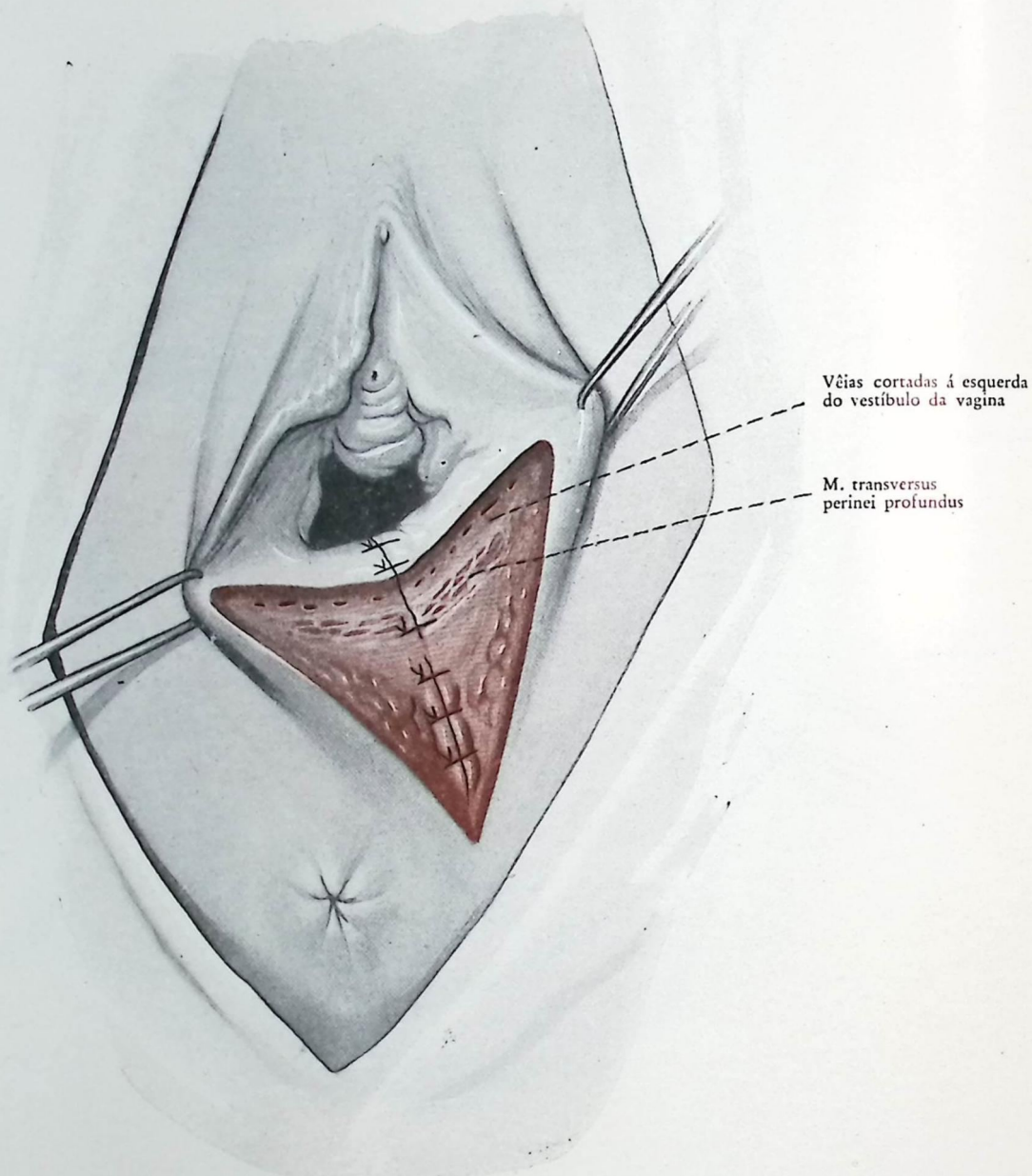


FIG. 196. Operação vaginal por carcinoma. A incisão de Schuchardt é bem aberta por meio de pinças colocadas à direita e à esquerda do orifício vulvar. Depois de suturar o levantador, fecha-se a ferida vaginal com pontos separados. A ferida perineal é suturada em camadas, por meio de pontos isolados.

mete um ou dois dedos de sua mão esquerda dentro da bolsa de Douglas e estica os ligamentos útero-sacro e de Mackenrodt esquerdos. Corta essas estruturas com tesouras curvas introduzindo a fôlha romba na bolsa de Douglas na base do ligamento largo, ficando a outra fô-

lha fora do peritônio, na superfície anterior do ligamento de Mackenrodt. Os ligamentos do lado direito são cortados de maneira semelhante. A metade interna do ligamento de Mackenrodt e a parte do ligamento útero-sacro que lhe recobre a superfície posterior são retirados

por essa técnica. Finalmente, o peritônio vé-sico-uterino é cortado transversalmente e o fundo do útero basculado para diante através da abertura. Os anexos que são deixados nessa operação isolam-se do útero do modo que será descrito na operação por hemorragia uterina.

A operação vaginal por carcinoma que descrevemos difere da técnica original de Schauta no modo de excisar o tecido conjuntivo pelviano da maneira seguinte:

1. No método anatômico os ligamentos vé-sico-uterinos são expostos tanto do lado mediano como do lado externo porque abre-se o espaço paravesical. Suas inserções na bexiga ficam assim bem expostas e essas faixas podem ser cortadas muito mais próximo à bexiga do que na técnica de Schauta em que só é exposta a superfície mediana. No método anatômico, portanto, pode-se tirar uma porção consideravelmente maior de paramétrio anterior.

2. No método anatômico os ligamentos vé-sico-uterinos são seccionados da bexiga dos lados para a linha mediana, ao passo que na técnica de Schauta são isolados do ligamento de Mackenrodt de baixo para cima. Pela separação dos ligamentos vé-sico-uterinos da bexiga é possível excisar mais paramétrio anterior, mas tem-se que ter a certeza de dissecar o ureter em todos os casos. Na técnica de Schauta não é necessário libertar o ureter em todos os casos porque essa estrutura pode ficar recoberta pela parte posterior dos septos vesicais quando os ligamentos vesico-uterinos são libertados dos ligamentos de Mackenrodt. Eles assim nunca se tornam visíveis na ferida.

3. No método anatômico são abertos os dois espaços paravesicais expondo toda a superfície anterior de ambos os ligamentos de Mackenrodt. No método de Schauta só são expostas as metades medianas das superfícies anteriores desses ligamentos.

4. Todo o feixe fundamental conjuntivo horizontal é excisado no método anatômico, ao passo que é deixado no método original.

5. No método anatômico é retirado todo o ligamento útero-sacro. Isso é possível, por-

que depois de expôr o espaço retovaginal e abrir a bolsa de Douglas e o espaço pararretal aparece claramente a inserção retal dessas faixas. Podem, por conseguinte ser cortadas junto ao reto sem ferí-lo. No método original, os ligamentos de Mackenrodt e útero-sacro são excisados conjuntamente. Por conseguinte, só pode ser retirada dêsse ultimo uma porção que fica por trás do ligamento de Mackenrodt na parte que tem que sair. Em outras palavras, só é extirpado o tærço anterior do ligamento útero-sacro.

6. No método anatômico, prolongando a disseccão lateralmente de modo a ligar os espaços paravesical e pararretal pode-se expôr inteiramente as superfícies anterior e posterior do ligamento de Mackenrodt. Essa faixa se estende como uma densa lâmina até a parede pélvica; aparece claramente a sua inserção lateral que pode ser cortada a tesoura bem junto da parede pélvica. No método original, em que os ligamentos de Mackenrodt e útero-sacro são cortados com uma mesma incisão, a inserção pélvica do primeiro não aparece nem na superfície anterior nem na posterior. Até o meio de sua extensão, de dentro para fora, os ligamentos de Mackenrodt e útero-sacro formam uma lâmina de tecido uniformemente espessa. Daí em diante essa lâmina se torna muito mais espessa de trás para diante, de modo que em corte horizontal essa massa de tecido conjuntivo tem a aparência de uma cunha com a base externa e o gume interno. Ao cortar essa faixa de tecido uma fôlha das tesouras é metida na bolsa de Douglas, na base do ligamento largo. A outra fica na superfície anterior do ligamento de Mackenrodt. Quando as tesouras são colocadas dessa maneira junto à parede pélvica, tendem a escorregar para a linha mediana até que suas fôlhas encontrem uma porção de tecido uniforme em espessura. De qualquer maneira a fôlha anterior das tesouras tem que se encontrar no extremo lateral da metade interna do ligamento de Mackenrodt porque só essa porção da superfície anterior do ligamento é exposta

no método original. Por conseguinte, como a fôlha anterior das tesouras só pode ficar em um dado lugar e como a fôlha posterior escorrega para a linha mediana, só podem ser extirpados a metade interna do ligamento útero-sacro que cobre a sua superfície posterior.

Pode-se facilmente verificar de uma comparação dessas diferenças entre as técnicas original e anatômica que o método anatômico permite uma operação muito mais radical. Entretanto, deve-se dizer que a excisão do tecido conjuntivo no método original foi o maior avanço da técnica a julgar pelos resultados terapêuticos. Fez subir o número de curas absolutas de 4 %, com a histerectomia vaginal simples a 20 % (1.^a Clínica de Mulheres de Viena). A extensa ressecção de tecido conjuntivo da modificação anatômica do método original aumentou o número de curas absolutas somente a 26 por cento. A vantagem do método anatômico reside no fato de que permite uma operação mais radical, um fato que tem que ser levado em conta para explicar o número mais elevado das curas permanentes. Sua desvantagem está em produzir uma ferida muito grande do tecido conjuntivo da pequena pelve. É esse o grande perigo do método.

O fechamento do peritôneo e a extraperitonealização dos côtos são realizados pela técnica descrita para a operação anatômica. O fechamento é mais fácil porque foi retirado menos peritôneo. Na operação anatômica os dois terços posteriores dos septos retais o peritôneo que os recobre são retirados. Isso tem como resultado uma extensa falha peritoneal e a sutura fica mais difícil porque se estende para trás na área do sacro. O incisão de Schuchardt é suturada do mesmo modo tanto na operação de Schauta como na modificação anatômica.

Tratamento post-operatório

O tratamento post-operatório é o mesmo para os dois tipos de operação vaginal por car-

cinoma. Faz-se muito a miudo a hipodermoclise de solução fisiológica. Via de regra, as pacientes devem ser cateterizadas por longo período depois da operação. A função vesical é, em geral, muito perturbada devido ao descolamento extenso da bexiga e devido a excisão do plexo hipogástrico e dos gânglios de Frankenhäuser com o paramétrio. Dá-se urotropina como medida profilática. Em consequência da incisão de Schuchardt as pacientes, às vezes, têm uma incontinência relativa. Não conseguem reter os clisteres. Esse distúrbio também se encontra após a operação de Schauta porque, a incisão perineal é feita quasi do mesmo modo. Essa incontinência relativa desaparece espontaneamente em todos os casos na segunda semana. O melhor meio de evitá-la é a sutura cuidadosa do levantador do anus. Diminúe-se progressivamente o tampão de gaze que fica na cavidade da ferida a começar, geralmente, do quarto dia. No oitavo dia é completamente retirado. Retira-se o material da drenagem mais precocemente desde que haja pronunciada elevação de temperatura. Não é aconselhável retirar o tamponamento muito cedo porque pode surgir hemorragia secundária ou produzir-se retenção de secreções nas amplas cavidades da ferida parametrial que não se fecham rapidamente. As secreções retidas não raro levam a uma elevação térmica. Após a retirada do material de drenagem o que resta da ferida deve ser irrigado de dois em dois dias com solução aquecida de permanganato ou de água oxigenada.

A OPERAÇÃO ABDOMINAL POR CARCINOMA

Imediatamente antes da operação cureta-se cuidadosamente o carcinoma e cauteriza-se a cratera (Figs. 165 e 166). O operador coloca-se a esquerda da paciente. O primeiro assistente fica-lhe em frente e o segundo coloca-se entre as pernas da paciente. O abdômen, geral-

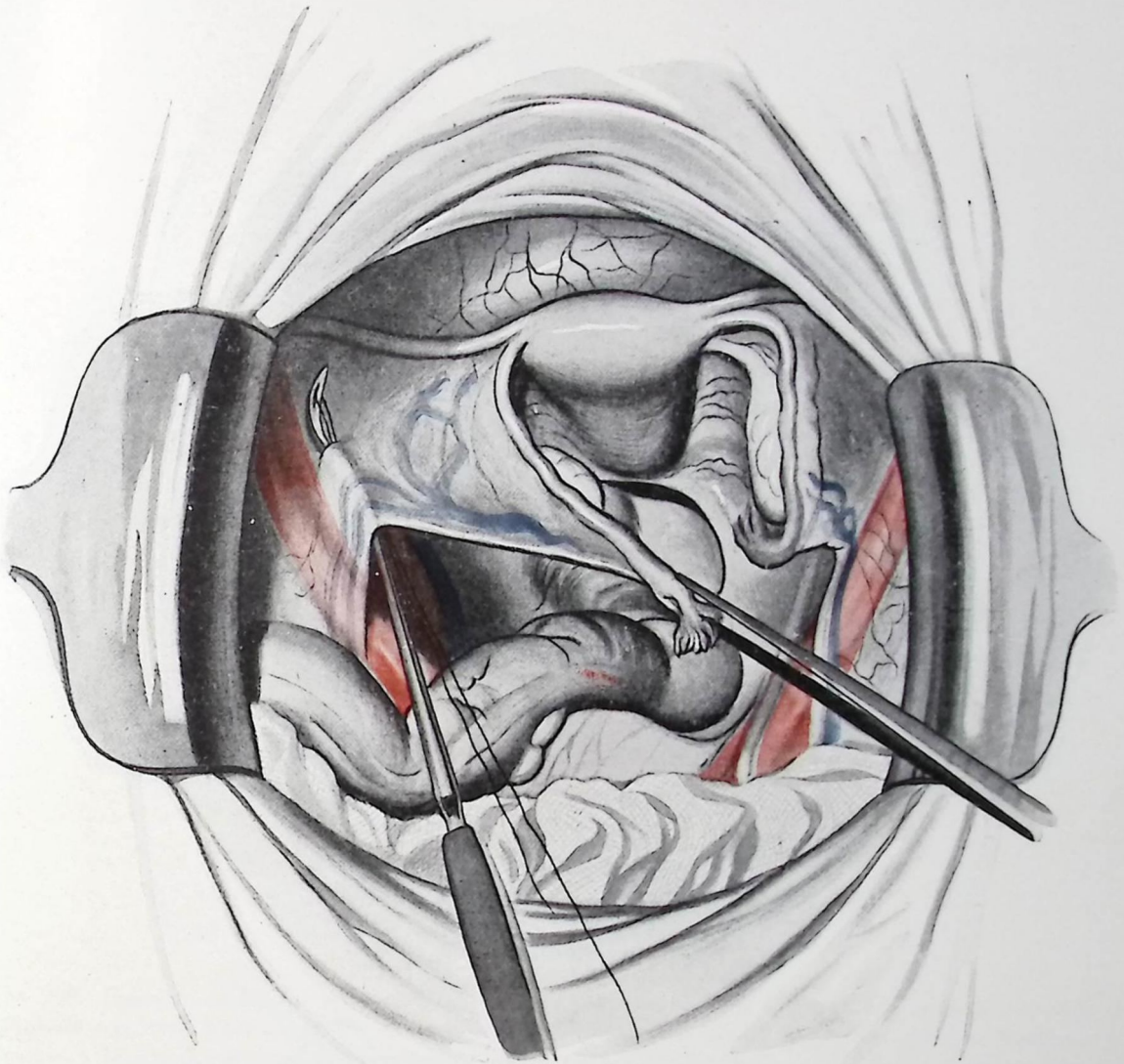


FIG. 197. Operação abdominal por carcinoma, método de Latzko. O ligamento infundíbulo-pélvico esquerdo é transfixado com uma agulha de aneurisma. O ligamento é distendido puxando a trompa esquerda para a linha mediana tendo-a pinçada perto de seu óstio abdominal. Podem vêr-se os vasos ovarianos transparecendo através o peritônio no bordo livre da prega. A agulha com o fio é passada no ligamento para fora de um ponto equidistante da parede pélvica e da extremidade abdominal da trompa.

mente, é aberto por uma incisão mediana longitudinal, infra-umbilical. Essa incisão dá uma boa exposição e é fácil de ser prolongada. Além disso, oferece as melhores perspectivas de cicatrização primária após essa operação que é de uma assepsia problemática. Depois de

abrir o abdômen palpa-se o fígado a procura de metástases. O operador inspecciona também a cavidade abdominal, procurando metástases, principalmente ao longo da aorta onde podem existir gânglios carcinomatosos. Finalmente mete-se a mão ao longo dos vasos ilíacos

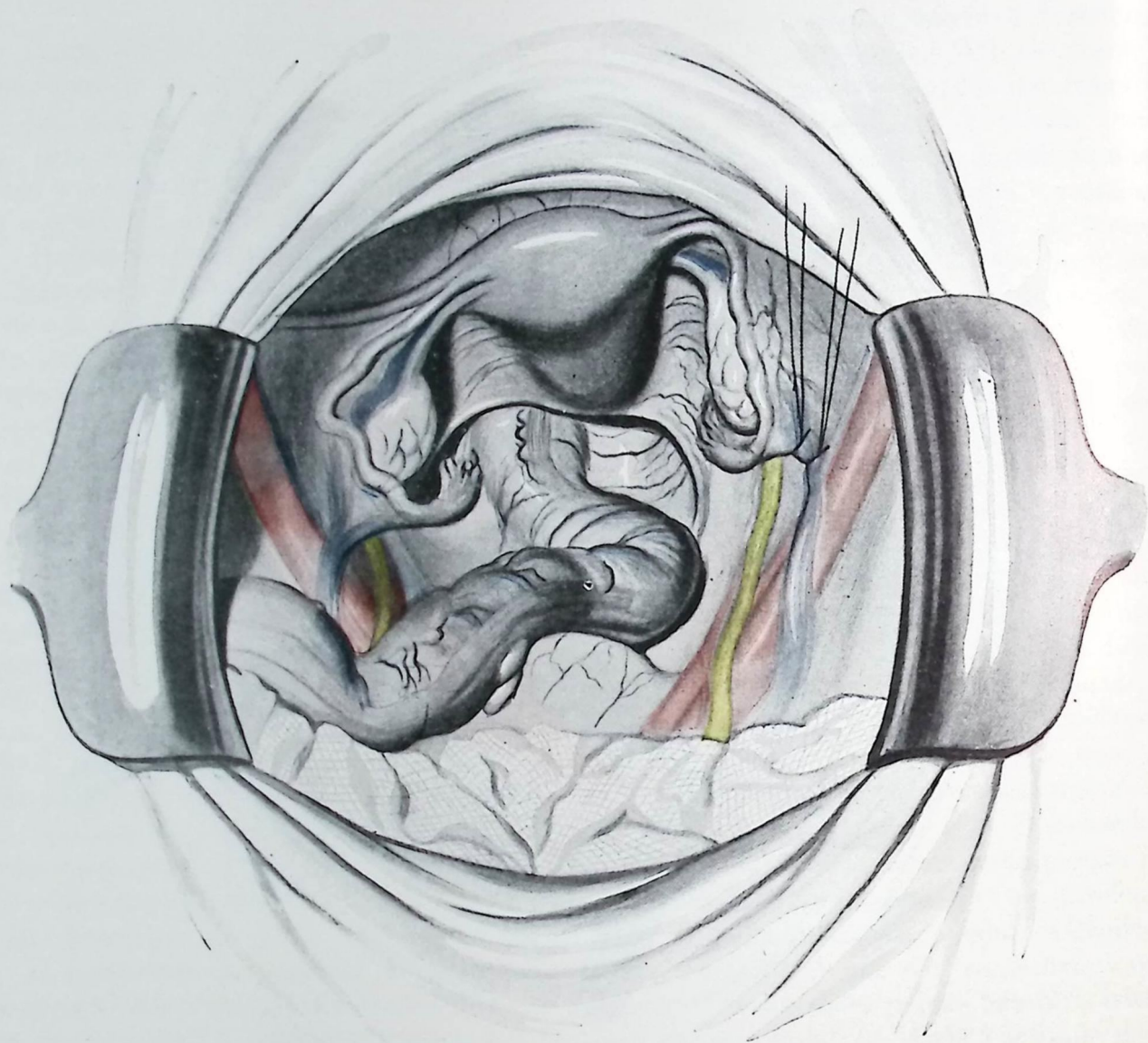


FIG. 198. Operação abdominal por carcinoma, método de Latzko. Vista depois da abertura do abdômen e afastamento do epíplon e dos intestinos por compressas. Através do peritônio parietal quasi sem gordura podem vêr-se os vasos ilíacos, hipogástricos e ovarianos e os dois ureteres. No caso vertente ambos os ureteres cruzam o comêço dos vasos ilíacos externos. Na região da concavidade sacra os vasos ovarianos jazem aplicados ao lado anterolateral do ureter mas, depois dêsse último fazem a sua curva terminal os vasos ovarianos rapidamente se afastam dêles. Os ureteres descem na pélve, ao passo que os vasos vão para frente rumo ao ovário. O ligamento infundíbulo-pélvico direito recebe duas ligaduras deixando-se longos os fios dessas ligaduras.

e hipogástricos. Quando se encontram gânglios, procura-se verificar si são móveis, para vêr si são completamente excisáveis. No caso de se encontrarem metástases no fígado, de se achar o carcinoma no peritônio, dos gânglios aórticos

estarem infiltrados ou de se acharem fixos aos grandes vasos os gânglios hipogástricos e ilíacos, não se deve tentar levar avante a operação; fecha-se o abdômen. A operação radical só será feita quando for possível executá-la técnicamen-

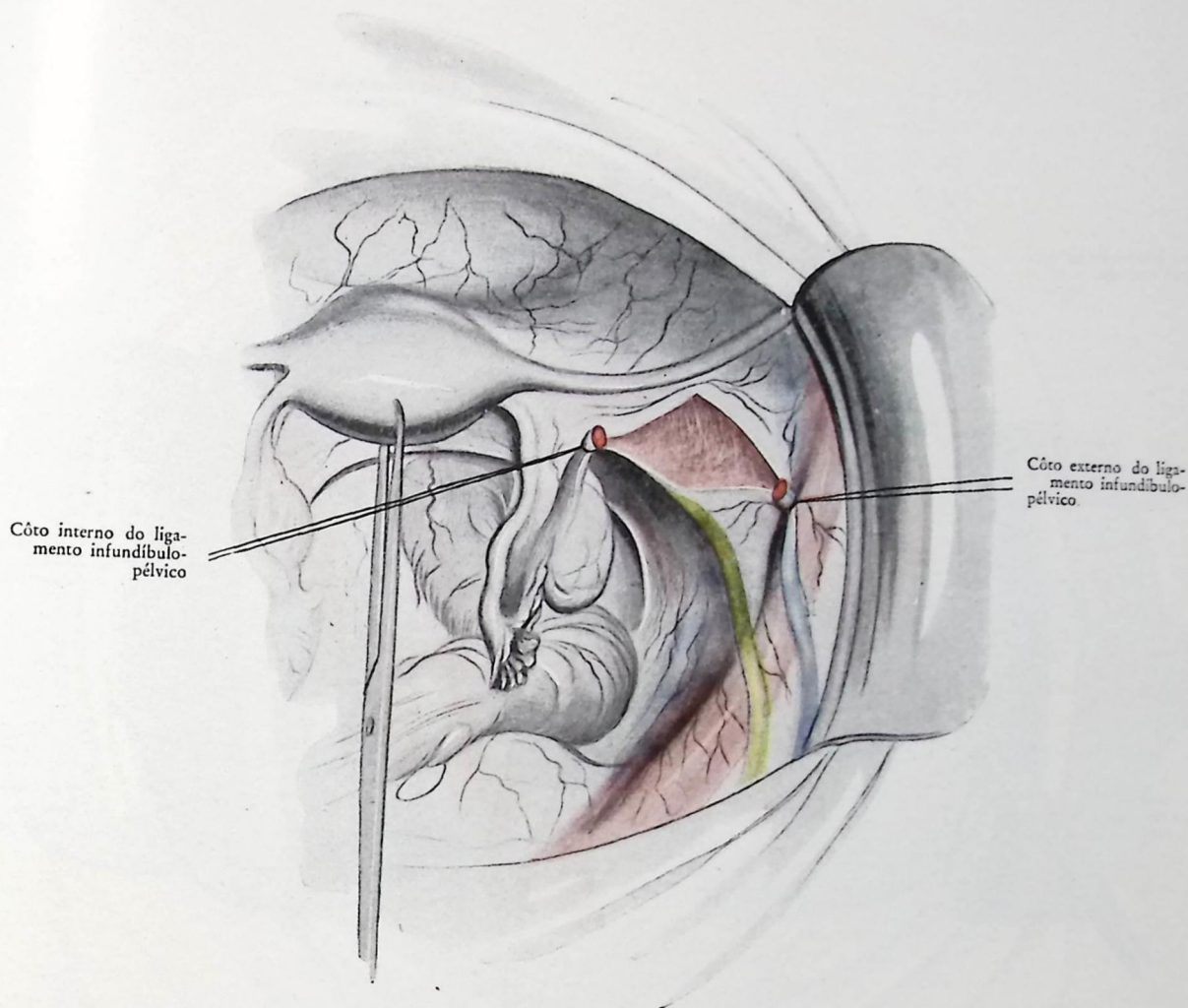


FIG. 199. Operação abdominal por carcinoma, método de Latzko. Visão da metade direita do campo operatório. O útero foi apanhado com uma pinça de dentes. O ligamento infundíbulo-pélvico direito foi cortado entre as ligaduras, de cima para baixo. A incisão é aberta transversalmente por tração nos fios das ligaduras, pondo à mostra o tecido conjuntivo frouxo subperitoneal que existe entre as duas fôlhas do ligamento.

te. Não fechar simplesmente o peritônio em um caso de carcinoma reconhecido como inoperável tem como consequência resultados imediatos mediocres e resultados tardios desagradáveis.

A. A OPERAÇÃO ABDOMINAL BASEADA NA DIVISÃO DOS TECIDOS, MÉTODO DE LATZKO

I. SECÇÃO DOS LIGAMENTOS INFUNDÍBULO-PÉLVICOS E REDONDOS E DO PERITÔNIO DA PREGA VÉSICO-UTERINA.

Para ligar o ligamento infundíbulo-pélvico

toma-se com uma pinça a extremidade abdominal da trompa uterina que se puxa para a linha mediana. O ligamento é assim posto em tensão e podem-se vêr bem os vasos ovarianos passando no bordo livre. Passa-se com uma agulha um fio na faixa de tecidos, de modo que os vasos fiquem compreendidos no laço (Fig. 197). Não deve ser passado muito junto da parede pélvica e nem deve carregar muito tecido porque em um e outro caso ha o perigo de comprometer o ureter que fica muito próximo do ligamento, incluindo-o na ligadura. Cerca de 1

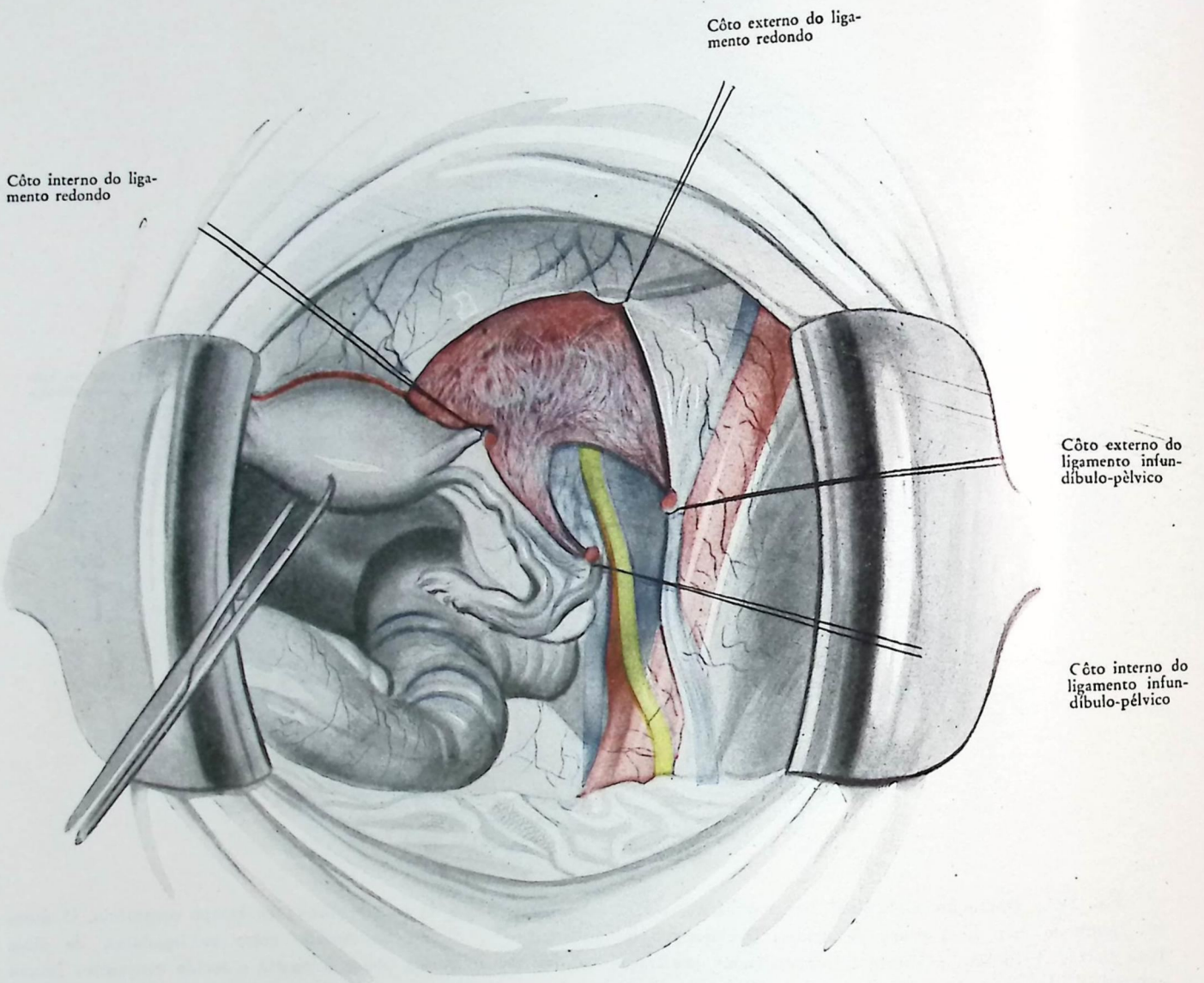


FIG. 200. Operação abdominal por carcinoma, método de Latzko. O útero é puxado para a esquerda com uma pinça de dentes expondo o lado direito do campo operatório. Os ligamentos infundíbulo-pélvico e redondo dêste lado foram cortados de cima para baixo, entre duas ligaduras, perto da parede pélvica. A parte triangular de peritônio da fôlha anterior do ligamento largo, que fica entre a trompa e o ligamento redondo (o peritônio da fossa pré-ovárica) é incisado em direção antero-mediana. O têrço direito da incisão em forma de ferradura que se estende transversalmente pela excavação vésico-úterina indo até os ligamentos redondos de cada lado já foi feito. O têrço médio dessa incisão está assinalado por uma linha vermelha. Tracionando os fios das ligaduras dos ligamentos infundíbulo-pélvico e redondo abre-se a ferida peritoneal expondo à vista o tecido conjuntivo frouxo sub-peritoneal.

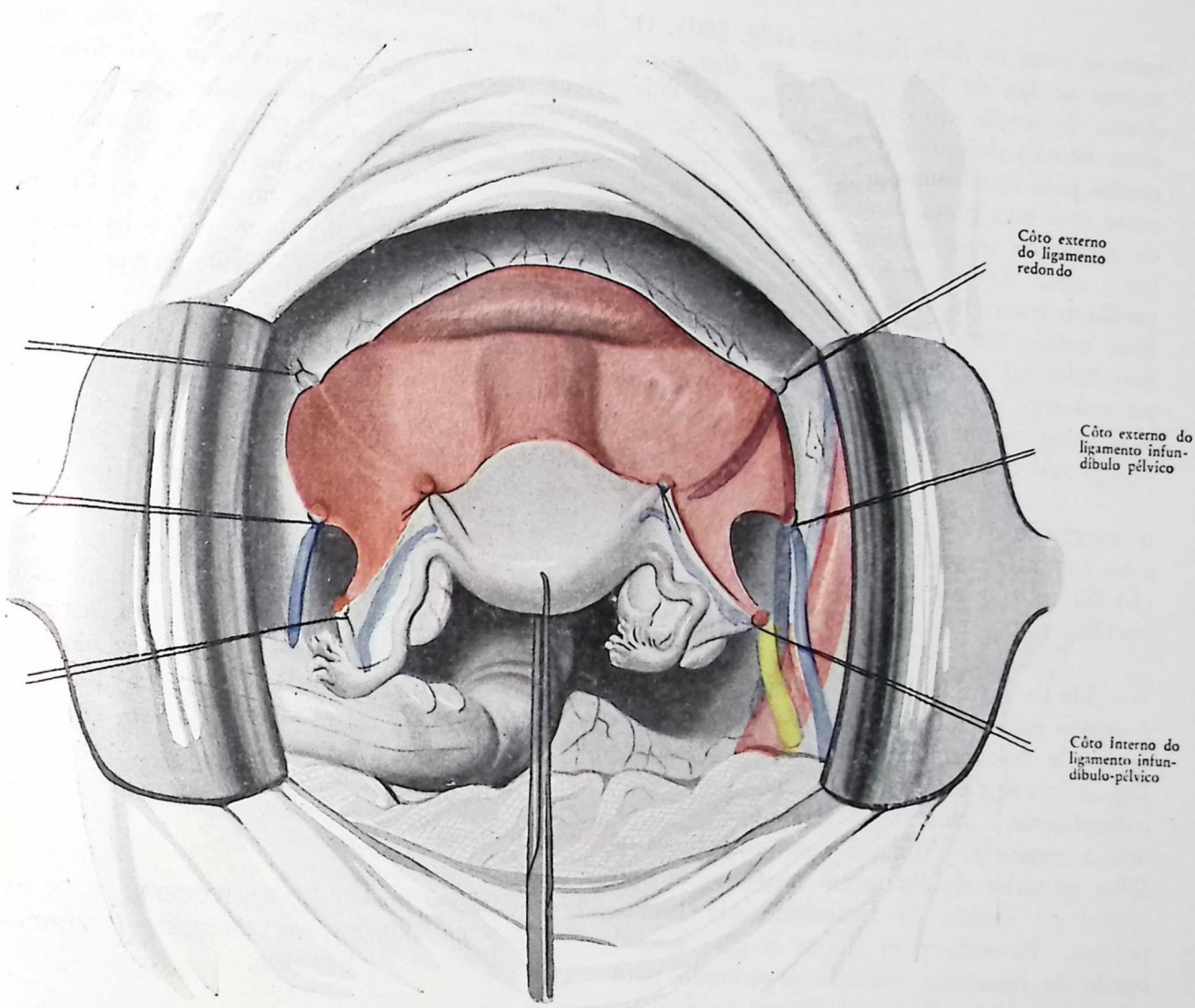


FIG. 201. Operação abdominal por carcinoma, método de Latzko. O fundo do útero é apanhado com uma pinça de dois dentes e puxado energicamente para o promontório. Os ligamentos infundíbulo-pélvicos e redondos foram cortados entre ligaduras. O triângulo de peritônio da fôlha anterior do ligamento largo entre a trompa e o ligamento redondo (peritônio da fossa préovárica) foi cortado para diante e para dentro. Foi feita uma incisão em arco no peritônio da excavação vesicouterina indo encontrar de cada lado a incisão dos ligamentos redondos. A bexiga foi afastada do colo e, pela tração sobre o fundo uterino, abre-se a ferida peritoneal de modo a expôr à vista em uma ampla área o delicado tecido conjuntivo frouxo subperitoneal. Podem-se vêr na ferida subperitoneal os remanescentes da camada de tecido conjuntivo que, dirigindo-se do ligamento redondo para baixo vai ter ao folheto horizontal do ligamento umbilical lateral, no ângulo direito da ferida. Esse folheto do tecido conjuntivo do ligamento redondo não tem importância prática.

cm. para dentro passa-se uma segunda ligadura (Fig. 198) e entre elas corta-se o ligamento, de cima para baixo, paralelamente à parede pélvica (Fig. 199). Depois de terminar o mesmo procedimento do lado opôsto, toma-se o

útero com uma pinça de dois dentes e distende-se o ligamento redondo de um dos lados. Passa-se uma dupla ligadura no ligamento e na pequena porção de peritônio que resta depois de ter cortado o ligamento infundíbulo-pélvico;

corta-se entre as duas ligaduras (Fig. 200). O mesmo se faz do lado oposto. Os fios para dentro da secção são cortados rente. Os dois côtos laterais deixam-se compridos para serem usados para tração sobre o peritônio. Toma-se então com uma pinça dente-de-rato o peritônio da excavação vésico-uterina onde é frouxo sobre o colo. Levanta-se uma prega e corta-se o peritônio transversalmente afastando-o do colo. Essa incisão transversal é prolongada para os dois lados até encontrar a secção dos ligamentos redondos. A bexiga deve ser empurrada para baixo com uma gaze, na parte superior do espaço vesicocervical.

II. EXPOSIÇÃO DA "PARS POSTERIOR" DO URETER E DA ARTÉRIA UTERINA POR FORA DÊLE. DISSECÇÃO DO ESPAÇO PARARRETAL E DA SUPERFÍCIE POSTERIOR DO LIGAMENTO DE MACKENRODT.

Via de regra, o ureter, a artéria uterina e o espaço pararretal são mais acessíveis e mais faceis de descobrir do lado direito primeiro. Depois leva-se a dissecção ao lado esquerdo que, naturalmente, é menos acessível ao operador que está à esquerda. Toma-se com uma pinça a fôlha posterior do ligamento largo no ângulo caudal da incisão do ligamento infundíbulo-pélvico. Puxando para diante o côto lateral ligado do ligamento redondo e puxando para trás com a pinça citada, afastam-se os dois folhêtos do ligamento largo. Alguns golpes rombos com uma pinça anatômica completam essa separação dos tecidos (Fig. 201). Afastando bastante êsses dois folhêtos a "pars posterior" do ureter aparece no folhêto posterior do ligamento largo dirigindo-se para baixo, para diante e para dentro para o ponto em que penetra no ligamento de Mackenrodt (Fig. 202). Ao separar os folhêtos do ligamento largo não se deve destacar da folha posterior do ligamento o tecido conjuntivo frouxo para não separar o ureter de suas ligações com êsse folheto. Destacando-o de sua localização mediana, torna-se muitas vezes, mais difícil de encontrar.

A "pars parietalis" e a parte ureterolateral

da "pars parametrana" da artéria uterina que ficam por diante e para fora do ureter são, em geral, visíveis após essa separação das fôlhas do ligamento largo. Pode suceder, entretanto, que ao se separarem as fôlhas do ligamento largo, fique o trajeto parametrial da uterina a uma distância considerável do ureter, devido à tração para trás da fôlha posterior do ligamento largo ou à dilaceração de tecidos frouxos por dentro dela.

Entre o ureter e a artéria uterina, e a parede pélvica fica uma área de tecido conjuntivo frouxo com a largura de mais ou menos dois dedos. Nesse tecido conjuntivo frouxo pode-se meter o dedo para baixo e para dentro rumo ao soalho pélvico porque o ureter vái para trás em virtude de sua fixação ao ligamento largo. Como resultado dessa dissecção romba aparecem a parte superior do espaço pararretal e a superfície posterior do ligamento de Mackenrodt. O dedo deve ser introduzido de modo que sua ponta penetre no espaço pararretal em direção ao plano mediano. Metendo-o para fora e para baixo é inevitável ferir os grandes vasos da parede pélvica.

III. EXPOSIÇÃO DO ESPAÇO VESICOCERVICAL E DA SUPERFÍCIE MEDIANA DO LIGAMENTO VESICO-UTERINO.

Puxa-se agora o útero energicamente para cima em direção ao promontório com a pinça de dois dentes. Essa manobra abre a incisão peritoneal que se estende do ligamento infundíbulo-pélvico de um lado, em arco, através do folhêto anterior do ligamento largo ao soalho da excavação vésico-uterina e então sobe em direção ao ligamento infundíbulo-pélvico do outro lado. A bexiga é pinçada no limite entre suas superfícies posterior e superior e é afastada do colo para cima. Distende-se, dessa forma o tecido conjuntivo frouxo entre a bexiga e o colo e é dissecado e em parte seccionado. Abre-se, assim, o espaço vesicocervical. Cortando transversalmente o septo supravaginal a dissecção penetra no espaço ve-

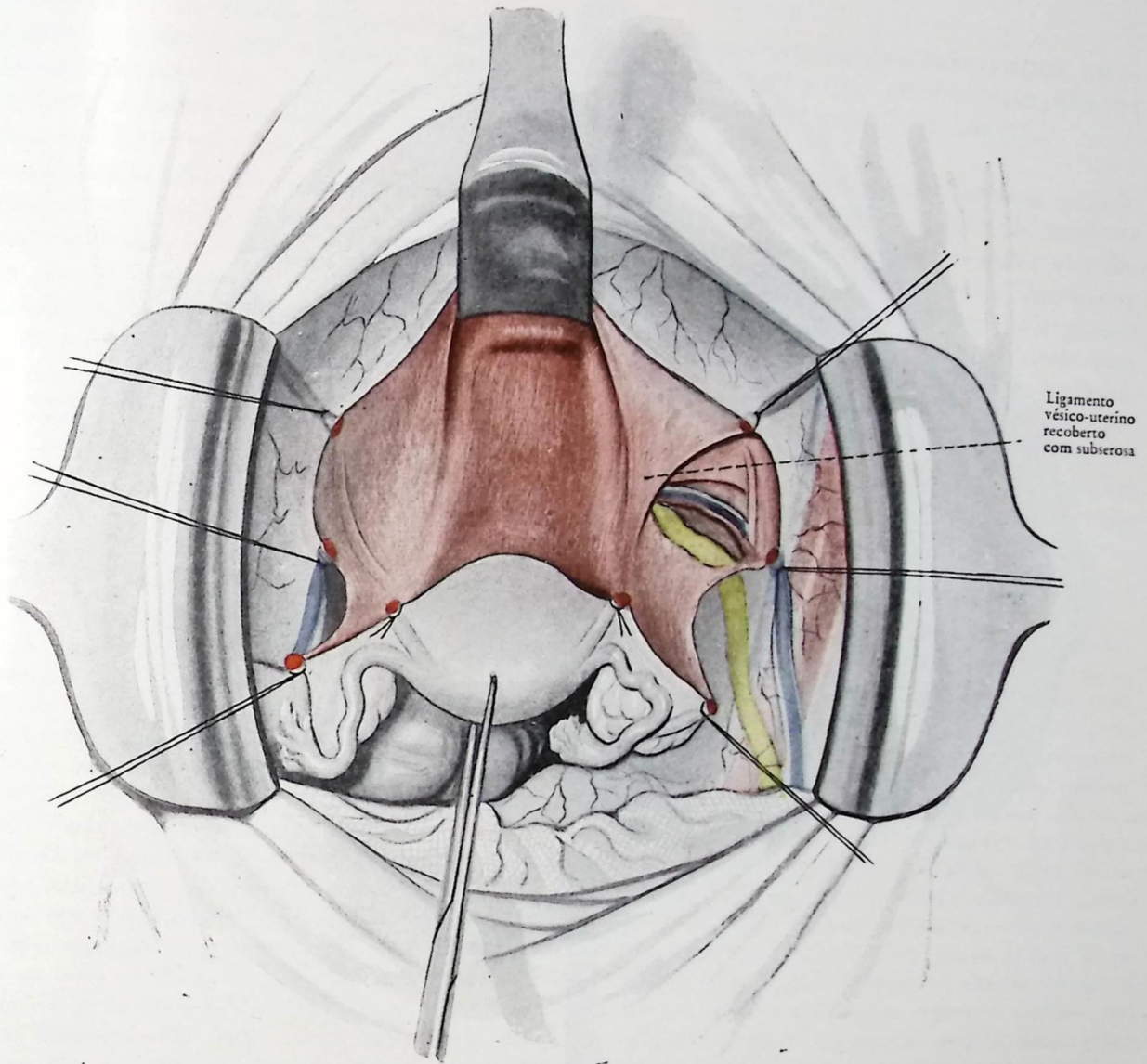


FIG. 202. Operação abdominal por carcinoma, método de Latzko. Essa ilustração mostra um estado da dissecação, um tanto mais avançado do que o que se vê na Fig. 201. A bexiga foi descolada não só do colo, mas também da vagina na linha mediana, depois de incisar o septo supravaginal. Os espaços vesicocervical e vesicovaginal são assim abertos e postos em comunicação um com o outro. Toda a parede lateral desse espaço, o ligamento vésico-uterino, se mostra tanto pelo lado mediano como pelo externo. O bordo superior desses ligamentos, especialmente o do lado direito, ainda está coberto com tecido frouxo subseroso. Essa delicada tela subserosa na região da fossa pré-ovárica, i. é., no triângulo entre os ligamentos redondos e a parede pélvica lateral, é empurrada para o lado com uma gaze, de modo que surge à vista a porção posterior da camada de tecido conjuntivo mais resistente do ligamento umbilical lateral. Na parte posterior dessa camada de tecido conjuntivo passam os vasos uterinos para o ligamento de Mackenrodt. E' a parte ureterolateral dos vasos uterinos. Para dentro e para trás dos vasos uterinos acha-se a porção posterior do ureter presa ao folheto posterior do ligamento largo por suas lamelas de tecido conjuntivo. Uma abertura em fenda que aparece entre o feixe vascular uterino e o ureter é a abertura superior do espaço pararectal

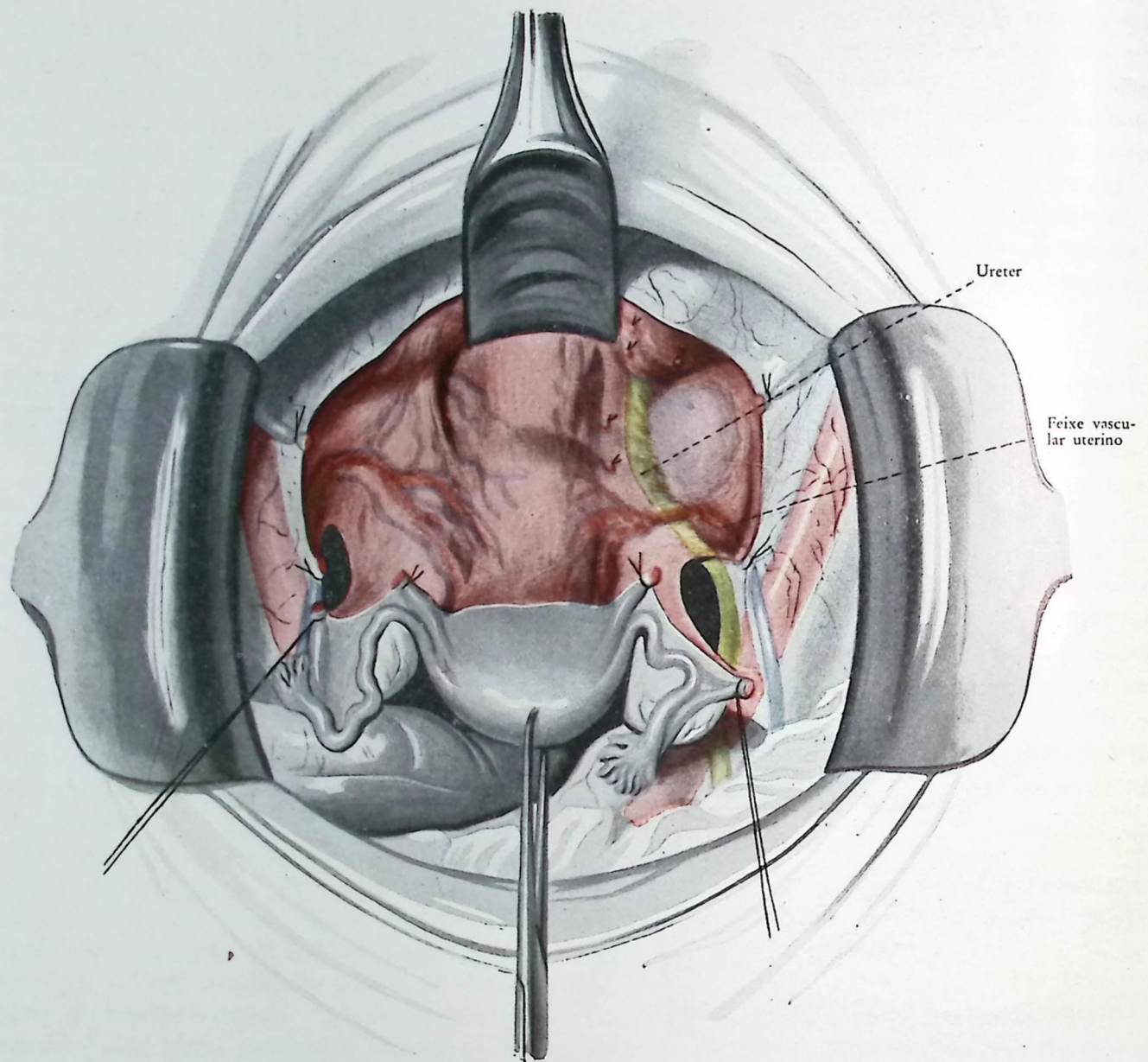


FIG. 203. Operação abdominal por carcinoma, método de Latzko. O fundo do útero é apanhado por uma pinça de dois dentes e puxado fortemente para o promontório. Os dois ligamentos infundíbulo-pélvicos foram cortados entre duas ligaduras. Foi cortada a parte lateral do folheto anterior do ligamento largo, que fica entre os ligamentos infundíbulo-pélvico e redondo de cada lado e a incisão foi prolongada pela linha mediana através do peritônio situado entre a bexiga e o útero. O bordo pelviano da incisão vái de cada lado, do ligamento infundíbulo-pélvico ao redondo e se continua com o arco transversal através da excavação vésico-uterina que se estende de um a outro côto externo dos ligamentos redondos. A bexiga foi afastada do colo e da vagina no plano mediano abrindo o espaço vesicocervical e, depois de cortado o septo supravaginal, o espaço vesicovaginal. Forma-se pela tração do útero para o promontório e pelo afastamento da bexiga para diante, uma superfície oval transversal. — A artéria uterina que, normalmente cruza o paramétrio transversalmente da parede pélvica ao bordo do útero aparece com o trajeto um pouco ascendente no têrço externo da superfície da ferida em consequência da elevação do útero. Vê-se nessa ilustração, como nas Figs. 206 e 207 que a parte ascendente dos vasos uterinos é formada de vários vasos que sobem em um feixe pelo bordo uterino. Êsse aspecto da porção ascendente dos vasos uterinos não corresponde ao normal. Geralmente, a porção parametrial da artéria uterina e suas vênias satélites compõe-se de um cordão de vasos uns ao lado dos outros. Depois de se encurvar para constituir a porção ascendente de seu trajeto, a uterina penetra em um denso tecido que acompanha o bordo do útero. Já então o feixe uterino não pode mais ser reconhecido como tal.

sicovaginal. Do mesmo modo que na operação vaginal por carcinoma é preciso ter um cuidado extremo para fazer a dissecação no plano certo entre os fascias cervical e vaginal de um lado e o fascia vesical de outro. Fazendo a dissecação muito perto da vagina entre a parede vaginal e seu fascia, a operação torna-se não só mais difícil como menos radical. Penetrando no espaço certo, pode a bexiga ser facilmente destacada do colo e da vagina e o descolamento pode avançar para os lados até os ligamentos vésico-uterinos. As superfícies internas desses ligamentos formam os limites externos do espaço vesicocervical (Figs. 202, 130, 132, 135 e 137).

IV. EXPOSIÇÃO DOS ESPAÇOS PARAVESICAIS. SEPARAÇÃO DOS SEPTOS DA BEXIGA. DISSECAÇÃO DA "PARS ANTERIOR" DO URETER.

A delgada membrana do ligamento umbilical lateral estende-se de cada lado, do contôrno posterior da bexiga ao feixe vascular uterino, limitado do lado de dentro pelos ligamentos vesico-uterinos e do lado de fora pela parede pélvica. Pode facilmente ser desfeita com uma gaze percebendo-se então a gordura do espaço paravesical recoberta por uma delgada cápsula. A fôlha conjuntiva do ligamento umbilical lateral, o fascia vésico-hipogástrico é rompido em sua parte mais delgada, entre os vasos uterinos

Os vasos penetram no firme tecido conjuntivo que acompanha o bordo do útero. Apenas num ou noutro ponto da superfície anterior ou mais frequentemente da posterior se consegue perceber uma alça da artéria uterina ou do plexo uterino, na superfície do denso tecido do bordo do útero. Isso indica que êsses tecidos encerram o plexo uterino e a artéria uterina. O tecido ao longo do bordo do útero não pode ser considerado como uma formação particular de tecido conjuntivo. Deriva tão gradualmente do limite lateral do útero que é como se pertencesse ao próprio útero e só em experiências em preparações injetadas ou pela secção transversa é que se pode verificar que constitue um tecido independente e uma estrutura de sustentação dos vasos. — Às vezes pode um ramo variante da artéria uterina com uma vêia correspondente dirigir-se para cima, para o fundo uterino, pela superfície anterior dêsse tecido. Êsses ramos vasculares correndo lado a lado podem parecer uma miniatura de feixe vascular ascendente. Pode sempre distinguir-se do verdadeiro feixe vascular do paramétrio por seu tamanho menor e por seus limites indistintos ao longo do bordo do útero. Na ilustração a artéria uterina ascendente e o plexo uterino que a envolve mostram-se como uma espécie de feixe vascular, ou era o caso da citada variante ou então, o desenho foi feito esquematicamente. Vê-se, entre os têrços esquerdo e médio da ferida, um cordão de tecido que se estende da bexiga ao bordo do útero. E' o ligamento vésico-uterino que encerra em sua parte superior e lateral as vênias de deságue do plexo vesical. O ureter esquerdo cruza a parte mais baixa dêsse ligamento, ainda completamente incluso e recoberto pelo tecido ligamentoso. No espaço limitado anteriormente pela parede pélvica esquerda e internamente pelo ligamento vésico-uterino, fica o folheto conjuntivo do ligamento umbilical lateral que aparece quando se retira a tela subserosa com seu aspecto de têia. — O têrço médio da ferida é formado inteiramente pelas superfícies cruentas do colo e da vagina, a parte correspondente da bexiga estando oculta pela valva anterior. No bordo do colo e da vagina, de cada lado podem vêr-se as vênias do plexo uterovaginal. O limite entre o têrço médio e o direito da ferida é constituído pelo ureter que se dirige para diante, rumo à bexiga. Ainda se mostra recoberto por delgadas fibras de tecido conjuntivo, já tendo sido cortada com o fim de descobri-lo a parte superior do ligamento vésico-uterino direito. Podem vêr-se sôbre a bexiga e no bordo do útero ligaduras passadas com o fim de garantir a hemostase quando são cortadas as vênias eferentes do plexo vesical. Limitada adiante pela bexiga, atrás pelo feixe vascular uterino, para dentro pelo ureter e para fora pela parede pélvica existe uma área através a qual pode-se vêr gordura através de uma delicada membrana transparente. Envolvendo o lado externo dessa área circular existe uma lâmina de tecido conjuntivo consistente que sobe levemente para a parede pelviana. Essa área circular é resultante da dissecação da fôlha conjuntiva do ligamento umbilical lateral e representa a gordura do espaço paravesical coberta por uma membrana transparente. O tecido conjuntivo consistente que rodeia o limite externo da área circular é formado por restos falciformes da fôlha do ligamento umbilical lateral. Na parte posterior dessa fôlha passa a artéria uterina para o útero cruzando por cima o ureter que se dirige para diante à bexiga. E' visível toda a porção pelviana do ureter direito. A porção anterior e média está recoberta por delgado tecido conjuntivo e pelos vasos uterinos. Sua porção posterior pode ser vista através o peritônio. Entre a porção ureterolateral do feixe vascular uterino e a parte posterior do ureter fica a abertura em fenda que dá para o espaço pararretal.

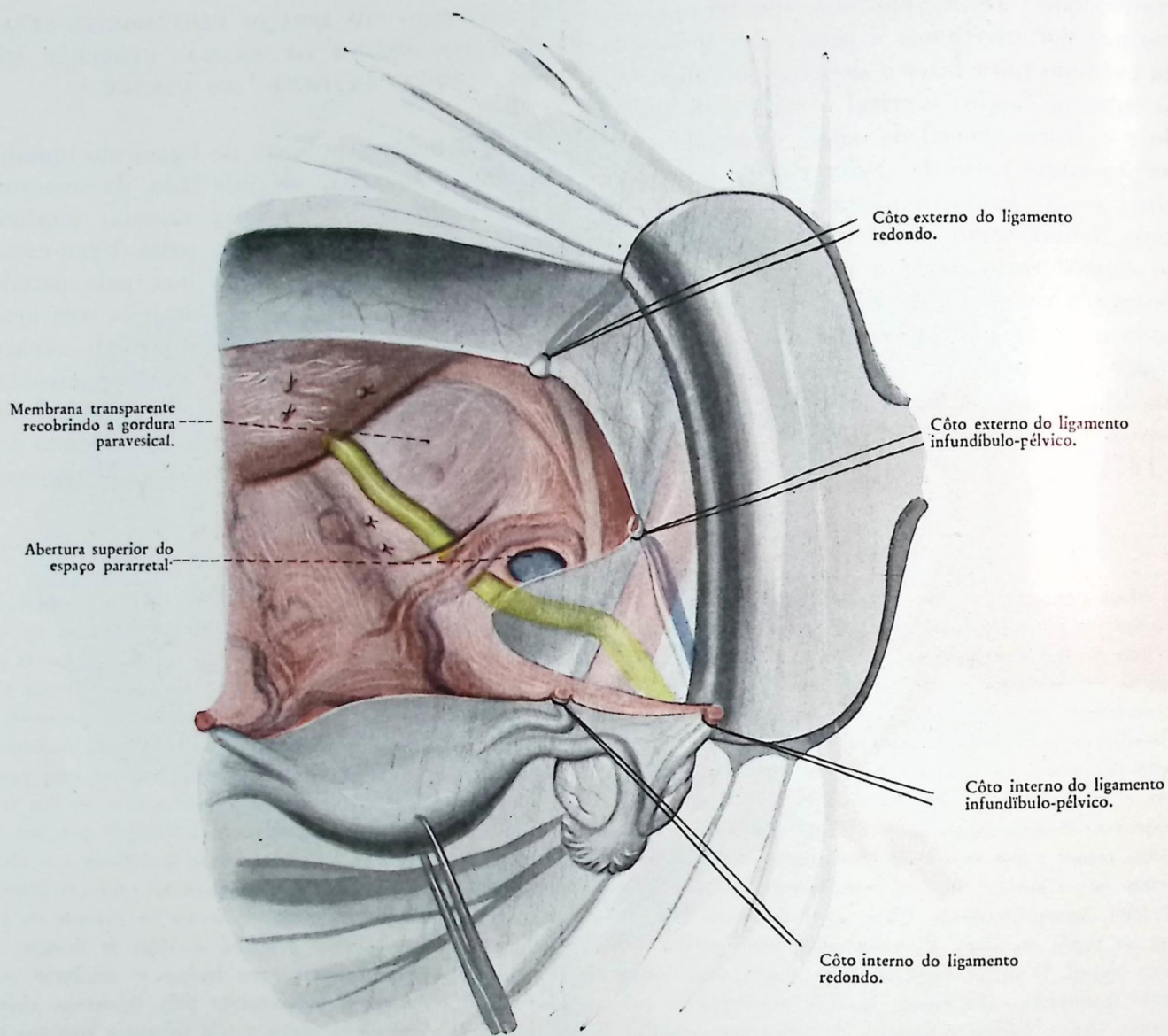


FIG. 204. Operação abdominal por carcinoma, método de Latzko. Vista da metade direita do campo operatório. Foram ligados e seccionados entre duas ligaduras os ligamentos redondo e infundíbulo-pélvico. A bexiga foi separada do colo e da vagina até um ponto abaixo da entrada do ureter direito. O útero foi puxado para o sacro e para a direita por uma pinça de dentes. A porção anterior do ureter acha-se completamente exposta pela secção do ligamento vesíco-uterino da bexiga. sua porção intermediária ainda se acha recoberta pelos vasos uterinos e atrás êle se vê por transparência através do folheto posterior do ligamento largo. A artéria uterina direita deixa o ligamento umbilical lateral que se estende para diante acompanhando a parede pélvica. Dêsse ligamento destaca-se uma fôlha de tecido conjuntivo que termina em um bordo côncavo. Para dentro desse estrutura fica a gordura do espaço paravesical recoberta por sua cápsula. Nessa região a lâmina de tecido conjuntivo do ligamento umbilical lateral foi perfurada com uma esponja e empurrada até restar apenas o bordo côncavo agudo que foi descrito. A porção posterior do ureter e sua fôlha de tecido conjuntivo prêsas ao folheto posterior do ligamento largo e separada, do ligamento de Mackenrodt empurrando-se para trás e para dentro. A artéria uterina fica sobre o bordo superior dêsse último ligamento. O afastamento do ureter para dentro abre a parte mais alta do espaço pararretal, em cujo fundo se pode perceber uma grossa vêia da parede pelvica.

e os vasos vesicais superiores (Figs. 203, 204, 205 e 134). Pela descoberta dos espaços vesicocervical e paravesical o limite posterior da bexiga e a inserção dos ligamentos vésico-ute-

parte superior do ligamento (Fig. 135). Esse vaso é tomado por uma pinça e ligado. Qualquer vêia da bexiga que sangue, também é pinçada e ligada. Quanto mais forte fôr a disten-

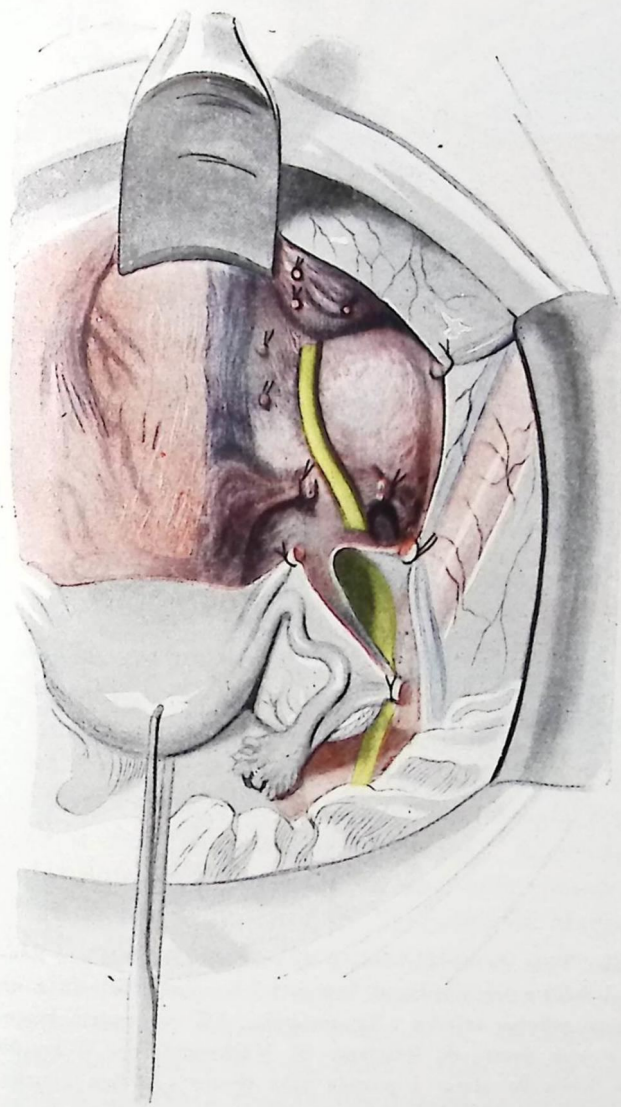


FIG. 205. Operação abdominal por carcinoma, método de Latzko. Vista da metade direita do campo operatório, mostrando o tempo que se segue ao descrito na Fig. 204. Os ligamentos redondo e infundíbulo-pélvico direitos foram cortados entre duas ligaduras. A bexiga é afastada do colo e da vagina e mantida próximo à sínfise por uma valva anterior. O útero é puxado para o promontório por uma pinça de dois dentes. Da origem da artéria uterina os restos falciformes do fascia hipogástrico dirige-se para o lado direito da abóbada vesical. Para dentro fica a gordura paravesical recoberta por sua cápsula de tecido conjuntivo. O lado superior do ureter pelviano aparece nas partes anterior e média de seu trajeto. Adiante foi descoberto em consequência da dissecação dos tecidos envolventes. A porção média foi descoberta pela secção dos vasos uterinos entre ligaduras no ponto em que cruzam o ureter. A porção posterior do ureter e a fôlha conjuntiva que o prende ao folheto posterior do ligamento largo é afastada do ligamento de Mackenrodt. A artéria uterina corre pelo bordo superior dêsse ligamento. A câmara superior do espaço pararectal é assim largamente aberta. No fundo dessa abertura artificial fica uma grande vêia da parede pélvica.

rinos são plenamente visíveis. Puxando o útero para o promontório e recalçando uma valva vaginal colocada no espaço vesicocervical, distendem-se os ligamentos vésico-uterinos. Podem ser seccionados de sua inserção na bexiga por uma incisão transversal. Essa incisão tem que cortar uma artéria vesical que sai da uterina antes dessa cruzar o ureter e transita pela

são dos ligamentos vesico-uterinos ao serem cortados, menor será a hemorragia. A secção do septo vesical dêsse modo poupa o plexo vaginal que fica intato dos lados da vagina (Fig. 205). Tem-se que ter cuidado ao cortar a parte inferior dos septos vesicais perto da parede anterior da vagina. O músculo vesical se irradia para o ligamento vésico-uterino na região do

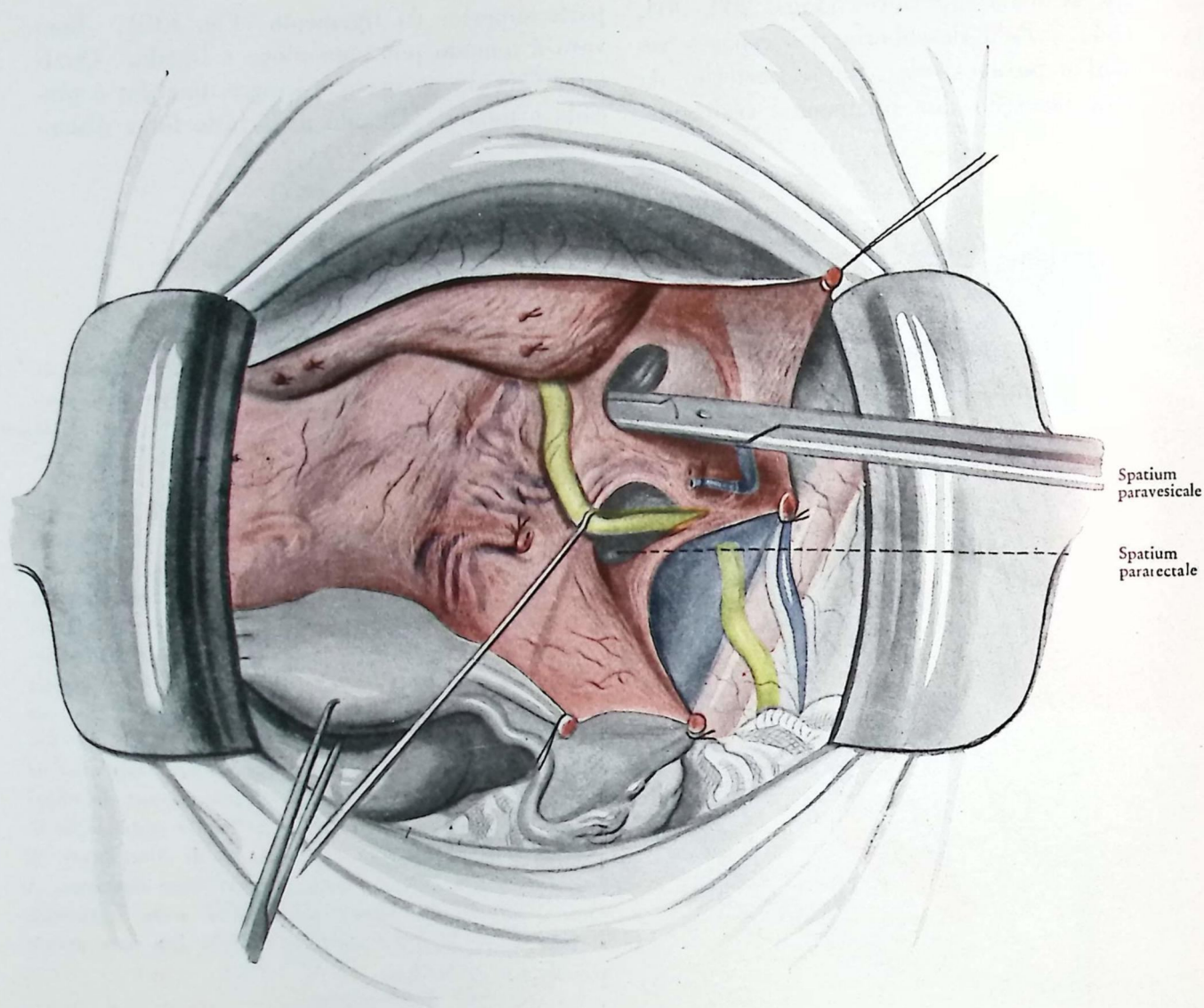


FIG. 206. Operação abdominal por carcinoma, método deLatzko. Vista da metade direita do campo operatório. Os ligamentos infundíbulo-pélvico e redondo direitos foram duplamente ligados e seccionados. A bexiga foi descolada do colo e da parede anterior da vagina. O ureter foi posto a descoberto em suas porções anterior e intermediária. Em seu trajeto posterior o ureter e seu folheto conjuntivo foram separados para trás e para dentro do ligamento de Mackenrodt por dissecação digital, abrindo assim amplamente o espaço pararectal. A porção média do ureter é puxada para dentro com um gancho, transversalmente sobre a abertura do espaço pararectal. Os restos falciformes do fascia vesico-hipogástrico se estendem da origem da artéria uterina para o lado direito e para o vértice da bexiga. A cápsula de tecido conjuntivo da gordura paravesical é perfurada a tesoura por trás da saliência da bexiga e a gordura é empurrada para o lado. O útero é puxado para cima para o promontório e para a esquerda. Vê-se no bordo do útero e da vagina o plexo úterovaginal.

orifício ureteral e êsse músculo pode ser separado da mucosa por uma dissecação sem cuidado. Portanto, nessa região a incisão irá se aproximando cada vez mais do ureter. A dissecação avança para baixo por pequenos golpes, enxu-

gando o sangue cuidadosamente e afastando para o lado, delicadamente as fibras cortadas para o lado, sempre sob a vista direta e tendo sempre em mente que o ureter está cada vez mais próximo a medida que se aproxima a pa-

rede vaginal anterior. Finalmente surge à vista o ureter a princípio coberto por um delicado tecido conjuntivo e depois bem visível por seu brilho branco e reconhecível pela aparência de cordão. Bastam alguns golpes da pinça anatômica para libertar a parte anterior do ureter de suas ligações laterais e superiores com a parede de seu canal no ligamento vésico-uterino (Figs. 203 e 204). Expõe-se assim o ureter, primeiro do lado direito, depois do esquerdo.

V. LIGADURA DA ARTÉRIA UTERINA E DE SUAS VÊIAS SATÉLITES. EXPOSIÇÃO DO BORDO SUPERIOR DO LIGAMENTO DE MACKENRODT E DA "PARS INTERMEDIA" DO URETER.

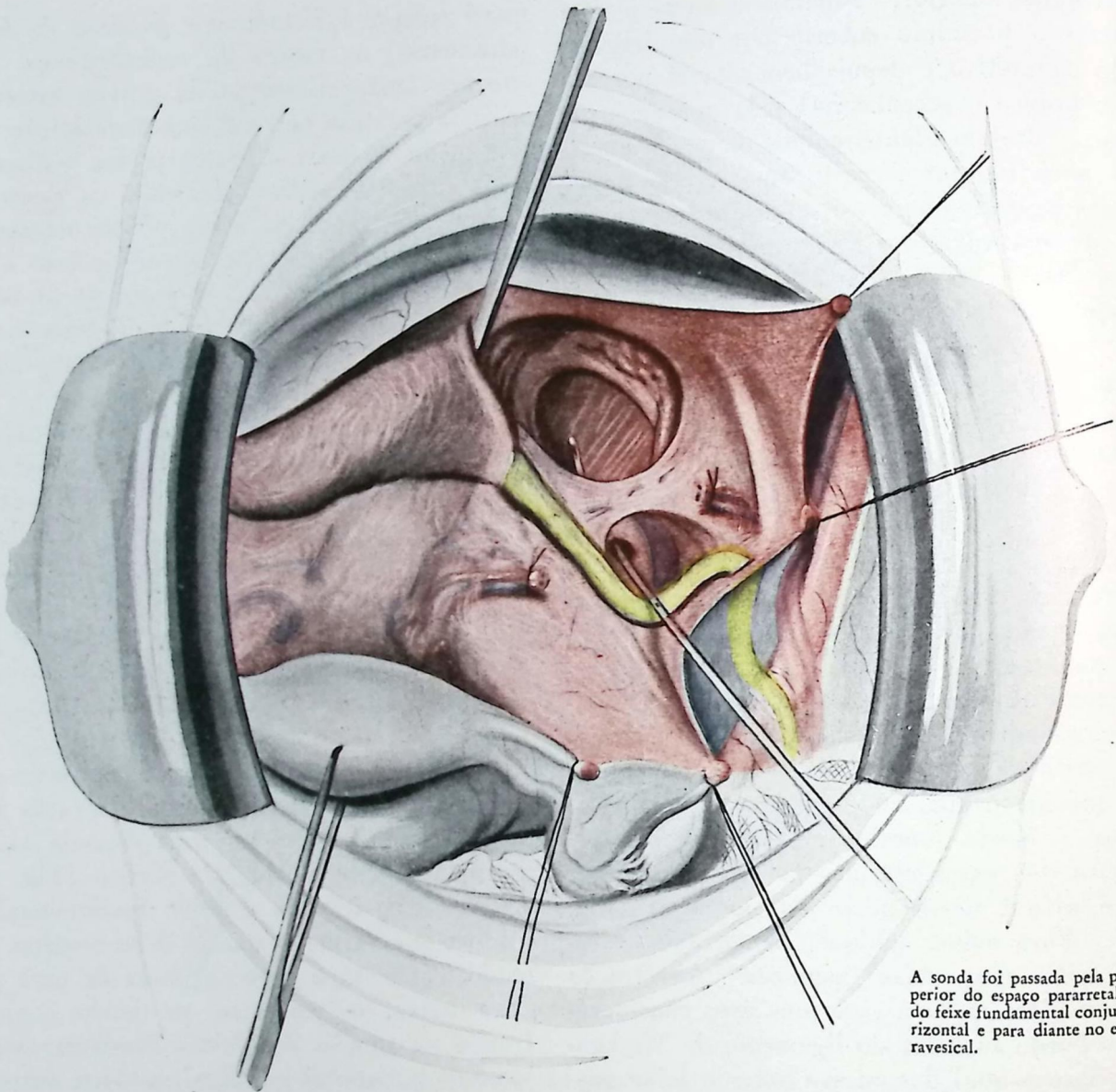
A artéria uterina e suas vênias satélites que já foram observadas do lado direito são, em seguida, ligadas para fora do ureter. Como o espaço paravesical e a porção superior do espaço pararretal já foram descobertos, pode-se facilmente reconhecer o ligamento de Mackenrodt. Essa estrutura separa êsses dois espaços. A artéria uterina ocupa, na parte horizontal de seu trajeto, o bordo superior dêsse ligamento. A ligadura dos vasos uterinos por fora do ureter não é difícil nêsse ponto da operação (Fig. 205). Para evitar qualquer hemorragia corta-se o feixe entre duas ligaduras. A retração dos dois côtos expõe à vista uma área considerável do bordo superior do ligamento de Mackenrodt sôbre o qual descansava antes o feixe vascular uterino. O fio da ligadura lateral é cortado rente. Deixa-se longo o fio da ligadura interna e puxa-se para cima o côto ligado para pôr a mostra a porção intermediária do ureter, por cima. Na parte anterior e na porção intermediária de seu trajeto o ureter fica em uma espécie de canal que atravessa os ligamentos de Mackenrodt e vesico-uterino. Essa porção pode ser facilmente retirada de seu canal por dissecação entre a superfície do ureter e a parede do canal. Caso a dissecação seja praticada muito junto ao ureter pode ser danificada a sua bainha de tecido conjuntivo e mesmo a sua musculatura. Em tais casos a ferida ureteral é

quasi sempre infectada por germens da ferida parametrial no correr da convalescença. Isso provoca uma inflamação da parede ureteral e mais tarde uma necrose com fistulização. Si, por mêdo de ferir o ureter se faz a dissecação muito afastada dêle cortar-se-ão os vasos sanguíneos que envolvem a sua porção intermediária (Fig. 146). O resultado dêsse êrro é uma perda de tempo devida à necessidade de fazer a hemostasia. O estancamento de uma hemorragia nesse ponto não é fácil e o sangramento pode prejudicar a bôa visão.

O ureter está agora expôsto em todas as três porções de seu trajeto pelviano e pode ser afastado do campo operatório para o lado. A dissecação e o recalçamento para o lado, do ureter esquerdo faz-se pelo mesmo processo.

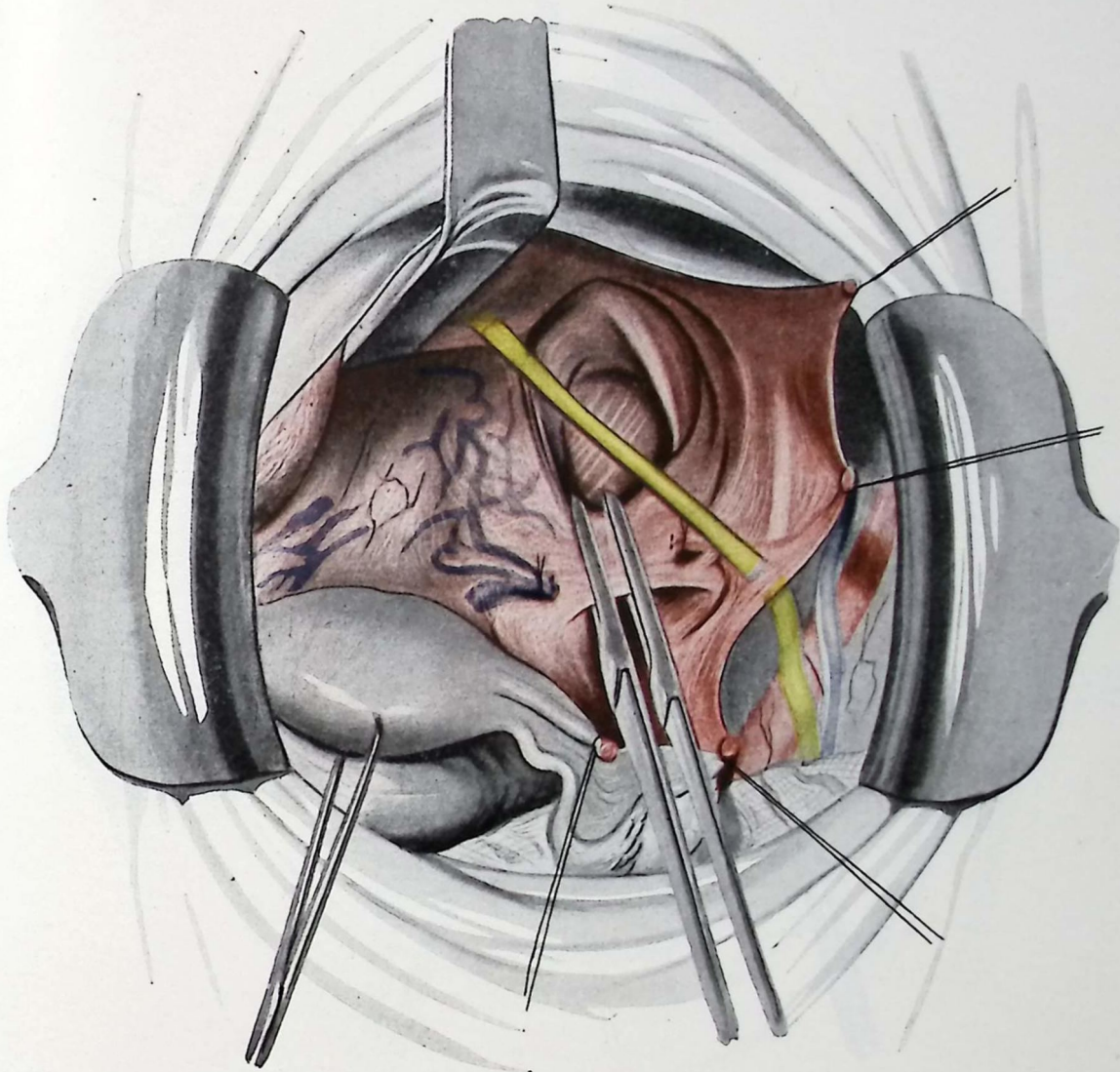
VI. EXPOSIÇÃO DA BASE DO LIGAMENTO DE MACKENRODT. SECCIONAMENTO DESSA ESTRUTURA DE SUA INSERÇÃO PELVI-PARIETAL.

Ja foi bem exposta a gordura da fossa paravesical. Passa-se uma tesoura através a cápsula dêsse tecido e, com uma esponja afasta-se a gordura para o lado da sínfise (Fig. 206). Assim surge à vista o feixe fundamental conjuntivo que forma o soallo dêsse espaço. Metendo, então, uma gaze na ponta de uma pinça, para baixo, de encontro ao tecido conjuntivo frouxo na junção dos feixes fundamentais conjuntivos horizontal e frontal, pode-se fazer uma abertura na parte inferior do espaço pararretal. Essa área é separada do espaço paravesical pelo feixe fundamental conjuntivo horizontal. Com uma esponja pode, então a porção anterior do feixe fundamental conjuntivo horizontal pode ser empurrada para a frente afastando-se da abertura, de modo que todo o feixe fundamental conjuntivo horizontal fique junto à vagina. Isto põe o espaço paravesical em ampla comunicação com a porção inferior do espaço pararretal e põe a mostra a superfície anterior do ligamento de Mackenrodt. Puxa-se, então, energeticamente o útero para trás, para cima e para a esquerda. Daí resulta uma pronunciada dis-



A sonda foi passada pela porção superior do espaço pararretal ao redor do feixe fundamental conjuntivo horizontal e para diante no espaço paravesical.

FIG. 207. Operação abdominal por carcinoma, método de Latzko. Vista do lado direito do campo operatório. O útero é fortemente puxado para o promontório e para a esquerda com uma pinça de garra. A bexiga, que foi separada por dissecação do colo e da vagina é empurrada para a esquerda por uma pinça anatômica aplicada contra a parede vesical direita. As delgadas camadas conjuntivas do ligamento umbilical lateral direito que se mostram como uma faixa branca junto à parede pélvica, são separadas da bexiga por dissecação romba e a gordura do espaço paravesical é afastada para o lado. O feixe fundamental conjuntivo horizontal é libertado do levantador de modo que fica prêso ao bordo direito da vagina. Isso põe a mostra a superfície anterior do ligamento de Mackenrodt e põe em comunicação o espaço paravesical com a porção inferior do espaço pararretal. A porção superior do espaço pararretal foi completamente aberta e foi passada uma sonda em volta da curvatura do feixe fundamental conjuntivo, na câmara inferior (horizontal) do espaço pararretal. Pode-se vêr a ponta da sonda no espaço pararretal devido ao fato de já haver sido destacada do levantador a porção horizontal do feixe fundamental conjuntivo. O ligamento de Mackenrodt está assim, completamente isolado. A sonda empurrou o ureter para trás e para dentro.



Clamps no
ligamento de
Mackenrodt

FIG. 208. Operação abdominal por carcinoma, método de Latzko. Vista da metade direita do campo operatório. Ilustração do tempo que se segue ao descrito na Fig. 207. O útero é puxado para a esquerda e para o promontório. A bexiga é empurrada para diante e para a esquerda. A artéria uterina foi seccionada entre duas ligaduras. O ligamento de Mackenrodt foi isolado e vê-se pinçado por dois clamps. Por causa da posição anterior e lateral da bexiga o ureter aparece esticado. Dirige-se como um cordão roliço para diante e para dentro em direção à bexiga.

tensão do ligamento de Mackenrodt direito. Passando-se, então, o dedo da parte superior do espaço pararretal, para baixo e para diante em direção ao soalho pélvico a ponta do dedo passará ao redor da curvatura do feixe fundamental conjuntivo e cairá na câmara inferior dos

espaços pararretal e paravesical reunidos (Fig. 207). Ao passar da câmara cranial à câmara caudal do espaço pararretal, o dedo costeará o ligamento sacroespinhoso. Si o dedo que explora for introduzido em uma plano muito alto na pelve, êle esbarrará na superfície posterior

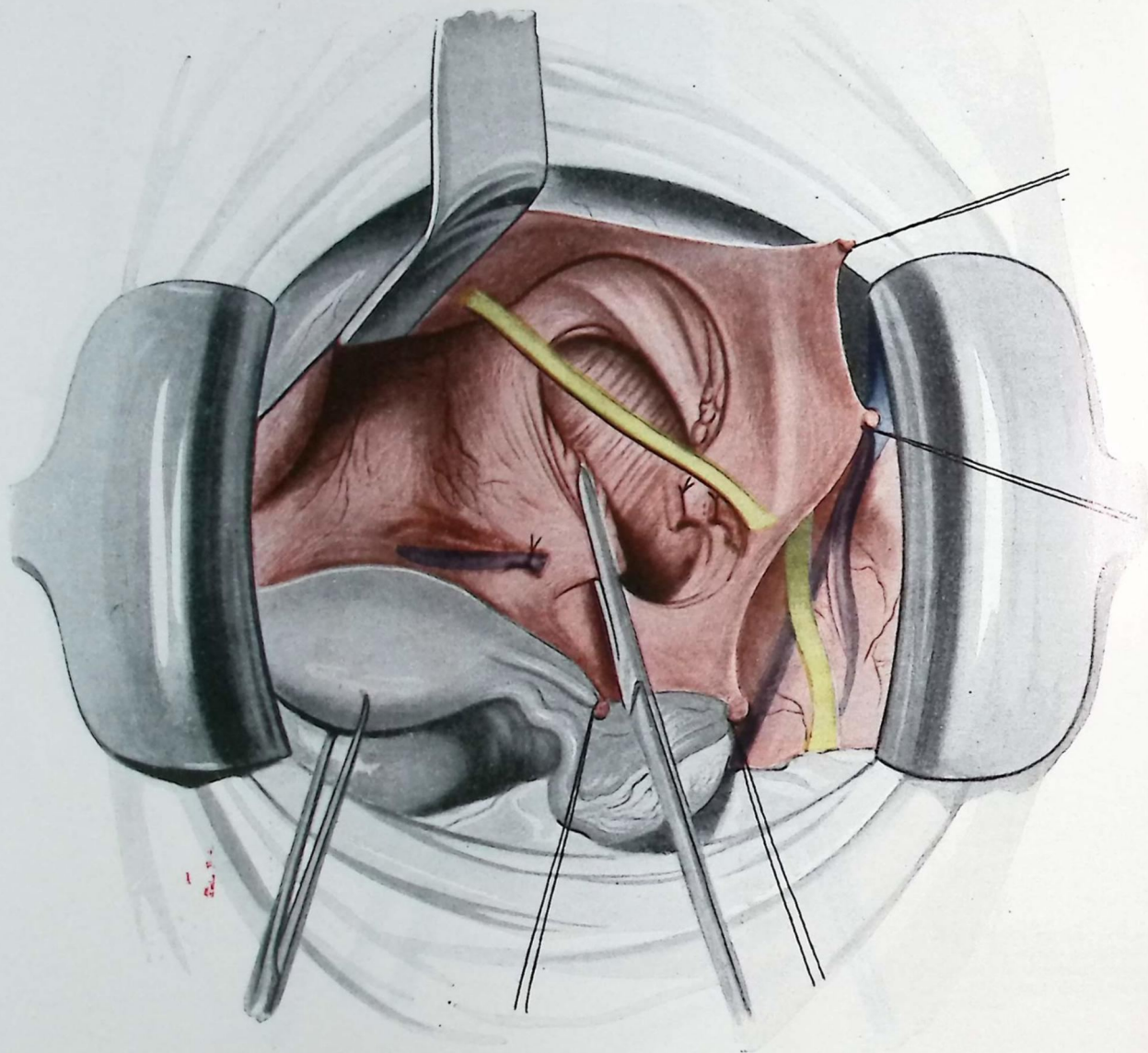


FIG. 209. Operação abdominal por carcinoma, método deLatzko. Vista da metade direita do campo operatório. O útero é puxado para a esquerda e para o promontório com uma pinça de garras. A bexiga foi descolada do colo e da vagina até um ponto abaixo da entrada do ureter e é afastada para diante e para a esquerda com uma valva vaginal anterior. A artéria uterina foi cortada entre duas ligaduras. O ligamento de Mackenrodt foi isolado e cortado entre dois clamps. O clamps lateral é substituído por uma ligadura. Como consequência da secção do ligamento de Mackenrodt o espaço paravesical e ambas as câmaras do espaço pararretal foram reunidos formando um único amplo espaço sôbre o qual o ureter esticado passa do lado externo do campo operatório para diante e para dentro.

do ligamento de Mackenrodt. Essa estrutura insere-se na parede pélvica na região do buraco sacrociático e, caso se empregue a força podem ferir-se as vênias da parede pélvica ou podem romper-se as vênias genitais no ponto em que de-

saguam nas primeiras (Fig. 128). Ao passar o dedo da câmara superior do espaço pararretal nos espaços reunidos êle deve ladear o ligamento sacroespinhoso e o músculo coccígeo numa direção para diante, para baixo e para fora. O

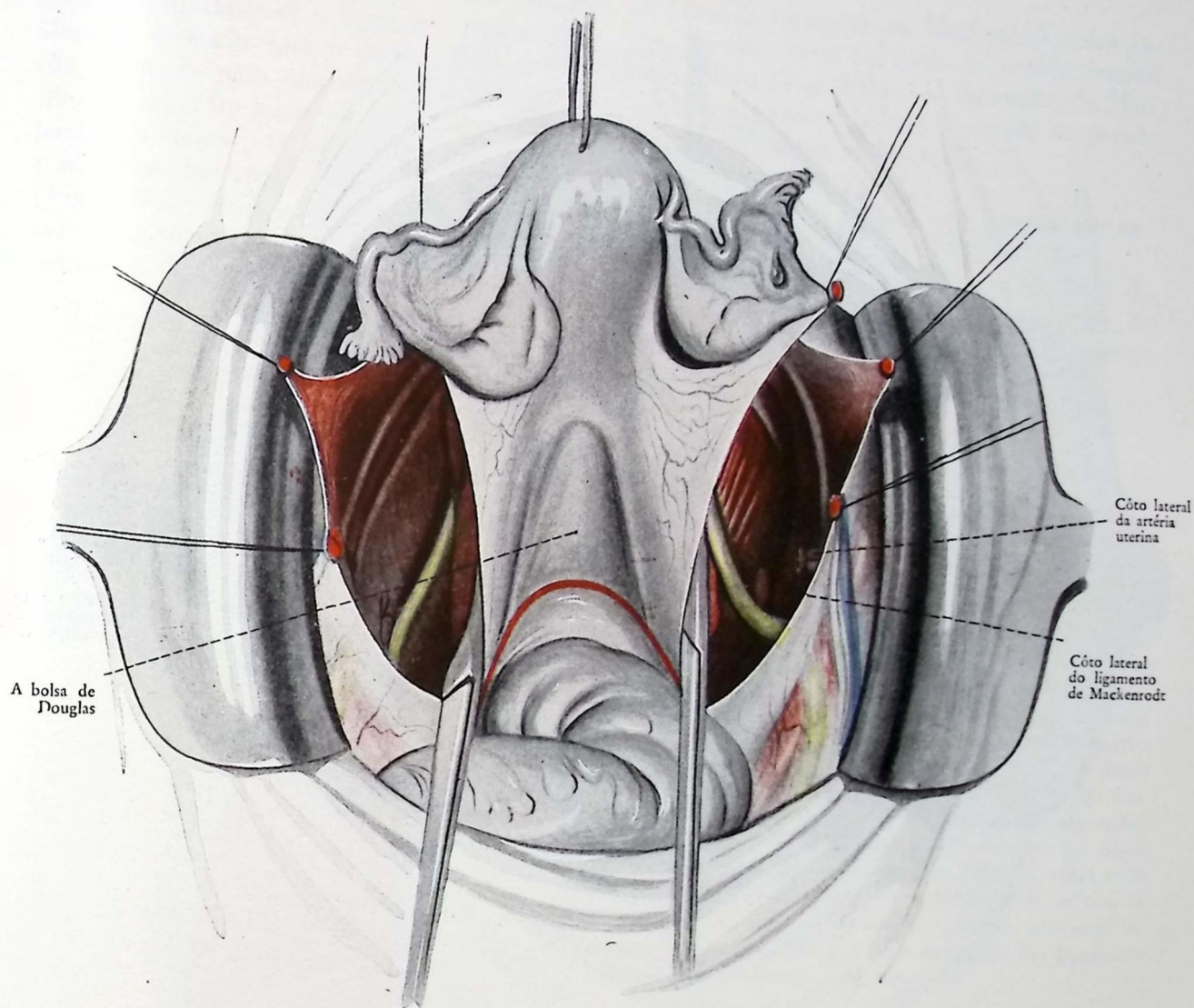


FIG. 210. Operação abdominal por carcinoma, método de Latzko. O útero é puxado para cima e para a sínfise por meio de uma pinça de garras. E' incisado o folhêto posterior do ligamento largo de cada lado, desde o ligamento infundíbulo-pêlvico até à inserção do ligamento útero-sacro no reto. (Precaução: o ureter deve ser antes afastado do folhêto posterior do ligamento largo). Através essa abertura no folhêto posterior do ligamento largo podem ser vistos os espaços paravesical e pararretal reunidos. À direita e à esquerda do colo vêm-se os clamps que estão pinçando os côtos uterinos dos ligamentos de Mackenrodt. O côto pelviano desse ligamento está ligado e fica, de cada lado, na região do grande buraco sacrociático. Acima da ligadura do ligamento de Mackenrodt direito pode-se vêr o côto dos vasos uterinos direitos. O ligamento umbilical lateral direito estende-se para diante pela parede pélvica. Essas estruturas não aparecem à esquerda. De cada lado vê-se a parte lateral do levantador do anus desde a sínfise até o grande buraco sacrociático. para trás. Os ureteres completamente isolados descansam sobre o levantador dirigindo-se para diante e para dentro. para a bexiga. A linha curva vermelha no fundo da bolsa de Douglas indica o lugar em que os ligamentos útero-sacros devem ser separados do reto. Essa incisão, atravessando o peritônio da bolsa de Douglas penetra no espaço retovaginal.

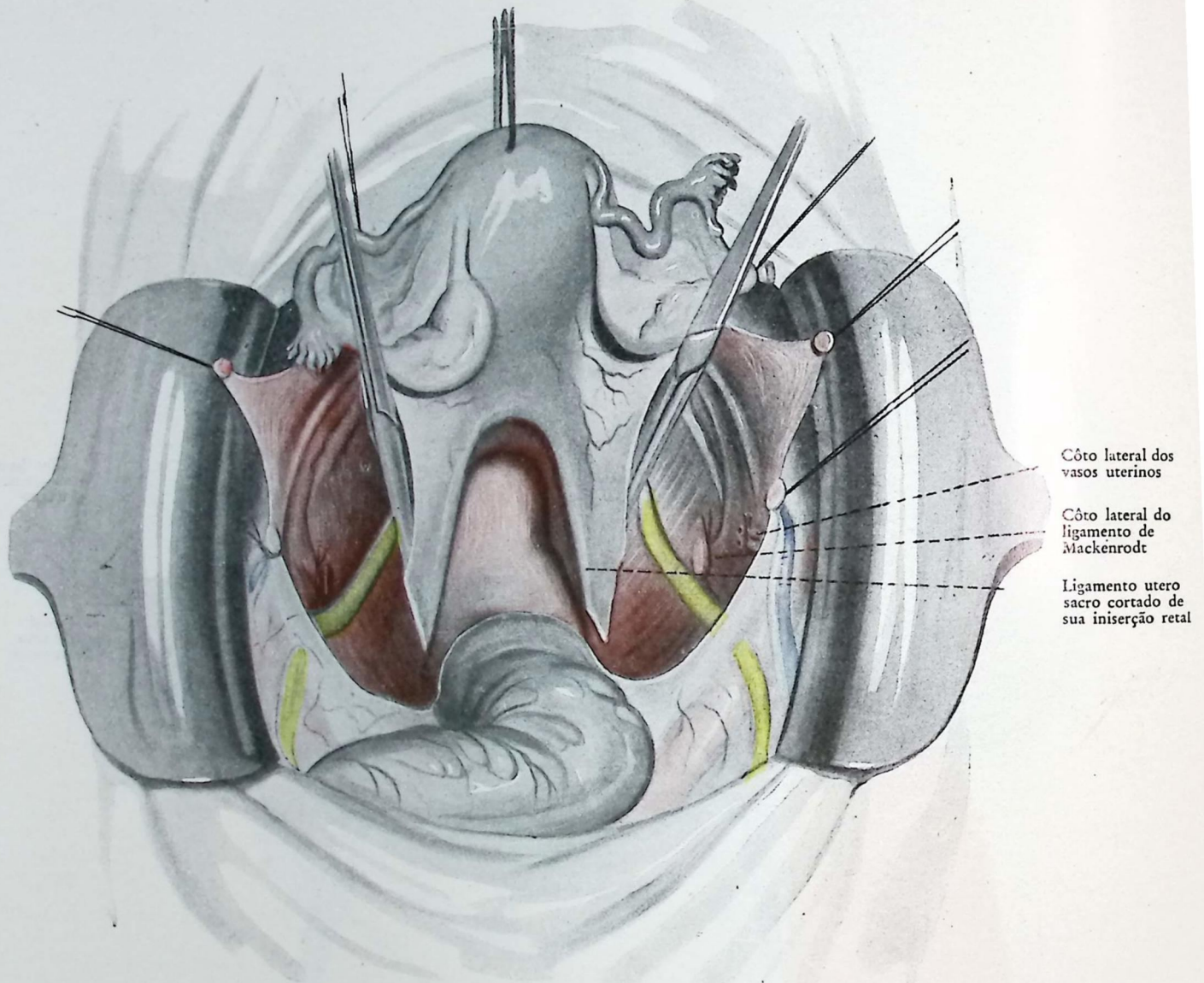


FIG. 211. Operação abdominal por carcinoma, método de Latzko. Tempo subsequente ao mostrado na Fig. 210. O útero é fortemente puxado para sínfise. De cada lado o folheto posterior do ligamento largo foi cortado, do ligamento infundíbulo-pélvico ao reto. Através a sua abertura, vêm-se de cada lado os espaços pelvianos reunidos. Os côtos do ligamento de Mackenrodt e dos vasos uterinos, o levantador e o ureter mostram-se nesses espaços. Os ligamentos útero-sacros foram cortados do reto. Na base da bolsa de Douglas o peritônio foi incisado transversalmente e a dissecação, a partir daí separou a vagina do reto. O limite lateral dessa área é formado pelos ligamentos útero-sacros. Embora êsses ligamentos em sua situação normal, sempre se dirijam em uma curva convexa, do ligamento de Mackenrodt ao reto, nesse ponto da operação formam um triângulo disposto sagitalmente, com o vértice voltado para o soalho pélvico e a base para a cavidade abdominal.

dedo, dessa maneira, levanta a base do ligamento de Mackenrodt do levantador. Por êsse método de dissecação o ligamento de Mackenrodt é libertado por diante, por trás, por baixo e por

cima. Colocam-se dois clamps no ligamento, um perto da parede pélvica e o segundo mais para dentro e corta-se a estrutura entre os dois clamps. O clamp lateral deve ser aplicado de

modo que sua ponta ultrapasse a base do ligamento de Mackenrodt e fique no canal artificialmente formado com o dedo. Essa precaução é tomada para que durante a ligadura do coto lateral o fio possa ser passado em volta da ponta do clamp. O fio tem assim, um apôio e não pode escorregar sôbre a ponta do clamp (Fig. 208). Só é necessário ligar o coto lateral do ligamento (Fig. 208). O clamp do coto interno é deixado. Depois de haver assim li-

Os côtos do ligamento de Mackenrodt e dos vasos uterinos ficam na zona do grande buraco sacrociático (Fig. 209). O ligamento de Mackenrodt esquerdo é isolado e cortado da parede pélvica da mesma maneira.

VII EXPOSIÇÃO E SECÇÃO DOS SEPTOS RETAIS

A dissecação começa de novo do lado direito. Pela exposição da porção superior do

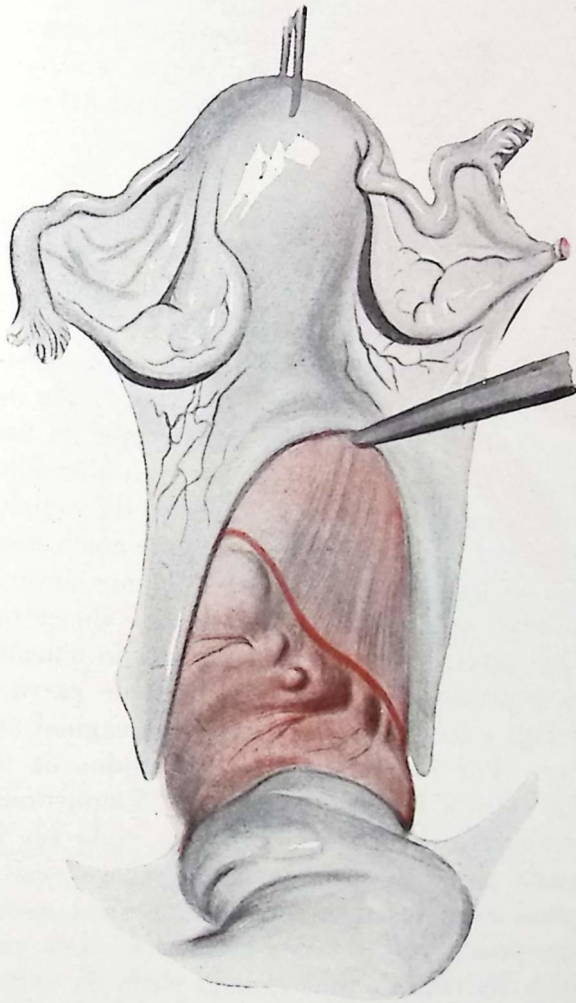


FIG. 212. Detalhe para mostrar a estrutura do septo retal. O útero é puxado para cima e energicamente para diante com uma pinça de garras. O reto foi descolado da vagina, no plano mediano quasi até o soalho pelviano, pondo, assim, à mostra o espaço retovaginal. Os ligamentos útero-sacros formam os limites laterais dessa área. Devido à separação dessas lâminas de tecido conjuntivo da superfície posterior do ligamento de Mackenrodt e da parede pélvica lateral, não podem mais apresentar seu encurvamento para fora em um plano sagital. Dirigem-se agora para trás, dos lados da vagina e da parte mais interna do ligamento de Mackenrodt ao reto. A ilustração mostra o lado interno do ligamento útero-sacro direito. O traço vermelho é a linha de incisão dos ligamentos útero-sacros destacando-os do reto.

gado e seccionado o ligamento de Mackenrodt direito, ficam em comunicação as porções cranial e caudal do espaço pararretal com o espaço paravesical. Nessa área pode-se vêr uma grande extensão da superfície superior do levantado indo até às regiões pubiana, ilíaca e ciática.

espaço pararretal, o peritôneo da excavação reto-uterina é destacado da parede pélvica na metade posterior do grande buraco sacrociático e na região das azas laterais da terceira e quarta vértebras sacras. Com êle vêm os septos reais que ficam na sua superfície externa e que

podem ser considerados como o sustentáculo conjuntivo do peritônio desta área. Faz-se uma incisão para trás para baixo e para dentro a partir do côto ligado do ligamento infundíbulo-pélvico. Para dentro chega até o intestino grosso. A incisão separa o septo retal ao longo de seus limites superiores e separa o peritônio que os recobre do peritônio mais alto da parte posterior da pelve (Fig. 210). A extremidade ínfero-interna fica do lado do reto acima do ligamento útero-sacro. Ao fazer essa incisão deve-se ter cuidado com o ureter que cruza sua linha quasi perpendicularmente e é intimamente ligado à trama conjuntiva subperitoneal através da qual passa a incisão. O ureter deve ser isolado até a entrada da pequena bacia e afastado lateralmente em um tempo prévio anterior da operação. Então pode ser feita, sem perigo de ofendê-lo, a incisão do peritônio do ligamento infundíbulo-pélvico até o reto. Às vezes a libertação do ureter não é levada bastante para o lado da entrada da pelve, ou a despeito de ter sido isolado êle pode escorregar novamente para baixo do peritônio e ser cortado. Durante a secção do limite superior do septo retal o útero deve ser puxado energicamente para cima na direção da sínfise e o operador, ao fazer a incisão do ligamento infundíbulo-pélvico ao reto, só consegue vê-lo do lado superior desse tecido. Caso o ureter não seja bem afastado para o lado e caso não tenha sido suficientemente descolado para trás, pode ser cortado inadvertidamente. Depois de cortar os limites superiores dos dois septos retais pinça-se o peritônio no fundo da bolsa de Douglas para seccioná-lo transversalmente (Fig. 210). Abre-se, dessa maneira, o espaço reto-vaginal e descola-se para baixo, quasi só por dissecação roma, até o levantador e a parede posterior da vagina. Introduzindo, então, uma valva vaginal anterior nêsse espaço e puxando fortemente para cima, para a sínfise, a parede vaginal posterior os septos retais ficam fortemente distendidos. Expondo tanto as superfícies laterais como as internas desses septos, tornam-se plenamente visíveis suas inserções no

reto (Fig. 212). Essas lâminas de tecido conjuntivo são cortadas junto ao reto e até o levantador em baixo. Fica compreendida nessa incisão, a quasi totalidade do paramétrio posterior. Procurando excisar o mais possível do paramétrio posterior deve-se ter cuidado para não cortar os ligamentos útero-sacos muito próximo ao reto. Sucedendo isto, podem ferir-se facilmente o fascia retal e os vasos retais subjacentes (Fig. 151). o que acarreta o perigo de uma necrose consequente. Depois de seccionados os septos retais os órgãos genitais internos ficam prêsos apenas pela vagina o feixe fundamental conjuntivo e os septos vesicais ascendentes.

VIII. SECÇÃO DO SEPTO VESICAL ABAIXO DA ENTRADA DO URETER. INCISÃO DA VAGINA E DO FEIXE FUNDAMENTAL CONJUNTIVO HORIZONTAL

Até êsse momento a incisão do septo vesical só chegou, para baixo, até o ureter. Não se prolongando o descolamento da bexiga e da vagina para a vulva só poderão ser retirados com o útero 1 ou 2 cm. da parte superior da vagina. Na maioria dos casos de extenso carcinoma essa porção é insuficiente. Por conseguinte deve a vagina ser separada da bexiga abaixo da entrada dos ureteres. O útero é puxado fortemente para o promontório com uma pinça de garra e a bexiga é recalcada com uma valva vaginal anterior. Por êsse modo são distendidos os tecidos entre a bexiga e a vagina. Empurrando lateralmente os ureteres, a bexiga pode ser libertada por dissecação roma do espaço vesicovaginal e as inserções do septo vesical ascendente podem ser cortados a tesoura. Isto permite a retirada de uma grande parte da vagina superior.

Ao descolar para baixo a bexiga, deve-se empregar uma valva anterior para afastá-la para a sínfise e os ureteres devem ser empurrados para fora. O operador pinça a vagina e o que resta do feixe fundamental conjuntivo horizontal, prêso a seus bordos. Introduce a mão esquerda de maneira que os quatro dedos

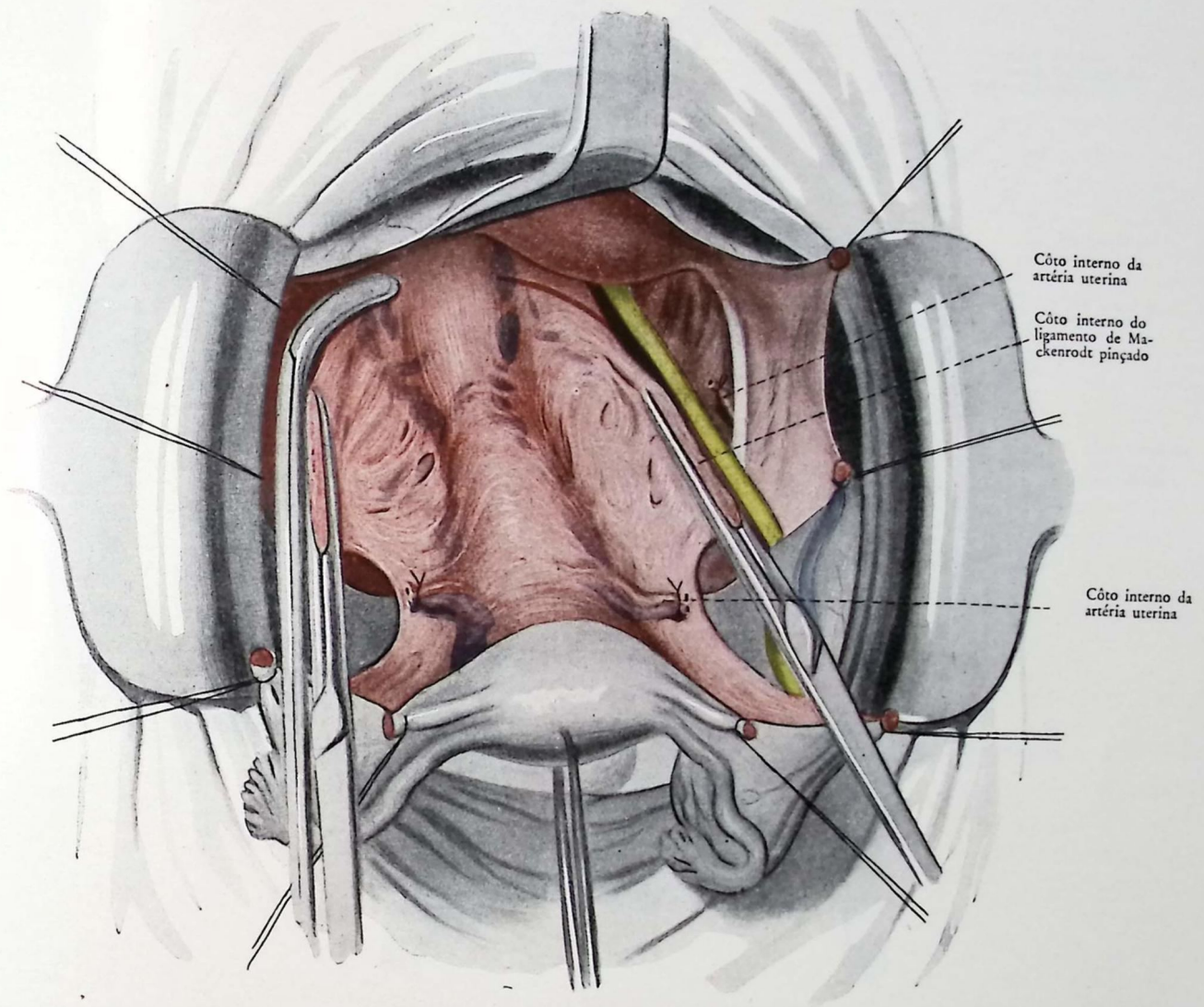


FIG. 213. Operação abdominal por carcinoma, método de Latzko. O útero é fortemente puxado para o promontório e um pouco para a direita. Foram pinçados ou ligados duplamente, cortados em seguida os ligamentos infundíbulo-pélvicos, redondos, de Mackenrodt e vasos uterinos. Os ligamentos véscico-uterinos foram cortados da bexiga e esta última foi libertada do colo e da vagina até abaixo da entrada dos ureteres e afastada para a sínfise. Foram separados a vagina e o reto para baixo até o soalho pélvico e os ligamentos útero-sacros foram cortados do reto. Ambos os ureteres foram isolados desde a linha iliopectínea até sua entrada na bexiga e foram recalçados para os lados. Todos os órgãos genitais internos e o paramétrio a eles prêso foram libertados das estruturas adjacentes e das paredes pelvianas. O tecido a ser retirado só se prende agora, à vagina e à parte adjacente do feixe fundamental conjuntivo horizontal. Antes de cortar transversalmente êsse pedículo genital deve-se pinçar com clamps curvos o feixe fundamental conjuntivo horizontal, abaixo do ponto em que se vai cortar. Isso é necessário porque encerra o plexo vaginal, êste em íntima comunicação com a circulação intacta dos órgãos genitais externos. Na ilustração foi colocado transversalmente um clamp curvo no feixe fundamental horizontal esquerdo. Do lado direito está assinalada a linha da incisão abaixo da qual deve ser posto o clamp.

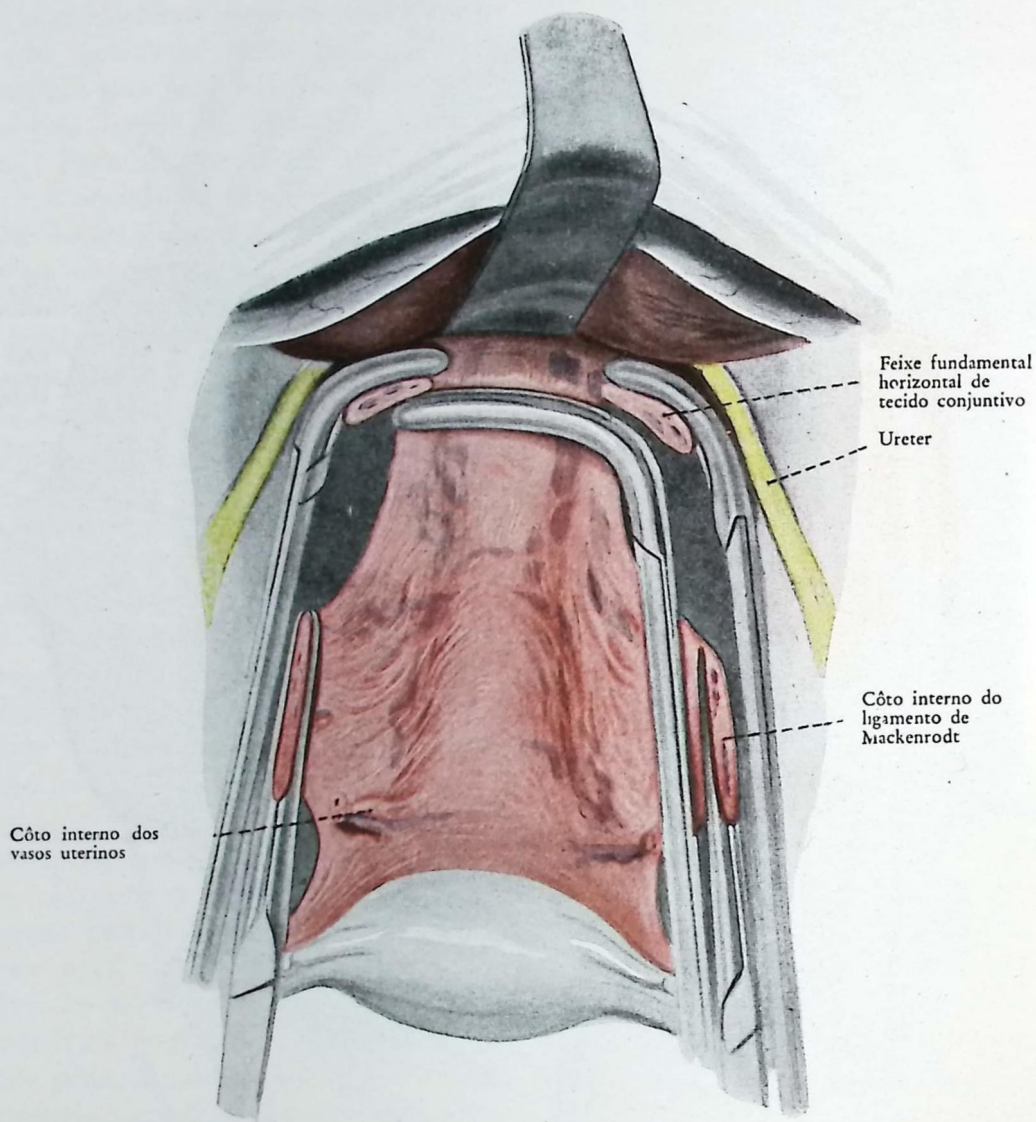


FIG. 214. Operação abdominal por carcinoma, método de Latzko. O útero é puxado para cima, para o promontório. Foram ligados duplamente ou pinçados e cortados os ligamentos infundíbulo-pélvicos e redondos e os vasos úterinos. Os ligamentos vésico-uterinos foram cortados da bexiga e esta descolada do colo e da vagina até abaixo da entrada dos ureteres. A vagina e o reto foram descolados para baixo até o soalho pélvico e os ligamentos útero-sacros foram cortados do reto. O ureter depois de isolado de cada lado desde a linha iliopectínea até sua entrada na bexiga é afastado para o lado. As estruturas a serem retiradas, i. é., o útero e os anexos, os ligamentos de Mackenrodt, a metade superior da vagina e a parte do feixe fundamental conjuntivo horizontal que lhe fica presa foram completamente isolados da parede pélvica e das estruturas adjacentes. Só estão presos agora à metade distal da vagina e ao feixe fundamental adjacente. A bexiga é mantida bem afastada de encontro à sínfise com uma valva, separando-a o mais possível da parede anterior da vagina. O feixe fundamental conjuntivo horizontal é pinçado transversalmente, com um clamp curvo colocado além da linha em que vai ser feita a secção transversal da vagina. Já foi feita a secção transversal do feixe fundamental até o bordo da vagina. Esse pinçamento do feixe fundamental conjuntivo horizontal é necessário para evitar uma profusa hemorragia devida à livre comunicação do plexo vaginal que encerra com os vasos dos órgãos genitais externos. Imediatamente acima do ponto da secção transversal da vagina coloca-se um forte clamp curvo sobre o pedículo vaginal. A vagina é então cortada transversalmente abaixo do clamp. Não ha motivo para temer uma contaminação do campo operatório porque a portio infectada fica suficientemente isolada pelo clamp reforçado que pinçou a parte superior da vagina incisada.

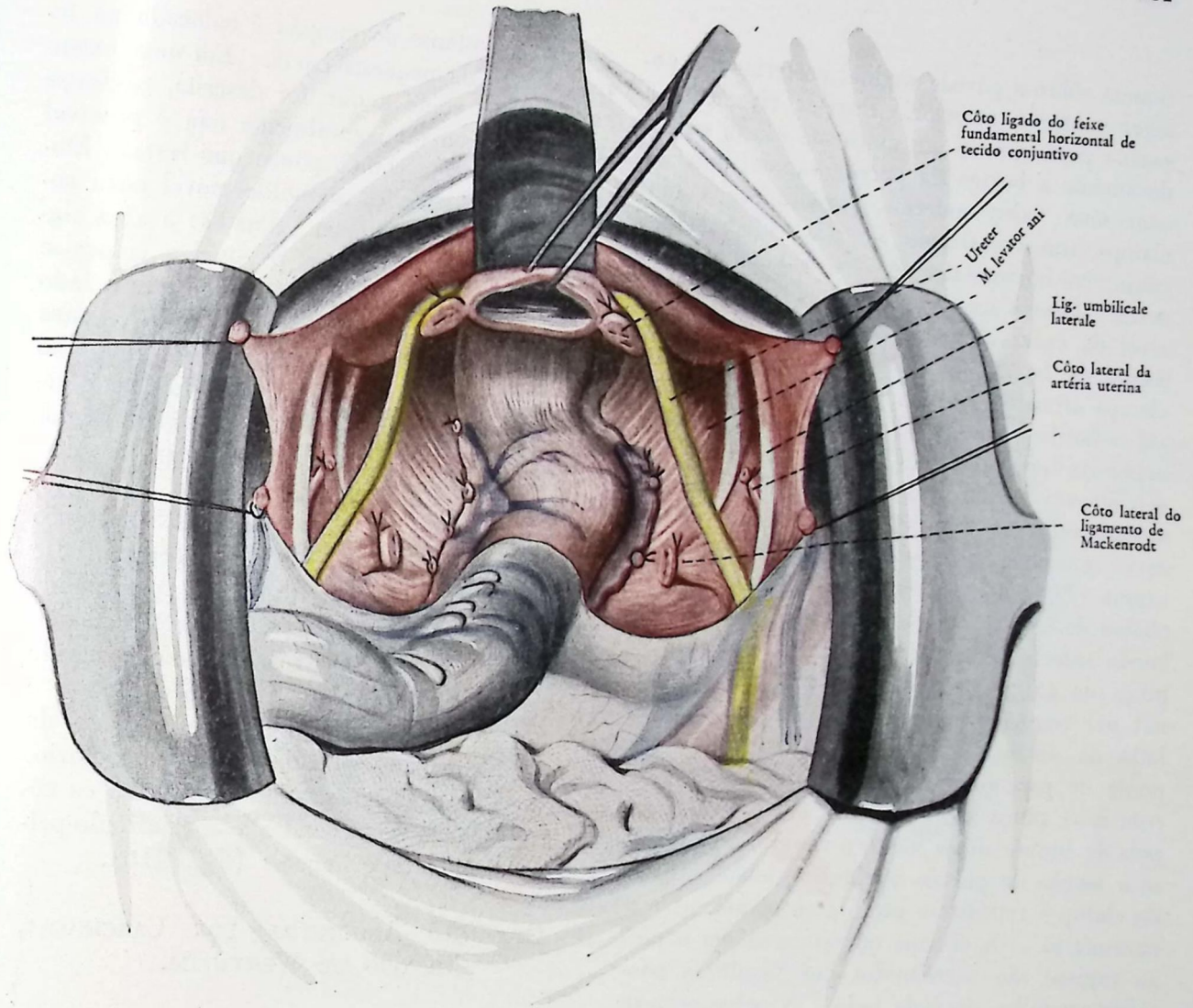


FIG. 215. Operação abdominal por carcinoma, método de Latzko. Ilustração mostrando as estruturas após a retirada dos órgãos genitais carcinomatosos com os paramétrios. A pelve verdadeira encerra a bexiga anteriormente, empurrada para diante por uma valva. Posteriormente fica o reto que desce até o hiato do levantador. Entre êsses dois órgãos fica o pequeno resto de vagina um tanto esticado para diante pela pinça que o prende. De cada lado da vagina, em seus bordos vêm-se os côtos ligados dos feixes fundamentais. Quasi todo o tecido conjuntivo pelviano que normalmente fica entre o levantador do anus e o peritôneo pélvico aos lados dos órgãos pelvianos foi retirado com os órgãos genitais internos. Está a mostra em sua porção lateral, desde a sínfise até o cóccix, a superfície superior do levantador do anus. E' recoberta apenas por sua fascia. De cada lado, na parede pélvica lateral perto do grande buraco sacrociático vê-se o côto ligado do ligamento de Mackenrodt; um pouco mais para cima e para diante fica o côto lateral da artéria uterina que, neste caso, se desvia de cada lado dos ligamentos umbilicais laterais. Os ureteres descem bilateralmente de uma posição postero-lateral cruzando a ferida parametrial para diante e para dentro para chegar à bexiga. Uma grande parte do peritôneo pelviano foi retirada com os genitais. Adiante o peritôneo que cobre a parede vesical superior permaneceu; atrás ficou o peritôneo sôbre as duas ou três vértebras sacras posteriores e lateralmente, resta uma faixa de peritôneo da largura de um ou dois dedos transversos, para dentro da linha ilio-pectínea. O bordo cortado do peritôneo pélvico estende-se de cada lado desde as inserções dos ligamentos útero-sacros no reto, por sôbre o grande buraco ciático até o côto do ligamento infundíbulo-pélvico e daí para diante quasi paralelamente à linha ilio-pectínea ao côto do ligamento redondo e, finalmente para baixo, em uma leve curva, até o limite posterior da bexiga.

fiquem sôbre a parede vaginal posterior e o plegar contra a anterior. Puxa-se vivamente a vagina para cima e um assistente afasta cuidadosamente a bexiga da parede vaginal anterior com uma valva anterior. Colocam-se então, clamps, transversalmente no feixe fundamental conjuntivo horizontal e no plexo vaginal que encerra. Devem ser colocados o mais perto possível da vulva, o quanto o permita o descolamento da bexiga. Faz-se a secção acima dos clamps através do feixe fundamental e o plexo até o bordo do útero (Fig. 213). Um pouco acima da linha que une essas incisões transversais através do plexo vaginal e do feixe fundamental conjuntivo horizontal passa-se um clamp curvo reforçado apanhando toda a espessura da vagina (Fig. 214). A parede vaginal anterior abaixo do clamp é cortada transversalmente e o bordo inferior da incisão é tomado com uma pinça de garras. Abre-se então o canal vaginal por tração com a pinça de garras para o lado da sínfise. Coloca-se uma pequena esponja de gaze dentro da vagina empurrando-a com uma pinça até que saía pela vulva. Depois de limpar dêsse modo o canal vaginal faz-se a secção da parede vaginal posterior abaixo do clamp e retira-se o útero com os anexos e o paramétrio. Os clamps que comprimem o plexo vaginal são substituídos por ligaduras passadas a agulha, de cada lado. A pelve acha-se agora completamente vazia. No meio e adiante da ferida acha-se a bexiga amplamente mobilizada. Atrás, o reto atravessa a pelve; os ureteres mostram-se soltos na cavidade pelviana passando para diante para a bexiga. De ambos os lados do reto aparece a quasi totalidade da superfície superior do levantador do anus, desde a sínfise até o ligamento sacroespínho. Na região do grande buraco sacrociático podem-se vêr os côtos do ligamento de Mackenrodt e da artéria uterina (Fig. 215).

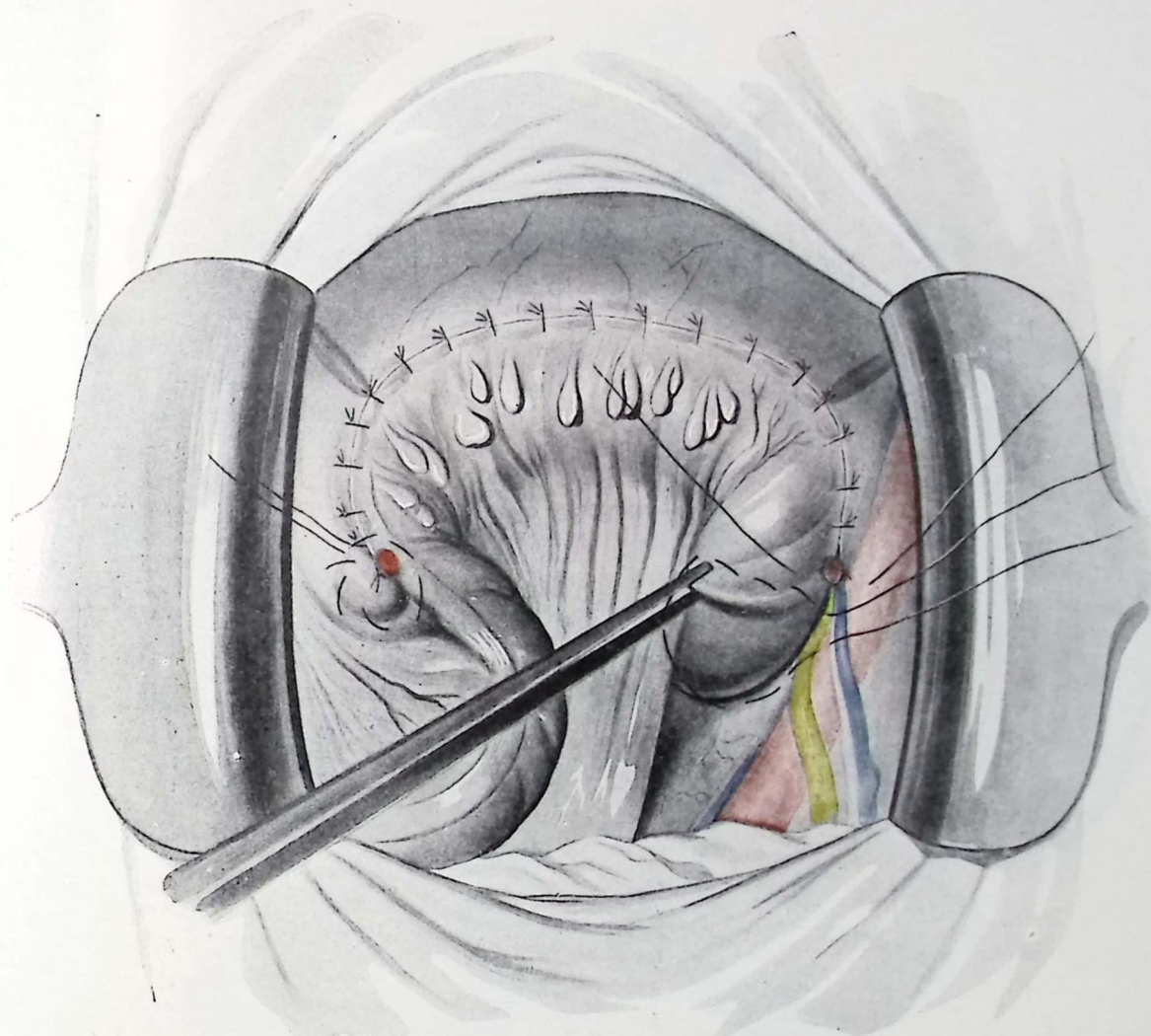
IX. PERITONIZAÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA

Introduz-se uma das pontas de um pedaço de gaze iodoformada pela vagina até o exterior

e a parte restante do tampão é colocada na ferida dentro da pequena bacia. Em uma extensa operação como a que foi descrita, excisa-se tanto peritônio que, geralmente não é possível recobrir a ferida com o pouco que resta. Emprega-se então a alça sigmóide móvel para cobrir a falha de peritônio. Puxa-se a alça sigmóide para baixo o mais possível e coloca-se sôbre a falha de peritônio de modo que o lado direito do mesossigmóide fique voltado para cima e que a fita longitudinal anterior fique em contato com o bordo incisado do folheto anterior do ligamento largo. Dão-se então pontos entre o peritônio cortado e a alça sigmóide desde o ligamento infundíbulo-pélvico esquerdo, em volta de todo o bordo curvo do peritônio restante, até o ligamento do lado direito. Do lado direito da entrada da pelve a sigmóide desce em curva convexa para o interior da pelve indo ter ao reto que fica do lado esquerdo da superfície anterior do sacro. Deve-se ter o cuidado de fechar completamente o canto da alça sigmóide de cada lado do promontório. Pela peritonização com suturas em bolsa os côtos dos ligamentos redondos e infundíbulo-pélvicos ficam extraperitoneais (Fig. 216).

B. OPERAÇÃO ABDOMINAL POR CARCINOMA, MÉTODO DE WERTHEIM.

Executam-se do mesmo modo que foi descrito para a operação de Latzko a secção dos ligamentos infundíbulo-pélvicos e redondos e a incisão do peritônio da fossa vésico-uterina (Figs. 197, 198, 199 e 200). Separam-se as fôlhas do ligamento largo do lado direito puxando o útero para a esquerda com uma pinça de garras, tracionando para diante sôbre a ligadura externa do ligamento redondo e puxando para trás a fôlha posterior do ligamento largo com um clamp (Fig. 201). Na região do espaço vesicocervical a bexiga é empurrada para baixo com uma gaze até chegar ao bordo superior do septo vesical. Pode-se vêr, indo do folheto posterior do ligamento largo até sua entrada no ligamento de Mackenrodt, o ureter di-



Sutura em bolsa
do canto direito
da cobertura com
a sigmóide

FIG. 216. Operação abdominal por carcinoma, método de Latzko. Nesse tipo de operação resta muito pouco peritônio pelviano a não ser adiante na região da bexiga e atrás sobre as duas ou três vértebras sacras superiores. Por conseguinte, não pode a ferida ser recoberta suturando o que resta do peritônio. Emprega-se a alça sigmóide para cobrir a falha de peritônio, colocando-a de modo que a superfície direita do mesossigmóide fique voltada para cima. A alça descreve três quartos de um oval a partir da esquerda da entrada da pelve contornando o bordo anterior cortado do peritônio restante. Chegada à direita da entrada da pelve encurva-se para a esquerda, por baixo do mesossigmóide e continua descendo até o reto. Sutura-se o bordo cortado do peritônio pélvico à fita longitudinal da alça sigmóide, por pontos separados. Ficam ainda aberturas no começo e no fim desse oval descrito pela sigmóide, aberturas que dão para baixo dessa cobertura artificial da pelve. Devem ser fechadas por suturas em bolsa. Os côtos das ligaduras que restam da operação são peritonizados por essas suturas e deslocados completamente para baixo desse teto formado com a sigmóide.

reito (Fig. 202). As porções anterior e intermediária do ureter são, agora, separadas da parede superior de seu canal metendo o dedo dentro do paramétrio ao longo da superfície ureteral superior. O operador empurra o dedo para diante, para baixo e um pouco para fora.

Acompanhando a parte do ureter no lado externo do septo vesical a ponta do dedo aparece ao lado da parede anterior da vagina. Nesse ponto o septo vesical, que fica entre os plexos vaginal e vesical, é composto de tecido conjuntivo relativamente frouxo (Fig. 153). Empur-

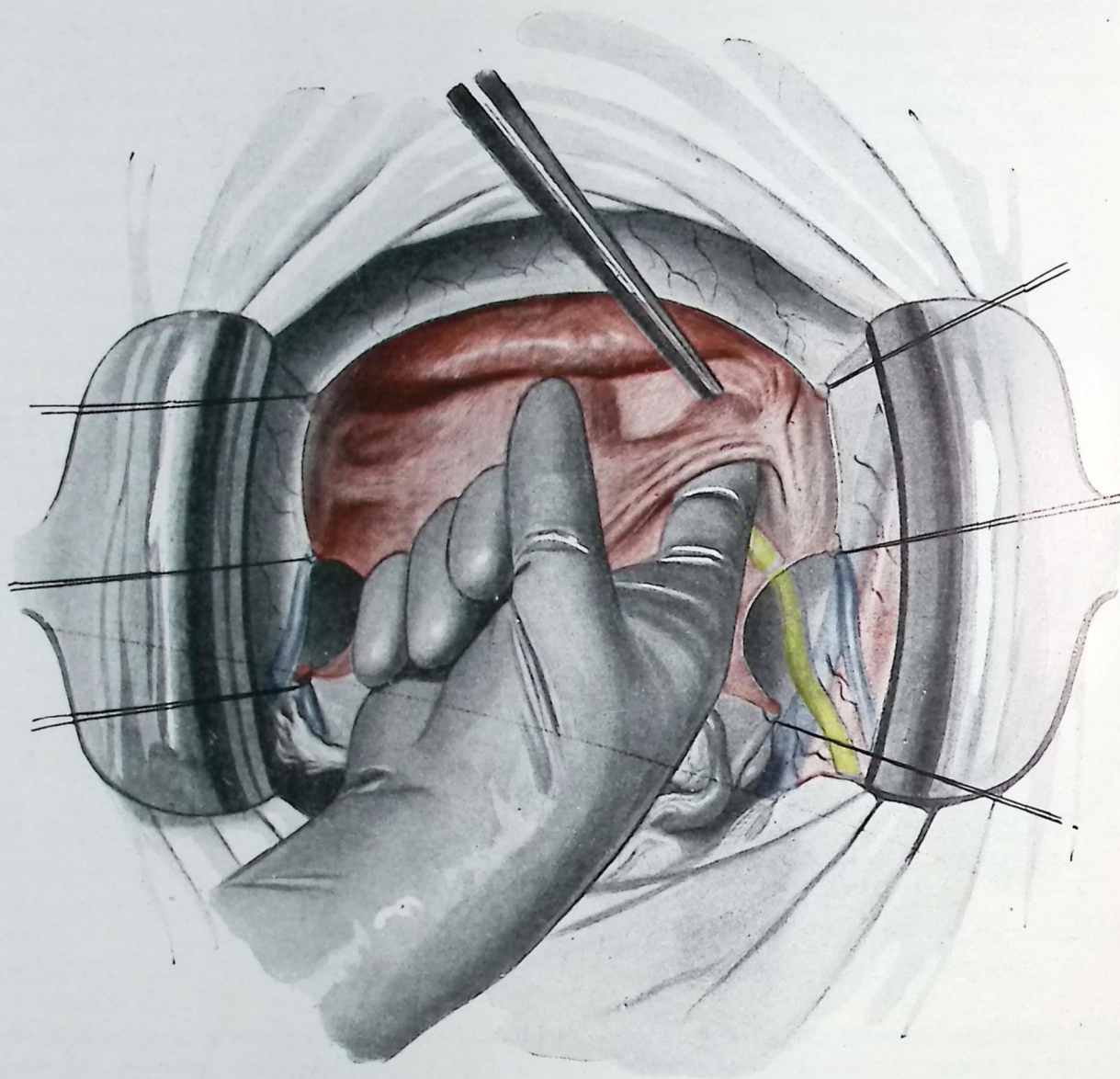


FIG. 217. Operação abdominal por carcinoma, método de Wertheim. Os ligamentos redondos e infundíbulo-pélvicos foram cortados entre duas ligaduras. O peritônio triangular do folheto anterior do ligamento largo, entre a trompa e o ligamento redondo (peritônio da fossa préovarica, Waldeyer); e o peritônio da excavação vésico-uterina foram incisados. A bexiga foi recalcada afastando-se do colo e da fórnix anterior da vagina. À direita, a "pars posterior" do ureter foi libertada de suas ligações ao folheto posterior do ligamento largo de modo a permanecer em relação com seus tecidos subperitoneais. Os vasos uterinos foram postos a mostra por sua superfície superior e são levantados com o dedo indicador do operador metido em direção postero-anterior através a parte superior do ligamento de Mackenrodt. Fazendo um túnel por baixo dos vasos a ponta do dedo aparece adiante deles ainda recoberta por uma delgada membrana que pode ser rompida com uma pinça anatômica e empurrada para o lado.

rando a ponta do dedo através êsse limite lateral do septo vesical, pode-se vêr a luva através os tecidos frouxos levantados, que podem ser facilmente rompidos com uma pinça anatômica

(Fig. 217). Ao retirar o dedo passa-se uma agulha levando um fio de ligadura por êsse canal recém-formado (Fig. 218) e liga-se a ponte de tecido acima do dedo. Ficam compreendi-

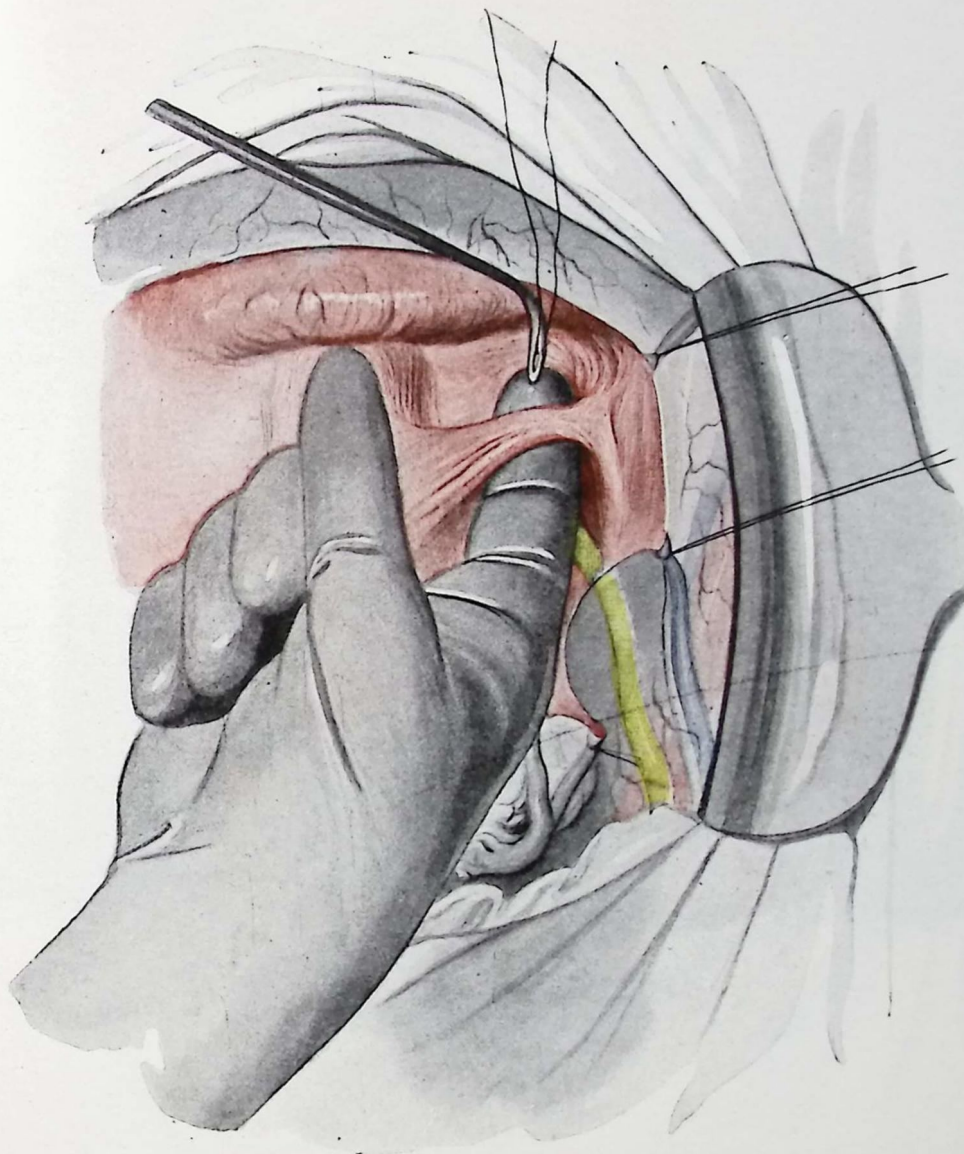


FIG. 218. Operação abdominal por carcinoma, método de Wertheim. Vista da metade direita do campo operatório. Os ligamentos infundíbulo-pélvico e redondo foram cortados entre duas ligaduras. O folheto anterior do ligamento largo foi cortado da maneira usual e a bexiga foi afastada para baixo e para diante abrindo o espaço vesicogenital até o fórnix anterior da vagina. A porção posterior do ureter direito que foi exposta por sua superfície lateral ainda permanece prêsa ao folheto posterior do ligamento largo por seu limite interno. O útero foi puxado fortemente para o promontório. O feixe vascular que forma o teto do canal ureteral no ligamento de Mackenrodt é levantado da superfície superior da porção intermediária do ureter, com o dedo. Passa-se uma agulha de aneurisma pelo tunel formado pelo dedo, de diante para trás, o dedo servindo de guia; essa agulha leva um fio que assim é passado em volta do feixe vascular uterino sem ferir o ureter, que fica imediatamente abaixo.

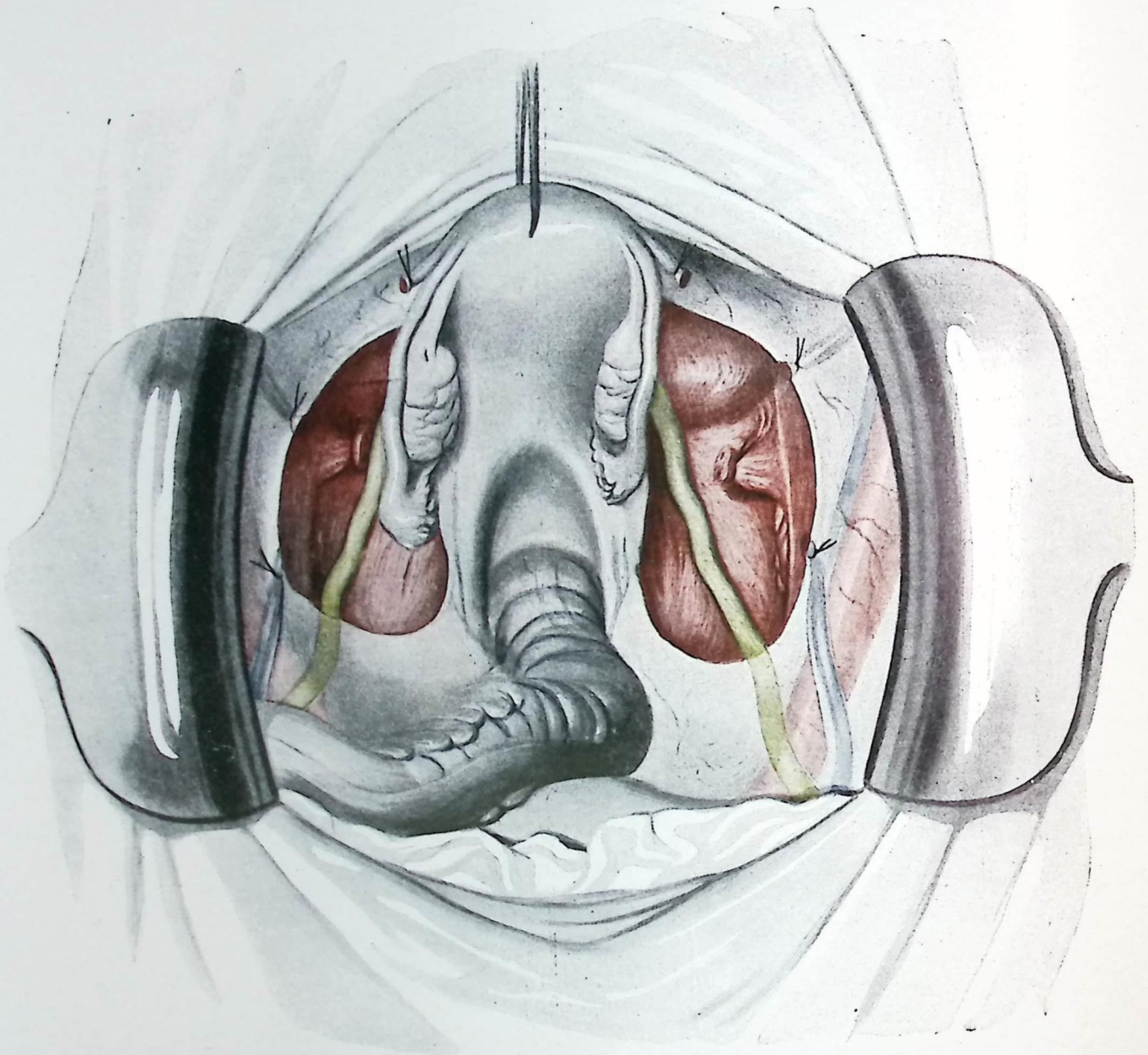


FIG. 219. Operação abdominal por carcinoma, método de Wertheim. Vêm-se, de cada lado, ao longo do bordo do útero, os anexos cortados de suas ligações pélvicas. O útero é puxado para cima e vivamente aproximado da sínfise por meio de uma pinça de garras. Essa manobra distende os ligamentos útero-sacros. Eles se apresentam sob a forma de nítidas pregas peritoneais dirigindo-se para diante e limitando dos dois lados a bolsa de Douglas. Na parte lateral da ferida aparece o folheto posterior do ligamento largo que é incisado desde o ligamento infundíbulo-pélvico, para baixo até o ligamento útero-sacro. Os dois terços posteriores da ferida, de cada lado do útero constam de tecido conjuntivo pelviano que foi posto a descoberto pelos tempos anteriores da operação. Nêsse tecido fica a porção pelviana do ureter que foi libertada de suas ligações conjuntivas. Caminha de trás para diante, para baixo e para dentro em direção à bexiga. Um pouco para trás do bordo lateral da bexiga, de cada lado, fica o côto lateral do feixe vascular uterino. Na parede lateral da ferida vêm-se, atrás, os côtos dos ligamentos infundíbulo-pélvicos e adiante os dos ligamentos redondos.

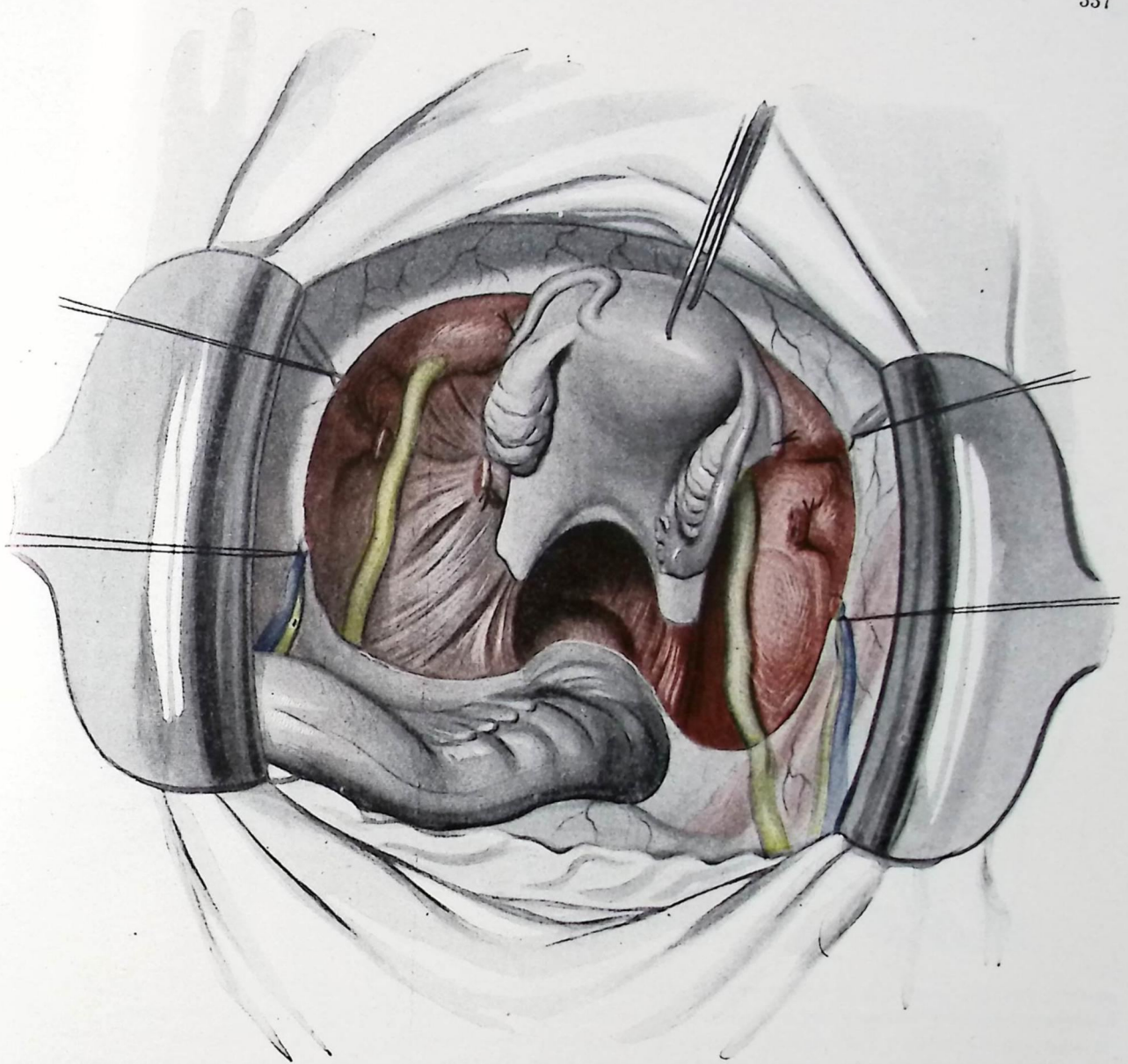


FIG. 220. Operação abdominal por carcinoma, método de Wertheim. O útero é pinçado no fundo com uma pinça de duas garras e puxado para cima, para diante e um pouco para a direita. Foi incisado o peritônio da bolsa de Douglas e dos ligamentos útero-sacos abrindo assim o espaço retovaginal. O reto foi descolado da vagina até o soalho pélvico. Por tração sobre o útero distende-se o tecido conjuntivo que dêle se estende à metade esquerda da pelve. A quarta parte anterior da ferida, de cada lado, é formada pelo contórno da bexiga. Logo atrás pode vê-se o côto externo do feixe vascular uterino. Frente a êle no bordo do útero está o côto interno ligado. Não se vê o côto interno dos vasos uterinos do lado direito. A superfície superior do ureter liberta de suas ligações conjuntivas atravessa a ferida para diante em direção à bexiga. Pode-se vêr a sua penetração na bexiga do lado esquerdo. No limite lateral do campo operatório podem vêr-se os côtos ligados dos ligamentos infundíbulo-pélvicos e redondos.

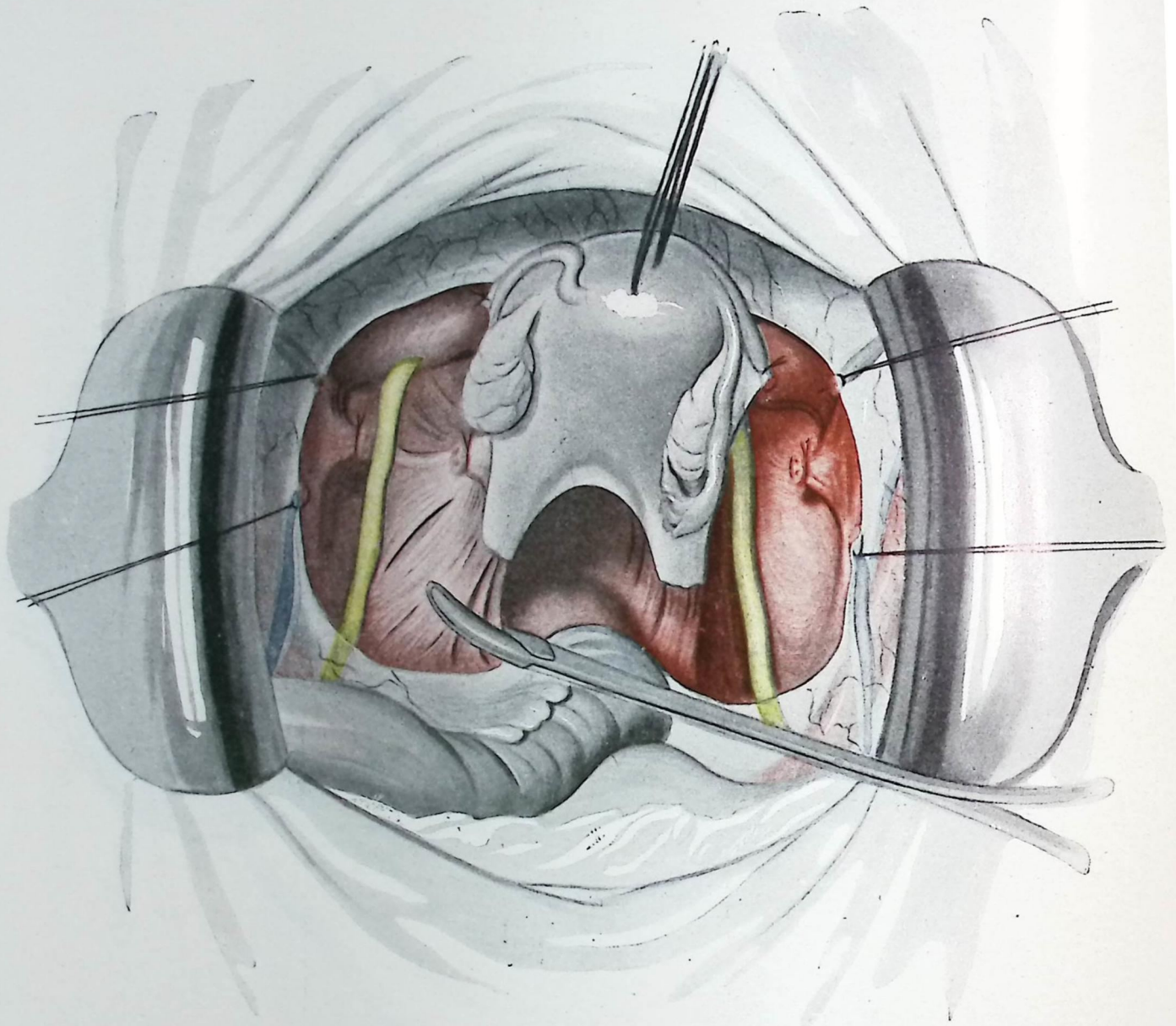


FIG. 221. Operação abdominal por carcinoma, método de Wertheim. O útero é puxado bem para cima, para diante e para a direita com uma pinça de garras. A parte anterior da ferida é formada pelo contôrnio lateral da bexiga atrás do qual se pode vêr o côto lateral do feixe vascular uterino. O ureter isolado descansa sôbre a superfície superior dos tecidos conjuntivos pelvianos. Por tração sôbre o útero é distendido o tecido conjuntivo do lado esquerdo da pelve. Passa-se um clamp com uma das fôlhas colocando-se no espaço retovaginal, para apanhar a parte posterior dêsses tecidos. A fôlha inferior da pinça fica junto ao reto acompanhando a superfície mediana do ligamento útero-sacro. A fôlha superior fica na superfície superior dos tecidos conjuntivos pélvicos posteriores.

das nessa ligadura os vasos uterinos, a artéria vesical que percorre o septo vesical, e as vênias eferentes da bexiga, Fig. 153. A ponte de tecido é cortada por dentro da ligadura. Quaisquer pontos que sangrem no côto mediano, são pinçados e ligados.

Dessa maneira fica exposto quasi todo o percurso do ureter. A "pars posterior" que corre no folhêto posterior do ligamento largo é visível através da delgada prega dêsse folhêto; as porções anterior e intermediária foram expostas pelo isolamento e secção dos tecidos que as

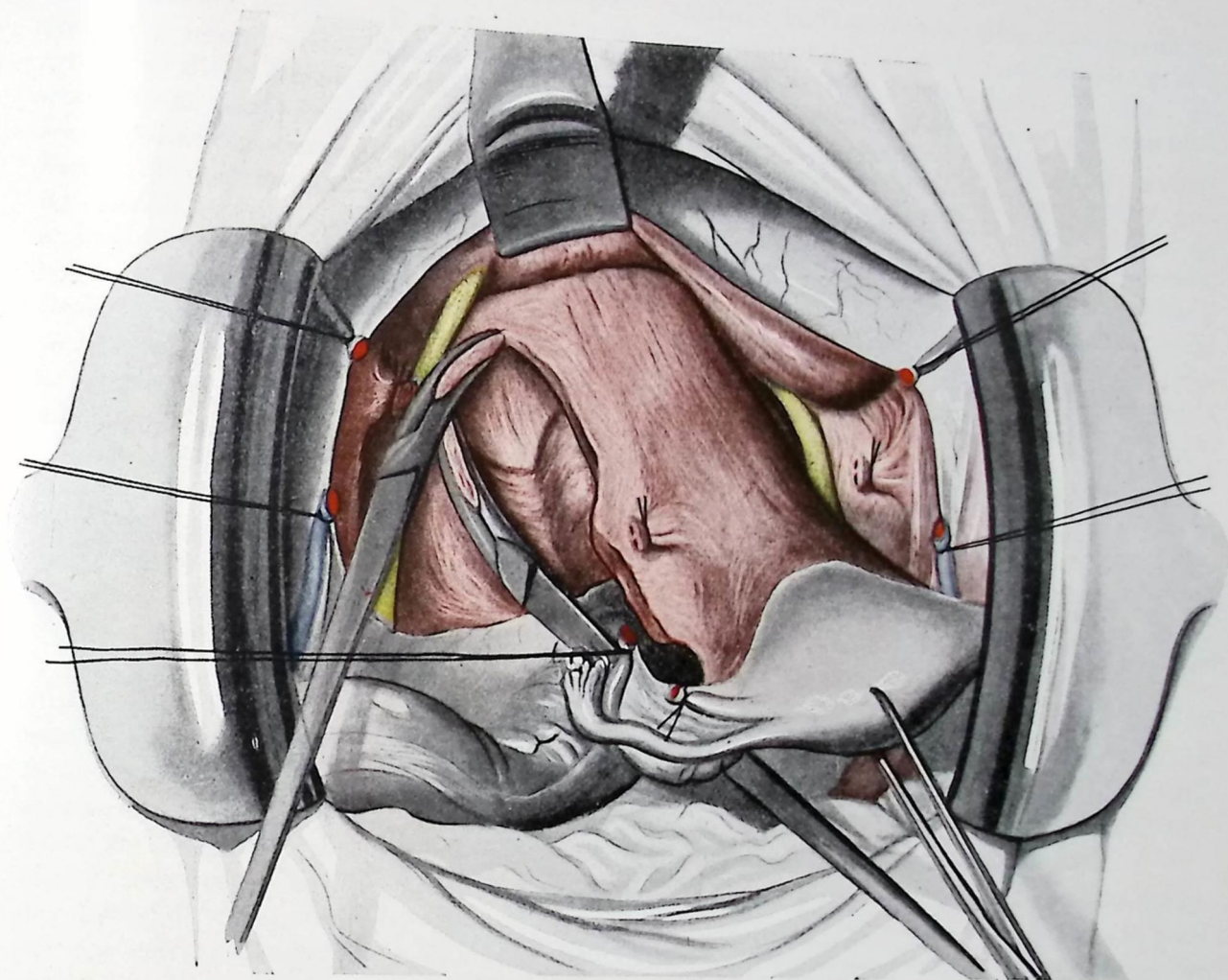


FIG. 222. Operação abdominal por carcinoma, método de Wertheim. O útero é tomado pelo fundo com uma pinça de garras e puxado energicamente para a direita e para o promontório, expondo assim o lado esquerdo do campo operatório. A bexiga que foi descolada do colo e da vagina na região do espaço vesicogenital é afastada para a sínfise por uma valva. Do lado esquerdo do útero pendem os anexos cortados da parede pélvica. Abaixo ao longo do bordo do útero e da vagina, vê-se uma larga tira de tecido conjuntivo pelviano excisado. Na superfície anterior dêsse paramétrio, ao nível do limite entre o colo e o corpo do útero fica o côto interno do feixe vascular uterino ligado. O côto externo fica sôbre a parede pélvica atrás do contórno lateral da bexiga. Dois clamps curvos perto da parede pélvica esquerda pinçam os curtos remanescentes do paramétrio lateral e posterior. O ureter esquerdo é bem empurrado para cima e para o lado para evitar ofendê-lo ao cortar o paramétrio. Depois de cortar o paramétrio posterior esquerdo, (o ligamento útero-sacro esquerdo) o reto só fica prêso pelo ligamento útero-sacro direito. Seu limite esquerdo pode ser visto dirigindo-se um pouco à esquerda, por trás do paramétrio excisado. Coloca-se um terceiro clamp um pouco mais para diante para apanhar transversalmente o feixe fundamental conjuntivo horizontal e o plexo vaginal que êle encerra, bem junto do bordo da vagina. Pode-se, então, prolongar a incisão para diante, e por dentro do clamp. Cortam-se, assim, praticamente todas as ligações dos órgãos genitais e dos paramétrios à esquerda. — Do lado direito os tecidos conjuntivos pelvianos ainda não foram seccionados da parede pélvica. Entre a bexiga, o bordo do útero e a parede pélvica direita acha-se o ureter isolado e o côto lateral do feixe vascular uterino ligado.

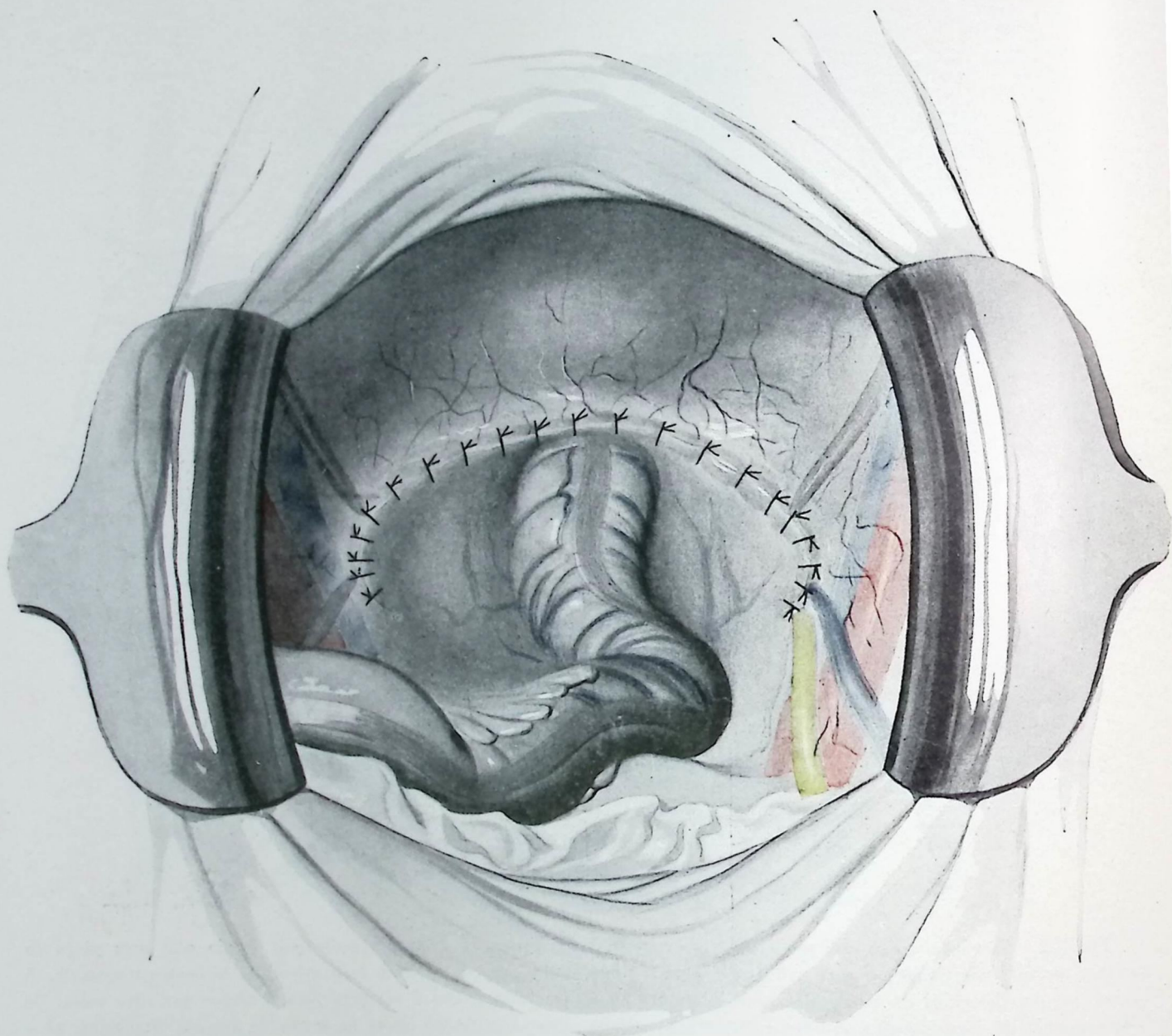


FIG. 223. Operação abdominal por carcinoma, método de Wertheim. Vista do campo operatório após o fechamento do peritônio. O peritônio restante é suturado a pontos isolados sobre a pelve verdadeira, drenando-se a ferida pela vagina. Os côtos dos ligamentos ficam extraperitoneais. A série de pontos forma uma curva que vai do ligamento infundíbulo-pélvico de um lado, para diante e para baixo até a parede posterior da bexiga e sobe, então para o ligamento infundíbulo-pélvico do outro lado.

recobrem. Essa ligadura da artéria uterina e exposição do ureter é executada da mesma maneira para o lado esquerdo. Incisa-se, então, completamente o septo vesical parcialmente cortado, de cima abaixo até à superfície do ureter. O ureter, agora completamente expos-

to em seu trajeto pelviano é libertado de seu canal no ligamento de Mackenrodt e no septo vesical e é afastado para o lado.

Do ângulo inferior da incisão que corta os ligamentos infundíbulo-pélvicos dá-se um corte para trás no folheto posterior do ligamento lar-

go de cada lado. O incisão passa sobre a porção lateral do peritônio da fossa reto-uterina para ir á inserção retal do ligamento útero-sacro (Fig. 219). Deve-se ter cuidado, ao fazer essa incisão, para não ferir o ureter. Tal pode suceder caso esta estrutura não seja bastante libertada do folhêto posterior do ligamento largo ou caso êle se escape da valva lateral. Leva-se a incisão transversalmente pelo peritônio da bolsa de Douglas, abrindo o espaço retovaginal. Deve então, essa dissecação continuar para baixo até o soalho pélvico libertando a parede anterior do reto da parede vaginal posterior (Fig. 220).

Em seguida, corta-se o septo supravaginal do colo, abrindo o espaço vesicovaginal e descola-se a bexiga da vagina. Finalmente, seccionam-se os septos vesicais para baixo dos ureteres até onde o permitir o descolamento do espaço vesicovaginal.

Os ligamentos útero-sacos são cortados através a incisão no folhêto posterior do ligamento largo. São seccionados para baixo rente ao reto até onde o permitir a abertura do espaço retovaginal. Passa-se então um clamp curvo no tecido conjuntivo junto à parede pélvica o mais rente possível, de modo que uma das fôlhas do clamp fique no espaço retovaginal e a outra na superfície superior do tecido conjuntivo da pelve posterior (Fig. 221). Cortam-se êsses tecidos para dentro do clamp. Um outro clamp é aplicado mais para diante e o mais lateralmente possível para apanhar o tecido conjuntivo pélvico lateral e uma parte descendente do ligamento útero-sacro. Depois de cortar êsses tecidos para dentro do clamp, aplica-se, geralmente um terceiro hemostato para apanhar a parte anterior restante do tecido conjuntivo. Êsse clamp apanha o plexo vaginal até onde o permite, para baixo, a mobilização da bexiga (Fig. 222). Êsses tecidos são também incisados para dentro do clamp. De maneira idêntica são aplicados clamps e cortados os tecidos dos dois lados da pelve.

Passa-se então um clamp curvo através da vagina acima da incisão feita através do plexo

vaginal e corta-se transversalmente a parede vaginal abaixo do clamp do modo descrito para a operação de Latzko (Fig. 214). O útero, paramétrio e anexos podem agora ser retirados.

Substituem-se os seis clamps no paramétrio por ligaduras passadas com a agulha própria. Colocam-se na cavidade da ferida do paramétrio dois tampões de gaze iodoformada, cujas pontas saem pela vagina. A operação é completada pela sutura dos bordos do peritônio, o da fossa vésico-uterina com o que recobria a fossa reto-úterina. Empregam-se pontos separados. Fica, assim completamente fechada a ferida operatória e isolada da cavidade abdominal; os côtos anxiais ficaram todos situados estraperitonealmente, (Fig. 223).

7. ESTUDO ESTATÍSTICO DOS CASOS DE CARCINOMA DO COLO TRATADOS PELA OPERAÇÃO VAGINAL (IDADE DAS PACIENTES, OUTRAS DOENÇAS ASSOCIADAS COM O CARCINOMA, TIPO DO MATERIAL CLÍNICO, OPERABILIDADE, ESTUDO CRÍTICO DE NOSSOS CASOS DE CARCINOMA)

Como as observações clínicas feitas durante os últimos cinco anos (1921-1925) são mais precisas e completas, fizemos uma análise das histórias dos casos de carcinoma observados durante êsse período para ter uma ideia do tipo de casos tratados e dos resultados operatórios primários obtidos. Analisados os casos operatórios conforme as idades, as pacientes se distribuem como segue:

Grupo de idade	Numero de pacientes	Porcentagem
25 — 30 anos	13	5
31 — 35 anos	23	8,9
36 — 40 anos	41	15,9
41 — 45 anos	48	18,6
46 — 50 anos	42	16,3
51 — 55 anos	35	13,6
56 — 60 anos	35	13,6
61 — 65 anos	15	5,8
acima de 65 anos	6	2,3

Nessas 258 operações vaginais por carcinoma, a operação se complicou em 19 (7,37 por cento) pela existência de afecção inflamatória da pelve (3 casos de piossálpinx), em 7 (2,7 por cento) por densas aderências na bolsa de Douglas e em 9 (3,5 por cento) por piometrite. Em 3 pacientes (1,16 por cento) encontrou-se um tumor ovariano além do carcinoma cervical. Em 11 casos (4,26 por cento) o útero era miomatoso. Em 6 (2,3 por cento) havia um carcinoma do côto cervical após amputação supravaginal do útero. Uma paciente tinha um sarcoma do colo do útero além do carcinoma cervical. Uma paciente com carcinoma cervical foi operada na vigência de uma gravidez de dois meses. Outra fôra operada por um carcinoma íleocecal oito anos antes de manifestar-se o carcinoma cervical. Em um caso o carcinoma tinha progredido a ponto de envolver todo o corpo uterino e um outro havia carcinoma tanto do colo como da vulva.

O paramétrio achava-se infiltrado em 186 pacientes e, dessas a infiltração ia até a parede pélvica em 45 (17,5 por cento). Em 2,3 por cento dos casos foram retirados "per vaginam", de um ou de ambos os lados, gânglios linfáticos aumentados. A vagina estava comprometida no processo carcinomatoso em 79 pacientes (30,62 por cento). Em 2 (0,775 por cento) havia uma infiltração do ureter. Em 11 casos (4,26 por cento) o carcinoma havia infiltrado o reto.

As indicações operatórias que foram traçadas em um capítulo anterior têm sido seguidas nessa clínica desde 1901; durante os últimos cinco anos, embora conservando-nos fieis a essas indicações, ampliamo-las um tanto. A despeito dessa amplificação das indicações operatórias não houve aumento sensível da operabilidade. Analisando a operabilidade em períodos de cinco anos obtemos as seguintes percentagens:

1901 — 1906....	51,15 %	1911 — 1916....	54,4 %
1906 — 1911....	56,68 %	1916 — 1920....	52 %

Durante os últimos cinco anos, a despeito

de nossas indicações mais radicais a operabilidade em nosso material clínico de carcinoma só alcançou 56 por cento. Na 2.^a Clínica de Mulheres de Viena onde os carcinomas eram operados pela via abdominal, a operabilidade foi praticamente a mesma, sem dúvida, devido à semelhança do material. Os critérios de operabilidade são praticamente os mesmos na 2.^a Clínica e na nossa. O fato da cifra de operabilidade em nossa clínica coincidir com os da clínica que opera pela via abdominal prova que ambas adotam praticamente as mesmas indicações operatórias.

A cifra de operabilidade relativamente baixa é fácil de explicar. Depois da introdução da radioterapia nos grandes hospitais com a instalação de modernos aparelhos actinoterápicos houve uma grande afluência de pacientes de câncer e principalmente de casos inoperáveis nesses hospitais. O material utilizável para estudo nesses grandes hospitais não corresponde portanto à média; a qualidade desse material é piorada artificialmente. A média do material canceroso é menos favorável para a operação enquanto os hospitais menores não instalarem modernos aparelhos de radioterapia e as pacientes tiverem, por conseguinte, que recorrer aos hospitais maiores para esse tipo de tratamento. Essa situação pode ser comprovada pelas cifras de operabilidade de nossa clínica. Até Junho de 1913, quando se iniciou a radioterapia em nosso hospital a cifra de operabilidade cresceu gradativamente. Veiu então a época da entusiástica introdução da irradiação e a operabilidade baixou gradualmente até 1919 e 1920 e permaneceu nessa cifra mais baixa. Hoje em dia existe um considerável cepticismo a propósito dos efeitos da radioterapia e a operabilidade cresceu novamente. Além disso, muitas pacientes com carcinoma inoperável ficam descontentes com a longa duração da radioterapia e vão de um a outro hospital. Dêsse modo a ficha de uma mesma paciente pode figurar entre os carcinomas inoperáveis observados em diversos hospitais. Crescem assim as causas de êrro si se usar a cifra da operabili-

dade para julgar da radicalidade de uma técnica operatória.

8. PERIGOS DA OPERAÇÃO

(A) HEMORRAGIA

A não rara extensa infiltração do paramétrio e o comprometimento da bexiga, ureter e reto no processo carcinomatoso torna a operação mais difícil e aumenta consideravelmente seus riscos. Por essa razão, foi observada frequentemente hemorragia bastante pronunciada e aumentou o número de lesões operatórias dos órgãos adjacentes. Qualquer operador experimentado sabe que as hemorragias perigosas não provêm das artérias uterinas ou hemorroidárias médias, cujos ramos principais se dirigem para diante, para a vagina como os vasos mais laterais do tecido conjuntivo pelviano. O principal perigo é o de hemorragia das grandes veias da parede pélvica. Tivemos êsse tipo de profuso sangramento venoso em 4,6 por cento de nossos casos. O maior êrro que um operador pode cometer em uma operação vaginal é procurar dominar uma tal hemorragia por ligadura enquanto não fôr retirado o útero. O campo operatório é profundo, o sangramento é profuso e a visibilidade é constantemente obscurecida pelo escoamento sanguíneo. O vaso que sangra não pode ser visto e o operador perde tanto tempo e a paciente tanto sangue que é impossível evitar um desfêcho infeliz. Uma tal hemorragia não pode durar muito sem acarretar a morte da paciente. Além disso, a não ser que o hemostato seja manejado com a máxima delicadeza, as veias que se acham fixas à parede pélvica serão de novo rompidas e a hemorragia aumentará. Em uma hemorragia dessa natureza nada é mais eficaz do que o tamponamento imediato com uma grande compressa de gaze. Durante todo o resto da operação a compressa será firmemente apertada de encontro à parede pélvica com uma valva segura por um assistente. Só depois de retirado o útero e paramétrio e fechado novamente o peritônio

é que se pode procurar estancar minuciosamente a hemorragia. Retira-se rapidamente a compressa; muitas vezes depois da longa e enérgica compressão a veia já não sangra mais. Nêsse caso o ponto lesado tem de ser localizado produzindo a hemorragia. Passa-se uma gaze sobre a região. Geralmente a hemorragia não é tão profusa quanto era logo depois do ferimento, existe mais espaço e a iluminação é melhor. Quasi sempre pode o vaso comprometido ser pinçado com um hemostato e amarrado com um fio passado ao redor com uma agulha de aneurisma. Não sendo uma só ligadura suficiente para dominar a hemorragia e recomendando um grande sangramento é preferível não tentar ligar o vaso, mas fazer um tamponamento apertado com gaze iodoformada em toda a área que sangra. Devem encher-se ambas as cavidades dos paramétrios, apertadamente com gaze que será mantida firmemente por meio de valvas longas. Finalmente, enche-se de gaze a parte média da cavidade, entre as duas valvas. Produz-se assim, pelo tampão uma pressão transversal, de uma parede pélvica à outra, que tem como resultado comprimir completa e seguramente a veia lesada. Após quatro ou cinco dias, quando começamos a retirar o tampão a hemorragia está sempre dominada sem o aparecimento de sangramento secundário. Só em um caso foi necessário ligar a artéria hipogástrica "per vaginam". O sangramento venoso do plexo vesicovaginal e uterovaginal que se produz quando se separa a vagina da bexiga e do colo e na dissecação dos ureteres é, em geral, sem importância e quasi sempre colhida pela tração para baixo sobre o útero e a vagina. A tensão colaba as veias e detem a hemorragia ou a reduz ao mínimo. E' muito raro ter que ligar um vaso.

(B) LESÕES DE ESTRUTURAS VISINHAS

O perigo de ferir os órgãos ôcos adjacentes ao útero, a bexiga, ureter e reto aumenta com a extensão do carcinoma. Nos casos avançados é muito frequente encontrar a bexiga com-

prometida. Em 27 operações em que a bexiga estava aderida ao carcinoma, 10 vezes foi possível separá-los sem ferir a bexiga. Em 11 casos foi preciso excisar uma parte da musculatura vesical e nesses casos a musculatura foi excisada sem comprometer a membrana mucosa vesical. Em 8 casos o defeito na parede vesical foi cuidadosamente sobrecoado e em 6 desses sarou sem produzir-se fístula. Em 2 pacientes a despeito da sutura cuidadosa formou-se uma fístula vesicovaginal. Em uma dessas o reto também foi ferido e suturado e formou-se uma fístula retovaginal. Na segunda o reto não foi ferido durante a operação mas, ao libertar os ligamentos útero-sacros muito junto ao reto foi ligada uma das artérias longitudinais do reto produzindo-se uma necrose e consequente fístula retal. Cinco meses mais tarde ambas essas fístulas foram fechadas em uma só operação. A falha da sutura da musculatura vesical nesses dois casos pode provavelmente atribuir-se ao fato de que as regiões operatórias foram infectadas pela fístula retovaginal.

Em 3 casos o ferimento à musculatura vesical não foi reparado por sutura. Todas essas pacientes formaram fístulas, duas no sétimo e uma no undécimo dia após a operação. Em todas 3 o paramétrio estava infiltrado, sendo que, em 2, até à parede pélvica. Em um dos últimos casos teve que ser retirada toda a vagina por causa de uma infiltração carcinomatosa e teve que se ressecar uma parte carcinomatosa do ureter e reimplantá-lo na bexiga "per vaginam". A plástica ureteral foi bem sucedida. (Poude-se encontrar ninhos de células carcinomatosas na musculatura do ureter). No outro caso um piométrio foi esvasiado durante a operação, o que provocou uma considerável elevação térmica durante o período de convalescença. Talvez que nesse caso a infecção da ferida operatória tenha tido como consequência a formação de uma fístula. Dêse estudo de ferimentos incompletos da bexiga pode-se observar que mesmo a menor ferida da musculatura da bexiga deve ser suturada para

se evitar o aparecimento de uma fístula e que qualquer infecção da ferida após lesão da musculatura vesical favorece a formação de uma fístula vesical mesmo depois de sutura da ferida. Em todos êsses casos de injúria ao músculo vesical a ferida foi feita deliberadamente; foi necessário excisar êsse tecido ao executar uma operação radical.

A bexiga foi aberta em 6 outros casos. Em um destes a lesão vesical sobreveiu inadvertidamente e não foi notada nem suturada durante a operação. Em 2 outros casos a ferida foi feita intencionalmente no intuito de libertar a bexiga do colo para atingir um nível além do carcinoma. Essas feridas foram suturadas mas não cicatrizaram; as pacientes apresentaram fístulas vesicais no oitavo e undécimo dia após a operação. No quarto caso o carcinoma era muito extenso. Toda a vagina teve que ser retirada por motivo da extensa infiltração carcinomatosa. A infiltração do paramétrio ia até à parede pélvica e o carcinoma tinha crescido para cima, para a cavidade uterina a ponto de toda a parede uterina estar reduzida a uma massa carcinomatosa. Nêsse caso teve que ser ressecada com o tumor uma porção da parede vesical em toda a sua espessura. A bexiga foi suturada e cicatrizou. O quinto caso era um extenso câncer do côto cervical. A despeito de não ter sido feita uma ressecção radical da bexiga, os pontos não pegaram. A sexta paciente tinha um extenso carcinoma do colo. Teve que ser ressecada uma parte da bexiga, mas a paciente morreu no segundo dia após a operação, de endocardite recorrente. Por conseguinte, nada se pode dizer quanto à sutura vesical.

Em geral, as feridas da bexiga cicatrizam muito mal em seguida à operação vaginal por carcinoma. O tampão colocado na cavidade impede a ferida vesical suturada de entrar em contato com outras partes da ferida e lhes aderir. Na operação abdominal, em que não ha necessidade de grandes tamponamentos ha melhor probabilidade para a cicatrização das feridas vesicais, a êsse respeito. Só podem proteger contra a formação de uma fístula as suturas cui-

dadas de musculatura vesical em que se aproximem extensas superfícies de músculo por pontos separados minuciosos. Sempre que possível o tampão deve ser colocado de modo que a zona suturada da bexiga venha a ficar aplicada a alguma parte da superfície cruenta. Isto permite à ferida vesical aderir à vizinhança. Cobrir a linha de sutura da bexiga como reto é um mau método de resguardar o fechamento vesical. Mais cedo ou mais tarde os movimentos intestinais tracionarão os pontos da bexiga, podendo até soltá-los. Em nossos 258 casos de carcinoma operados nos últimos cinco anos pelo método vaginal, tivemos 11 casos de lesões vesicais incompletas e 6 de completas com a formação de 9 fístulas (3,5 por cento). Uma dessas fístulas já foi fechada operatóriamente. Em 1 caso a bexiga foi ferida por inadvertência.

Em casos extensos de carcinoma do colo o ureter é envolvido pela massa do tumor. Produz-se assim, compressão do ureter nêsse ponto com dilatação para cima. É muito raro produzir-se uma infiltração carcinomatosa da parede ureteral. Em nossa série, em 21 casos estava o ureter encravado no tumor, de um ou dos dois lados. Em 19 dêsses, foi o ureter isolado sem ferir-se. Em um caso verificou-se que o urter direito era um tubo carcinomatoso rígido do, qual se formou uma fístula no décimo dia após a operação. Em outro paciente encontrou-se a mesma situação mas, quando pareceu evidente que havia uma infiltração carcinomatosa da parede, o ureter foi ressecado e reimplantado na bexiga "per vaginam". Esse caso já foi mencionado; o ureter pegou mas formou-se uma fístula vesical.

Do que precede pode-se concluir que o ureter pode ser isolado sem receio de que se necrose. Isso é em fato importante, porque outrora se pensava que um amplo descolamento do ureter com os consequentes distúrbios de sua nutrição acarretariam uma necrose do ureter. Parece que o isolamento do ureter não é um fator importante na produção de necrose de sua parede. Essa afirmação, entretanto, não pode ser feita sem algumas reservas quando se fala

da operação abdominal; na operação vaginal, entretanto o ureter permanece prêso à sua vizinhança em sua parte superior mesmo que um isolamento circular, completo se faça em baixo. No tipo vaginal de descolamento do ureter parece que a sua irrigação é completamente preservada. A vascularização vem da artéria ureteral, ramo da íliaca primitiva ou da hipogástrica e através dos ramos vaginais da artéria hemorroidária média e parece suficiente mesmo no caso do ramo ureteral da artéria vesical inferior ser interrompido pela ligadura da uterina bem lateralmente. Temos ligado mesmo a hemorroidária média em excisões extensas do paramétrio sem observar prejuizo subsequente do ureter. Embora o isolamento do ureter de um leito carcinomatoso só leve à necrose quando o próprio ureter é carcinomatoso, temos visto produzirem-se fístulas ureterais em pacientes cujo ureter não estava fixo na massa tumoral. Em um caso o ureter foi cortado inadvertidamente e a extremidade renal colhida em uma ligadura. Essa paciente morreu no quinto dia após a operação. As outras fístulas se manifestaram do nono ao décimossexto dia depois da operação. É admissível que pela infiltração carcinomatosa ao redor do ureter e a compressão gradual das artérias ureterais inferiores, forme-se uma vascularização colateral para o ureter a partir de cima de maneira que o isolamento do ureter de seu leito carcinomatoso possa se fazer apenas com um leve distúrbio de sua nutrição. Uma formação incompleta de circulação colateral nos casos mais precoces de carcinoma não é a única causa da necrose do ureter consecutiva à sua libertação; prova-o o fato de termos quasi sempre isolado amplamente o ureter, mesmo quando êle não estava encerrado pelo processo carcinomatoso. E apesar disso apenas 5 fístulas post-operatórias se manifestaram nas 258 operações por carcinoma. Somos levados a admitir a acepção de Franz de que podem formar-se fístulas ureterais secundárias por pequenas lesões não penetrantes da parede ureteral despercebidas durante a operação. Durante a convalescença essas feridas

se infectam o que acarreta a formação de fístulas. Por conseguinte, qualquer lesão à parede ureteral observada durante a operação deve ser cuidadosamente reparada com catgut fino mesmo que seja muito superficial. Uma vez por outra tais fístulas curar-se-ão espontaneamente. Em nossas 258 operações por carcinoma houve 6 fístulas ureterais post-operatórias (2,33 por cento). Provavelmente 4 dessas foram motivadas por lesões mínimas da parede ureteral, 1 por necrose da infiltração carcinomatosa da parede e 1 consequente a secção e ligadura do ureter. Em 2 (0,775 por cento) dos 258 casos o carcinoma tinha se propagado ao interior da parede ureteral.

Ha perigo de ferir o reto ao descolá-lo, si os vasos linfáticos dos ligamentos útero-sacros estiverem infiltrados até muito para trás ou si o carcinoma cervical si houver propagado à vagina e ao espaço retovaginal.

Em nossa série tivemos 11 casos dessa natureza. Em 2 dêsses foi necessário ressecar parte do reto devido a infiltração carcinomatosa de toda a espessura de sua parede. O reto foi cuidadosamente suturado nesses casos e as feridas cicatrizaram sem complicações. Em 1 outro caso foi excisada uma porção de músculo retal sem abrir a membrana mucosa. O músculo foi cuidadosamente suturado e não se formou fístula. Em 2 outros casos a operação foi feita sem qualquer ofensa visível à musculatura retal. O carcinoma tinha se propagado bastante para trás nos ligamentos útero-sacros e incisão através dessas faixas infiltradas, naturalmente, passou muito junto do reto, no espaço de tecido entre o reto e seu fascia. Durante essa manobra as duas grossas artérias que envolvem o reto passando entre o fascia e a superfície retal foram cortadas e ligadas. Êsses vasos que se dirigem para diante em uma longa espiral para irrigar a parede do intestino são as terminações laterais da hemorroidária superior. No sétimo e décimo-quarto dias após a operação apereceram fístulas devidas à necrose da parede anterior. Mostravam-se na situação típica das fístulas por necrose da parede retal

consequentes à ligadura dos ramos laterais terminais da artéria hemorroidária superior. Quando o carcinoma não invadiu por contiguidade o reto a partir da fórnix posterior da vagina, como era o caso nessas duas pacientes, mas a fixação é devida à infiltração dos ligamentos útero-sacros, então os bordos laterais do reto são particularmente comprometidos no processo carcinomatoso, ao passo que a parede anterior é, geralmente, com facilidade descolada da vagina. Entretanto, nesses casos, quando os ligamentos útero-sacros têm que ser cortados no espaço entre o reto e seu fascia, pode facilmente surgir a necrose da parede anterior por causa da lesão fácil das duas artérias retais laterais. A parede retal posterior é irrigada pelas artérias retais posteriores que não são feridas pela separação dos ligamentos útero-sacros do reto. Embora tecnicamente seja mais fácil cortar os ligamentos indo ao longo do espaço entre o reto e seu fascia e, embora essas faixas possam ser seccionadas de maneira completa dêsse modo, deve-se, em vista do exposto, evitar tal modo de proceder. E' demasiado o perigo de necrose da parede retal anterior e de formação de fístula devido à ofensa aos ramos terminais laterais da artéria hemorroidária superior. Uma dessas pacientes morreu de pielonefrite um mês após a operação. A segunda paciente apresentou também uma fístula vesical. Ambas as fístulas retal e vaginal foram fechadas com êxito em uma segunda operação. Nos 6 casos restantes, a despeito do fato do reto estar firmemente prêso ao carcinoma cervical não pareceu ter havido ofensa ao reto e não se manifestaram fístulas.

Houve, além disso, 5 casos sem qualquer invasão da parede retal pelo carcinoma, em que o reto foi aberto a contragosto. Em 1 o ferimento não foi notado e cinco dias depois da operação apereceu uma fístula retovaginal. Nas outras 4 pacientes foi percebido o ferimento e suturado. Uma dessas morreu no nono dia após a operação de pielonefrite e caquexia. Enquanto ela viveu a sutura da parede retal se mostrou continente. Em 2 outros casos a su-

tura evitou a formação de fístulas. No quarto a sutura não pegou e formou-se uma fístula retovaginal. E' a paciente mencionada na discussão das fístulas vesicais que teve ao mesmo tempo uma fístula vesical e uma retal ainda não reparadas. Por conseguinte, em nossos 258 casos de operação por carcinoma apareceram fístulas retovaginais consequentes à operação em 4 casos (1,5 por cento). Uma dessas pacientes já se curou por uma operação plástica secundária.

9. CONVALESCENÇA E COMPLICAÇÕES POST-OPERATÓRIAS

A duração da permanência da paciente no hospital, "dias de internamento", varia como segue:

Numero pacientes	Dias de internamento
75.....	menos de 20 dias
66.....	20 — 25 dias
25.....	26 — 30 dias
31.....	30 — 40 dias
44.....	mais de 40 dias

Os dias de permanência na cama também mostraram notável variação: 86 se levantaram antes do décimoquinto dia, 80 permaneceram na cama entre quinze e vinte dias, 21, de vinte-e-um a vinte-e-cinco dias ou mais.

A temperatura variou entre 37,6° a 38° C. por um ou mais dias após a operação em 123 pacientes. Em 49 casos a temperatura máxima esteve entre 38,1° e 38,5° C. Em 14 casos a temperatura subiu a 38,6°-39°C. Só em 1 caso a temperatura ultrapassou 39°.

Em muitos casos a cicatrização da incisão de Schuchardt não foi perfeita. Em 105 casos (40,7 por cento) houve deiscência mais ou menos pronunciada da ferida.

Apareceu uma cistite durante a convalescença em 102 pacientes (39,53 por cento). Pode-se notar, portanto, que muito a-miudo seguem-se distúrbios vesicais às nossas operações vaginais por carcinoma. Essa complicação pode

ser, em parte atribuída à infecção que acompanha a cateterização. A quasi totalidade de nossas pacientes tem que ser sondadas durante os primeiros dias post-operatórios. Esta retenção urinária post-operatória durante os primeiros dias e a subsequente evacuação incompleta da bexiga pode ser facilmente explicada. Os fatores responsáveis são a ampla mobilização da bexiga isolando-a de sua vizinhança, o tamponamento da ferida e principalmente a dissecação do plexo hipogástrico que envia suas fibras à bexiga por fora do ligamento útero-sacro e no espaço pararectal e daí pelos gânglios de Frankenhäuser através o ligamento de Mackenrodt. Embora possa a sondagem produzir cistite, a retenção de urina devido ao esvaziamento incompleto da bexiga aumenta sua intensidade e sua duração. Crea-se, assim uma situação em que a retenção urinária ou o esvaziamento insuficiente requer a cateterização com o perigo da introdução de germens na bexiga. A retenção de urina favorece o desenvolvimento e aumento dos germens. Além disso ha uma diminuição da resistência normal da bexiga à infecção provocada pela ligadura dos vasos vesicais necessária em toda extensa operação por carcinoma. Êsses dois fatores, o aumento de virulência das bactérias na urina estagnante e a resistência diminuída dos tecidos vesicais devido ao prejuizo circulatório, agem combinadamente para tornar a cistite uma complicação muito frequente em seguida à operação por carcinoma. A cistite foi purulenta na maioria dos casos. Apenas em 2 foi do tipo hemorrágico. Mesmo a administração profilática de urotropina e a lavagem da bexiga após a sondagem com nitrato de prata ou ácido bórico não evita completamente a cistite post-operatória. Não tivemos resultados apreciáveis com a instilação de substâncias antissépticas na bexiga.

A cistite não nos perturbaria muito, não fosse pelo fato de produzir-se muito frequentemente uma infecção ascendente do parênquima renal. A causa dessa infecção ascendente não foi estabelecida com certeza. Alguns julgam que a cistite provoca um edema da papila ure-

teral que acarreta a estase da urina no ureter e no bacinete. Os germens ganham essa urina retida ou subindo pela luz do ureter, ou pelos caminhos linfáticos ao longo do ureter ou por via sanguínea. De acôrdo com as observações cistoscópicas que fizemos após a operação vaginal por carcinoma não seria impossível que a causa da infecção ascendente fosse o represamento direto da urina da bexiga para os ureteres. Não raro encontrámos o orifício ureteral entreaberto devido, provavelmente, ao distúrbio funcional produzido pela enervação operatória. Condições individuais gerais desempenham provavelmente um grande papel na produção de uma infecção ascendente. Quasi todas as doentes, após a operação por carcinoma, possuem os fatores causais mencionados acima e entretanto um número pequeno e cada vez menor delas apresentam pielite. Em nossa série, em um período de cinco anos houve 10 casos de pielite (3,87 por cento). O diagnóstico foi feito baseado na alta temperatura, exame microscópico e bacteriológico da urina e dôr na zona renal. Raramente usamos a cateterização ureteral para estabelecer o diagnóstico de pielite. O tipo menos perturbador do pielite é o devido ao bacilo coli. A injeção intravenosa de solução de urotropina a 40 por cento dá excelentes resultados nesses casos. Essa solução é dada na quantidade de 10 cc. diários durante oito dias. Dando apenas uma ou duas dessas injeções é frequente a recaída da infecção. As infecções estreptocócicas e estafilocócicas do bacinete, são muito mais sérias. Nesses casos a injeção de urotropina é inútil. Os melhores resultados são obtidos com a injeção intravenosa de soluções de tripaflavina. A administração de vacinas nem sempre dá resultado, mas a irrigação e drenagem do bacinete é, em geral, benéfica. Enquanto se administra a terapêutica conservadora às vezes perde-se o momento oportuno para o tratamento operatório.

Sete casos (2,7 por cento) apresentaram trombozes. Em 2 dêsses as trombozes fizeram parte de uma septicopioemia fatal. Em um terceiro caso houve trombose bilateral das vênias

tibiais posteriores que deram causa à múltiplas embolias pulmonares e morte. Produziu-se a embolia em 2 casos (0,775 por cento); um dêsses teve múltiplas embolias pulmonares provenientes de trombozes das vênias tibiais posteriores e no outro um êmbolo se alojou na artéria da fossa silviana em consequência de uma endocardite; ambas as pacientes morreram.

Houve 8 casos (3,1 por cento) com complicações pulmonares. Sete foram bronquites sobrevindas no inverno, primavera e outono. Um caso de bronquite surgiu no verão em uma paciente que tinha bronquite recorrente. Em 5 casos houve pneumonia (1,938 por cento). Um dêsses seguiu-se a uma bronquite. Em dois outros a pneumonia se associou a uma *picemia*. O quarto caso foi uma pneumonia *cruposa* típica e o último seguiu-se a uma embolia pulmonar múltipla.

Apareceram hemorragias secundárias em 5 casos (1,93 por cento); em todos foi dominada ou por ligadura ou por tamponamento "per vaginam". Todas essas pacientes sobreviveram.

Em 4 casos (1,6 por cento) houve retenção de secreções na cavidade da ferida parametrial. Essa complicação se patenteou no décimo dia por subida da temperatura e diarreia. Os sintomas podem ser aliviados e a secreção purulenta evacuada simplesmente entreabrindo o orifício da drenagem da cavidade da ferida parametrial.

10. ESTATÍSTICA DE MORTALIDADE; APERFEIÇOAMENTO DA OPERAÇÃO POR CARCINOMA

Tivemos nos últimos cinco anos uma mortalidade operatória de 6,6 por cento. Desde que o Conselheiro Privado Peham assumiu a clínica, tentámos tornarmos mais radical a operação vaginal por carcinoma retirando mais paramétrio do que nas operações primitivas. Ampliámos, portanto, um pouco as indicações operatórias. O resultado natural foi um aumento da mortalidade que de Maio de 1901 a Junho

de 1919 era, em média de 6,5 por cento. Esta cifra, entretanto, é a mortalidade média para êsses 18 1/2 anos; analisando as cifras mais minuciosamente obtemos os resultados seguintes:

1901 - 1906....	11,4 %	1911 - 1916....	4,35 %
1906 - 1911....	6,4 %	1916 - 1920....	3,5 %

Pode-se verificar que no decorrer dos anos, as cifras de mortalidade para as operações vaginais por carcinoma tinham melhorado sensivelmente e que a mortalidade mais elevada de 6,6 por cento nos últimos cinco anos é particularmente surpreendente. Não houvessemos obtido melhoras das curas absolutas e seríamos forçados a considerar vãos os nossos esforços e teríamos voltado, naturalmente, aos primeiros métodos menos radicais. Lucra-se alguma coisa com a extensão da operação por carcinoma? Já não alcançamos tudo o que se pode obter do tratamento operatório do carcinoma? E', de certo, uma importante questão, desde que se pretenda introduzir uma técnica mais radical do que a habitualmente empregada. E' claro que essa questão não poderá ser resolvida teoricamente. Entretanto, alguém que se propoña a realizar um tal projeto deve, pelo menos estabelecer um cálculo teórico provável para vêr si ha ou não alguma possibilidade de alcançar uma melhoria das curas permanentes pela ampliação da atual técnica da operação por carcinoma. O fundamento para uma tal discussão teórica, naturalmente, é sempre fornecido pelos resultados concretos da experiência.

Na operação vaginal tem-se infelizmente, que renunciar a uma completa extirpação dos gânglios. Entretanto, sabe-se, de acôrdo com as experiências de Schottländer e Kermauner, que em 33 a 43,25 por cento dos casos de carcinoma existem gânglios carcinomatosos. Winter encontrou-os em cerca de 20 por cento dos casos em que o paramétrio estava livre de invasão e em cerca de 50 por cento dos casos em que havia infiltração parametrial. As averiguações de Winter podem ser utilizadas para prognóstico teórico.

Em nossa série de casos de carcinoma minuciosamente estudados, houve 72 casos em que o paramétrio estava livre de infiltração e 186 casos em que estava infiltrado o paramétrio. Como os gânglios linfáticos se acham comprometidos em 50 por cento dos casos com infiltração parametrial e como os gânglios linfáticos não podem ser completamente retirados pela operação vaginal, conclue-se que metade dêsses 186 casos deveriam perder-se com recidivas, ao passo que a outra metade, isto é, 93 casos deveriam curar-se pois a operação fôra bastante radical a outros respeitois. Dos 72 casos em que o paramétrio não estava comprometido deveriam curar-se quatro quintos ou seja 57.

Dos nossos 258 casos classificados como se diz acima no que concerne à invasão parametrial, dever-se-iam salvar 93 mais 57 ou sejam 150 casos pela operação vaginal por carcinoma sem retirada completa dos gânglios. Isto daria uma curabilidade relativa de 58,14 por cento. Nem a operação vaginal nem a abdominal lograram uma tão elevada cifra. Esta discussão mostra, portanto que, pelo menos teóricamente não está fora do possível melhorar os resultados finais por uma operação mais radical e que não é desprovida de valor uma tentativa para lograr êsse propósito. Naturalmente, a premissa em que se baseia a exatidão dessas deduções é a correção das verificações de Winter. As curas permanentes que obtivemos em nossa série, justificam nossas considerações teóricas. Queremos agora dar um resumo dos 17 casos fatais de nossa série de 258 operações por carcinoma nos últimos cinco anos.

Das 17 pacientes que faleceram após a operação, 4 apresentavam gânglios linfáticos cancerizados ao longo da aorta e eram, portanto, casos que não poderiam ser salvos por método terapêutico algum. Quatro pacientes que morreram no primeiro dia de operadas ou nos dois primeiros dias apresentavam carcinomas extensos e morreram de insuficiência cardíaca. Das 13 pacientes que morreram mais tarde, 3 tinham doença grave do coração. Três outras morreram de cistite e pielonefrite. Outra apre-

sentou cistopielonefrite e degenerescência do miocárdio. Quatro morreram de septicemia, 1 de uma pneumonia ascendente e 1 de infarto pulmonar.

11. RESULTADOS FINAIS DA OPERAÇÃO VAGINAL POR CARCINOMA

A operação vaginal por carcinoma como se faz na 1.^a Clínica de Mulheres de Viena só se diferencia da operação usada a partir de 1901 por ser uma operação mais radical. As indicações operatórias permaneceram praticamente as mesmas. O material clínico permaneceu praticamente o mesmo conforme se pode verificar pela seguinte tabela:

	Schauta Junho de 1901 a Julho de 1906	Peham 1921 a 1926
Paramétrio não comprometido	31,75%	27,85%
Paramétrio infiltrado	49,76%	54,65%
Paramétrio infiltrado até a parede pélvica	18,48%	17,50%

Embora só se recorra ao material dos últimos cinco anos (período Peham) para mostrar os resultados alcançados pelos métodos operatórios empregados para as diversas ginecopatias, no caso do carcinoma, utilizaremos também os resultados obtidos nos primeiros anos com o fito de demonstrar o aperfeiçoamento da operação vaginal por carcinoma. Com êsse intuito foi estudada toda a série de casos de carcinoma operados desde 1901 até Junho de 1922, afim de obter as cifras referentes às curas permanentes. Houve ao todo 979 casos de carcinoma cervical operados pela técnica vaginal. Foram estudados por períodos de cinco anos.

PRIMEIRO PERÍODO

De Junho de 1901 a Junho de 1906 foram observados na 1.^a Clínica de Mulheres de Viena, 477 pacientes com carcinoma cervical. Dessas, 211 foram operadas pela técnica vaginal

alargada, 33 recusaram a operação; as restantes eram inoperáveis. Dos 211 casos operados morreram 24 em consequência da operação. A mortalidade primária foi por conseguinte 11,4 por cento. Três das pacientes operadas morreram de doenças intercorrentes no correr do período de observação quinquenal post-operatório. Na necrópsia verificou-se que não apresentavam carcinoma. Das 184 pacientes que sobreviveram à operação, 73 viviam sem recidivas ao fim de cinco anos. Isto equivale a uma cura permanente relativa de 39,7 por cento ou, sem deduzir os três casos que morreram de doenças intercorrentes, 34,6 por cento.

A cifra de curabilidade permanente absoluta é obtida deduzindo do número de pacientes observadas o número das que recusaram a operação e o número das que morreram de doenças intercorrentes e que foi provado não apresentarem carcinoma. A cifra assim obtida é posta em relação percentual com o número de casos operados que se encontram vivos e sem recidiva ao fim de cinco anos.

Assim, dos 477 casos observados subtraem-se 33 que recusaram a operação e 3 que morreram de doença intercorrente estando livres de carcinoma. Restam 441 pacientes das quais se encontram vivas e sem recidivas cinco anos depois da operação 73. A curabilidade permanente absoluta é portanto 16,6 por cento ou, sem essas deduções 15,3 por cento.

SEGUNDO PERÍODO

De Junho de 1906 a Junho de 1911 foram observados 433 casos de carcinoma cervical na 1.^a Clínica de Mulheres. Onze pacientes recusaram a operação. Executou-se a operação vaginal alargada em 234 casos; a operação abdominal em 29 casos. Houve 15 mortes hospitalares consequentes à operação vaginal; 15 pacientes morreram de doença intercorrente no correr dos anos de observação sem provas necroscópicas de carcinoma e 121 pacientes apresentaram recidiva. Durante êsse período houve 83 pacientes que estavam vivas e sem recidi-

vas após cinco ou mais anos a contar da operação. A curabilidade permanente relativa foi de 40,69 por cento; sem as deduções essa cifra desce a 25,48 por cento. Ao calcular a curabilidade permanente absoluta, houve 433 casos observados dos quais devem ser subtraídos os 11 que recusaram a operação e os 15 que morreram de doenças intercorrentes sem recidiva. Restam 407 pacientes das quais viviam sem recidiva cinco anos depois 83. Isto dá uma cura permanente absoluta de 20,4 por cento. Mesmo contando como recidivas todos os casos operados pela técnica abdominal a cifra de cura permanente absoluta ainda permanece 20,4 por cento. Sem deduções a cifra cai a 19,17 por cento.

TERCEIRO PERÍODO

De Junho de 1911 a Junho de 1916 foram tratados na 1.^a Clínica de Mulheres de Viena 487 casos de carcinoma cervical. Dêses, 12 pacientes recusaram a operação. A operação vaginal radical foi realizada em 253 mulheres e a operação radical abdominal em 30. Morreram em seguida à operação vaginal onze pacientes. Durante o período de observação morreram de doenças intercorrentes 13 das pacientes operadas pela técnica vaginal; a autópsia provou que estavam sem recidiva. Manifestaram-se recidivas em 125 pacientes. Vinte e três pacientes não tendo podido ser acompanhadas foram contadas como recidivas. Ao fim de cinco anos cento e quatro das pacientes operadas estavam vivas e sem recidiva.

Cura permanente relativa: das 253 pacientes operadas pela técnica vaginal foram deduzidos 24 casos (11 de mortes operatórias e 13 de mortes por doenças intercorrentes, sem carcinoma) restando 229 pacientes sobreviventes à operação. Dessas, após cinco anos encontravam-se vivas e sem recidiva 104. A cura permanente relativa é por conseguinte 45,4 por cento ou, fazendo as deduções acima 41,11 por cento.

Cura permanente absoluta: de 487 casos de carcinoma cervical observados durante esse período subtraem-se 25 casos (12 pacientes que recusaram a operação e 13 que morreram de doença intercurrente sem apresentarem carcinoma). Dos 462 casos restantes houve 104 curas ao fim de cinco anos. A cura permanente absoluta foi, portanto 22,5 por cento ou 21,36 por cento, sem fazer essas deduções.

Também nesse caso as pacientes operadas pela técnica abdominal são consideradas na estatística como tendo tido recidivas embora seja fora de dúvida que uma parte dêsse número curaram-se completamente.

QUARTO PERÍODO

No período de Junho de 1916 a Junho de 1920 foram observados na 1.^a Clínica de Mulheres, em Viena, 390 casos de carcinoma cervical. Dêses, foram operados 199 pela técnica vaginal radical e 15 pelo método abdominal. Quatro pacientes recusaram a operação, 7 faleceram após a operação, 4 morreram de doença intercurrente, ficando provado que estavam isentas de carcinoma. Dos casos operados pela técnica vaginal 82 apresentaram recidivas, 22 não puderam ser acompanhados e foram por isso somados ao número de recidivas, 84 vivem sem recidivas cinco anos após a operação.

Cura permanente relativa: das 199 pacientes operadas pela técnica vaginal subtraem-se onze casos (7 mortes operatórias e 4 mortes de doença intercurrente, sem carcinoma). Dos 188 casos restantes, 84 estão bem e sem recidivas. A cura permanente relativa é, por conseguinte, 44,68 por cento ou 42,21 por cento sem essas deduções.

Cura permanente absoluta: durante o período foram observadas 390 pacientes de carcinoma cervical. Dêsse número podem subtrair-se 8 casos (4 pacientes que recusaram a operação e 4 que morreram de doenças intercurrentes sem carcinoma). Das 382 pacientes houve 84 curas ao fim de cinco anos, o que dá uma cura permanente absoluta de 21,99 por

cento ou 21,54 por cento, não se fazendo essas deduções.

Os casos operados pelo método abdominal são contados como recidivas. A despeito da redução da mortalidade primária de 11,4 para 6,4 por cento, 4,35 por cento e finalmente 3,5 por cento a cura permanente absoluta permaneceu quasi a mesma (19 por cento, 21,36 por cento e 21,54 por cento). Isso indica um considerável aperfeiçoamento na técnica da operação vaginal por carcinoma.

QUINTO PERÍODO

De 1 de Janeiro de 1921 a 31 de Maio de 1922, durante o regímen do Prof. Peham:

	Operação vaginal	Operação abdominal
Curadas	40	3
Recidivas	35	0
Não acompanhadas	2	1
Mortas de doença intercorrente	2	0
Mortes operatórias	3	6
Totais	82	10

Na estatística seguinte as falecidas de doença intercorrente, as mortes operatórias e as que recusaram a operação não foram deduzidas do número total de casos observados, ao fazer o cálculo da cura permanente relativa e absoluta.

Curas permanentes na série de 1 de Janeiro de 1921 a 31 de Maio de 1922:

OPERAÇÃO VAGINAL

Curas permanentes relativas: o número de casos curados após operação vaginal dividido pelo número total de casos operados pela técnica vaginal	50%
Curas permanentes absolutas: o número de casos curados pela operação vaginal dividido pelo número total de pacientes de carcinoma cervical observadas durante o período acima. As pacientes operadas pelo método abdominal ou tratadas pela irradiação são classificadas como não curadas	24,84%
Mortalidade operatória primária	3,66%

OPERAÇÃO VAGINAL E ABDOMINAL

Curas permanentes relativas: o número de casos cura-

dos pelas operações abdominais e vaginais dividido pelo número total de casos operados por êsses métodos	46,74%
Curas permanentes absolutas: o número de curas de cinco anos após operações abdominais e vaginais dividido pelo número de casos de carcinoma cervical observados durante o período acima. Os casos curados pelos raios X são considerados como recidivas	26,7%
Mortalidade operatória	9,78%
Casos de carcinoma inoperável (4 dêsses foram curados pela irradiação)	69
Casos de carcinoma operável	92
Total dos casos observados durante êsse período	161

A melhoria das curas permanentes absolutas e relativas sob a direção do Prof. Peham prova a exatidão das considerações teóricas a propósito da possibilidade de melhorar os resultados da operação vaginal pela excisão mais extensa do paramétrio. Os casos operados durante êsse período não sofreram irradiação post-operatória e as estatísticas podem considerar-se como o resultado exclusivo do tratamento operatório. Naturalmente pensamos, como outros cirurgiões, em melhorar por meio de várias medidas post-operatórias, os nossos resultados finais. A êsse respeito entram em linha de conta a operação das recidivas, a radioterapia das recidivas e a irradiação post-operatória.

12. OPERAÇÃO DAS RECIDIVAS

Queremos fazer apenas uma curta observação a propósito da operação das recidivas. Durante os últimos cinco anos não fizemos essa operação. Não significa isto que sejamos contrários em princípio a êsse tipo de tratamento. Gostaríamos de ter executado essa operação em várias pacientes, mas o processo não parece oferecer muita esperança de êxito. O diagnóstico precoce das recidivas é muito incerto. No caso de um endurecimento muito discreto é difícil distinguir com certeza si se deve a uma cicatriz espessa ou a uma recidiva. Os cirurgiões que executam operações de recidivas muito amiado verificam que o tumor, que retiraram, examinado ao microscópio mostra-se formado por simples

tecido endurecido. As dificuldades de uma operação de recidiva são muito grandes. Em geral o tumor recidivante é muito mais firmemente fixo à parede pélvica e às grandes vênias, aos nervos do que parece quando se avalia a mobilidade pelo exame vaginal ou retal. A extirpação do tumor recidivado é tanto mais difícil tecnicamente, quando mais radical houver sido a operação primária (Wertheim). Os resultados da operação das recidivas são precários, fato verificado mesmo por um técnico da experiência de Franz.

13. IRRADIAÇÃO DAS RECIDIVAS

A partir de 1913, temos tratado com a irradiação as recidivas do carcinoma cervical após as operações. Nos primeiros anos empregamos apenas o radium. Em 1909 foram, pela primeira vez, tratadas as recidivas carcinomatosas com os raios X ou uma combinação de raios X e radium.

Em todos os casos por nós tratados pela irradiação, tratava-se de recidiva local. A localização da recidiva na extremidade superior do saco vaginal cego é favorável para a radioterapia. O tipo de tumor recidivado mais favorável é o que fica na linha mediana e que é ulcerado na vagina de modo que o radium pode ser introduzido dentro do tumor. O próprio tumor forma assim uma couraça protetora para os órgãos adjacentes ôcos contra as radiações e, ao mesmo tempo aumenta a distância dessas estruturas ao local da aplicação do radium.

São muito menos favoráveis as condições para a irradiação quando o tumor é situado na parede pélvica e deve ser irradiado pela vagina através de tecidos normais de espessura considerável. Torna-se necessário empregar uma tão grande quantidade de radiações, que os órgãos ôcos adjacentes, a bexiga e o reto, muito sensíveis às radiações, serão gravemente ofendidos. A proteção dos órgãos ôcos por meio de filtros é de valor incerto. Caso se produza uma fístula vesical ou retal por excesso de irradiação

instala-se um corrimento fétido e, em geral, a paciente morre em breve com dôr considerável.

Além da formação de fístula pelo excesso de irradiação de tecidos normais, existem também as fístulas que se formam quando a recidiva compromete a vagina e o reto. Pela irradiação de um tumor nessas condições, o carcinoma é destruído, daí resultando uma comunicação entre os órgãos comprometidos.

Não se deve, portanto, extranhar que o aparecimento de fístulas seja frequente em seguida à irradiação de recidivas. De Janeiro de 1913 até Junho de 1919, foram tratados pela irradiação 15 casos de carcinoma cervical recidivado. Em todos êles a diagnóstico foi estabelecido por biópsia e exame microscópico. Formaram-se fístulas após a irradiação em 6 casos: 3 retovaginais, 2 vesicovaginais e uma íleovaginal. De todos os casos tratados pela irradiação apenas 2 pacientes estavam vivas em 1924.

CASO I, 45 anos, admitida em 13 de Setembro de 1915. Operação abdominal radical feita em outro hospital. Recidiva no saco vaginal cego com infiltração extendendo-se até à parede pélvica esquerda. Foi feita curetagem e cauterização. Exame anátomo-patológico: carcinoma sólido linfático de imaturo a semimaduro. A paciente pesava 59 kg.

Irradiação: de 21 de Setembro a 1 de Outubro.

1 aplicação de 50 mg. de radium durante 5 horas.

2 aplicações de 30 mg. de radium durante cinco horas com filtro de latão de 1 mm.

2 aplicações de 33 mg. de radium durante 5 horas.

Essa doente é um caso de cura permanente de uma nítida recidiva.

CASO II, 60 anos, pêso 48 kg. Operação abdominal por carcinoma dois anos antes. Havia na extremidade superior da vagina uma úlcera que a biópsia provou ser carcinomatosa.

Primeira série de aplicações: 6 a 11 de Fevereiro,

4 aplicações de 50 mg. de radium durante 6 horas com filtro de 1 mm de latão.

1 aplicação de 33 mg. de radium durante 7 horas.

Examinada em 18 de Março de 1916 mostrou a vagina macha sem sangramento nem corrimento. Pêso 45 kg. A biópsia não conseguiu encontrar carcinoma.

Segunda série de aplicações:

2 aplicações de 33 mg. de radium durante 3 horas

1 aplicação de 30 mg. de radium durante 3 horas.

1 aplicação de 50 mg. de radium durante 3 horas. Também esta paciente pode ser considerada como uma cura permanente de uma recidiva.

A respeito do destino das 13 pacientes restantes, possuímos os seguintes dados:

Três pacientes não puderam ser acompanhadas. Uma dessas provavelmente está viva e em boas condições.

Uma mulher russa de cinquenta e um anos foi operada em 1913 em Kiev tendo sido extirpado um carcinoma cervical pela técnica vaginal. Em 5 de Janeiro de 1914 foi admitida em nossa clínica. Nosso exame evidenciou um tumor recidivado no fim do saco vaginal cego, do tamanho de uma ameixa, com infiltração do paramétrio direito. A biópsia mostrou um carcinoma linfático sólido, maduro com cornificação aqui e acolá.

Irradiação:

Primeira série de 5 a 11 de Janeiro, 5 aplicações de 50 mg. durante 12 horas.

Segunda série de 10 a 13 de Fevereiro, 3 aplicações de 30 mg. de radium durante 12 horas.

A biópsia após a segunda série não verificou carcinoma. Também foi negativa uma segunda biópsia a 1.º de Abril. Nessa ocasião estavam lisas as paredes vaginais. Havia um infiltração mole do paramétrio direito.

Depois de rebentada a guerra esta paciente não pôde mais ser localizada. Provavelmente não é carcinomatosa a infiltração do paramétrio direito. E' mais do que provável que fosse um espessamento devido à irradiação.

Os outros dois casos que não puderam ser acompanhados, provavelmente faleceram. Na ocasião do último exame a que se submeteram, as biópsias não revelaram carcinoma mas ambas se achavam em más condições, pesando apenas 40,5 kg. e 41,5 kg. Os 10 casos restantes tratados pela irradiação morreram. Nesse grupo estão as 6 pacientes em que surgiram fístulas. Não sabemos a data da morte de 4 dos casos. Duas pacientes morreram imediatamente após a irradiação. Em um desses não se conseguiu encontrar carcinoma na necrópsia. Duas pacientes morreram sete a nove meses após a irradiação. Uma morreu dentro de um ano e outra dois anos e nove meses após o tratamento.

Das 15 recidivas de carcinoma tratadas pela irradiação com radium, houve 2 curas de cinco anos. Não é um resultado de todo mau e suporta bem uma comparação com os resultados das operações em recidivas. Na totalidade desses casos a recidiva se localizava na linha mediana da vagina e com ela se comunicava, o que

é uma condição favorável para a aplicação do radium. Quando a recidiva não fica situada diretamente na parede vaginal, mas fica distante dela, na parede pelviana, acreditamos que a irradiação pelos raios X seja uma melhor terapêutica. Durante os anos de 1920 a 1923 tivemos vários casos dessa natureza em que os infiltratos desapareceram em seguida ao tratamento pelos raios X. Não queremos dizer muita coisa a respeito desses casos porque o diagnóstico das recidivas nessa situação é muito incerto. Pode-se facilmente ser enganado por uma cicatriz espessa ou por uma infiltração inflamatória. Os endurecimentos desse último tipo também podem desaparecer em seguida aos raios X, de maneira que essa prova terapêutica não confirma o diagnóstico.

Não é aconselhável procurar confirmar o diagnóstico pela observação do crescimento do tumor por um período prolongado, porque só se pode esperar que a radioterapia dê resultados, quer sendo o radium, quer sendo os raios X, enquanto o tumor recidivado não exceder o tamanho de uma pequena laranja. Desde que a recidiva exceda essas proporções, é impossível matar as células carcinomatosas em todas as partes do tumor. Para a irradiação bem sucedida de uma recidiva é preciso, naturalmente, que a irradiação atinja a todas as partes do tumor na dose que é letal para as células carcinomatosas.

14. IRRADIAÇÃO POST-OPERATÓRIA

O segundo método pelo qual se podem melhorar os resultados finais é a irradiação post-operatória. Uma vez que o carcinoma pode ser curado pela irradiação na ausência de operação, é obvio que, em teoria, é possível destruir pela irradiação, quaisquer células carcinomatosas que possam restar após a operação. Dessa maneira poderão os resultados finais ser melhorados. No período de Junho de 1914 a Junho de 1919, foram tratados post-operatóriamente pelo radium na 1.ª Clínica de Mulheres, 174 casos. Durante o mesmo período houve 35 paci-

Duração da irradiação	Horas							
	0	0—10	11—15	16—20	21—30	31—40	41—50	Acima de 50
Mortes e recidivas	23	22	17	16	13	8	3	50
Curas permanentes	12	10	11	11	15	19	12	3
								14

entes que não foram tratadas pela irradiação. A tabela acima mostra a diferença entre esses dois tipos de tratamento com referência à cura permanente.

Dessa tabela podem tirar-se as conclusões seguintes. Dos casos não irradiados ou daqueles com irradiação insuficiente (0—10 horas) morreram ou tiveram recidivas cerca de dois terços. No segundo grupo, as que foram irradiadas de 11 a 20 horas é possível notar um certo efeito da irradiação; apenas cerca de três quintos das pacientes que resistiram à operação morreram de carcinoma ou apresentaram recidivas. No terceiro grupo, em que foi feita uma irradiação post-operatória suficiente, pode-se observar uma relação entre curas e recidivas exatamente inversa à observada no primeiro grupo. Dois terços a três quartos dos casos são curas de cinco anos e apenas um quarto a um terço morreram de carcinoma ou apresentaram recidivas.

Podemos pois distinguir três grupos de casos:

Primeiro grupo: não irradiados ou irradiados insuficientemente, 67 casos.

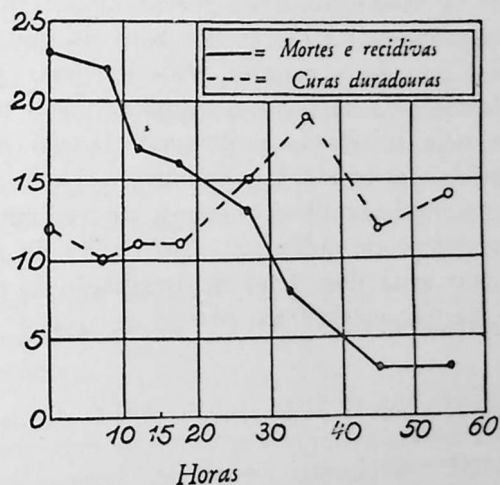
Segundo grupo: pacientes que receberam irradiação em quantidade próxima da dose suficiente (11—20 horas), 55 casos.

Terceiro grupo: irradiação post-operatória em dose suficiente (mais de 21 horas), 87 casos.

Vê-se mais claramente essa relação representando as cifras acima em um gráfico.

Quando a irradiação post-operatória é aplicada pela vagina, não é fácil administrar doses suficientes para matar as células carcinomatosas nos pontos em que é mais provável elas res-

tarem depois de uma operação extensa. As células tumorais que passam despercebidas ficam longe, bem chegadas à parede pélvica. Depois da operação, alteram-se notavelmente as relações dos órgãos ôcos adjacentes ao útero (bexiga e reto). Esses dois órgãos ficam próximos um do outro acima da extremidade superior do côto vaginal. Aplicando, por conseguinte, pela vagina a irradiação post-operatória, presume-se que esses órgãos recebem uma tão alta dose que o montante que atinge a parede pélvica para agir sobre as células carcinomatosas diminua consideravelmente.



Até Junho de 1915 administrámos altas doses em nossa irradiação post-operatória. Em cerca de 4 a 6 semanas após a operação colocavam-se 40 a 50 mg. de radium no saco vaginal cego durante aproximadamente 12 horas. Esse tratamento foi repetido com intervalos de 4 a 6 semanas até se completarem 6 dessas séries. Os resultados foram bons. A percentagem de curas permanentes cresceu consideravelmente:

Duração da irradiação	Horas							
	0	0—10	11—15	16—20	21—30	31—40	41—50	Acima de 50
Mortes e recidivas	10	0	1	1	1	4	7	2
Curas permanentes	5	1	1	0	1	2	2	6

Nesse método de irradiação post-operatória cerca de dois terços a três quartos das pacientes que resistiram à operação curaram-se uma vez que receberam uma irradiação suficiente. Sem irradiação ou com irradiação insuficiente morreram dois terços das pacientes. Essa melhora dos resultados foi, entretanto, alcançada a custa de um considerável aumento do número de fístulas. Apareceram oito fístulas:

Duração da irradiação	6	10
Recidivas e mortes	7	11
Curas permanentes	3	5

Por essa tabela pode-se vêr que as curas permanentes no grupo que recebeu irradiação suficiente caíram a 50 por cento. Por conseguinte os resultados desse método de irradiação post-operatória são menos bons do que os obtidos com doses maiores, mais intensas. Os resultados de todo o nosso grupo de casos tratados pela irradiação post-operatória são melhores do que os obtidos durante o período em que empregamos doses menores de radium e menor tempo de aplicação. No intuito de administrar uma dose letal de irradiação às células carcinomatosas na parede pélvica e ao

Duração da irradiação	0	0—10
Mortes e recidivas	6	11
Curas permanentes	4	4

Não se formaram fístulas e não houve perturbações da cicatrização que se pudessem atribuir à aplicação de radium.

As irradiações post-operatórias foram portanto administradas de acôrdo com três métodos:

MÉTODO I: irradiação vaginal intensa após a operação, de Junho de 1914 a Junho de 1915.

MÉTODO II: irradiação vaginal moderada de Junho de 1915 a Junho de 1917.

MÉTODO III: aplicação parametrial, de Junho de 1917 a Junho de 1919.

Durante os períodos em que foram empregados êsses três métodos de irradiação post-

operatórias: 5 vesicovaginais, 1 retovaginal e 2 retovesicovaginais.

Essas conseqüências levaram-nos a reduzir a dose. Passámos a empregar apenas 25 a 30 mg. durante, no máximo, cinco horas. Nesse método de tratamento as pacientes recebiam 6 séries de aplicações de radium com intervalos de 4 a 6 semanas. Não se formaram mais fístulas, mas os resultados de Junho de 1915 a Junho de 1917 foram um tanto piores:

Horas

	11—15	16—20	21—30	31—40	41—50
Duração da irradiação	8	7	6	2	1
Recidivas e mortes	6	9	6	3	1
Curas permanentes					

mesmo tempo evitar a formação de fístulas por super-irradiação dos tecidos próximos à porta de entrada, colocou-se o aparelho de radium, depois de esterilizado, na cavidade parametrial imediatamente após a operação (Adler). O ureter e a bexiga eram afastados com gaze para evitar a superirradiação desses órgãos. Como o radium podia ser colocado junto à parede pélvica, produzia em um tempo muito mais curto o mesmo efeito que se alcançava com o primeiro método. Os resultados desse método de irradiação post-operatória encontram-se na tabela seguinte:

Horas

	11—15	16—20	21—30	31—40	41—50	Acima de 50
Duração da irradiação	8	8	6	4	0	1
Mortes e recidivas	4	2	8	12	4	8
Curas permanentes						

operatória, obtiveram-se as seguintes cifras de cura permanente:

MÉTODO I: 1914 a 1915, curas permanentes 57 por cento.

MÉTODO II: 1915 a 1917, curas permanentes 44 por cento.

MÉTODO III: 1917 a 1919, curas permanentes 51 por cento.

Nossos estudos foram realizados em uma série de 209 casos. É quasi igual ao número total de casos de carcinoma que foram operados no período de 1914 a 1919 pela técnica vaginal. Não estão incluídas neste sumário as pacientes falecidas em conseqüência da operação ou as

que morreram após a operação e que a autópsia demonstrou estarem isentas de carcinoma. Não foi incluída uma outra paciente porque não se conseguiu saber a dose de radiações empregada.

Durante o período de 1914 a 1919, a qualidade do material clínico de carcinoma foi praticamente a mesma que fôra anteriormente. Parece, é verdade, que as condições das pacientes foram talvez piores devido às agruras da guerra. Não se modificaram as indicações operatórias; não se limitou a operação aos casos menos extensos. Durante os anos de 1914 a 1915 e 1917 a 1919 a operabilidade não decresceu. Isso é um indício de que mesmo os casos avançados eram submetidos ao tratamento cirúrgico. De 1915 a 1917, quando a cifra de operabilidade mostrou-se relativamente baixa, o número de curas permanentes também foi inferior. A baixa cifra de operabilidade durante êsse período foi devida ao fato das indicações serem menos radicais; só éram operados casos pouco avançados. Têm-se motivos para afirmar que poderia ter sido atingida uma melhor cifra de cura permanente. Os resultados de nosso estudo demonstram, entretanto, que se alcançaram melhores resultados durante os períodos de 1914 a 1915 e 1917 a 1919 quando se aplicou uma irradiação post-operatória mais conveniente. Acreditamos que êsse resultado decorre da irradiação profilática post-operatória pelo radium e fundamos essa opinião nas seguintes razões:

1. Nosso inquérito mostrou que o número de recidivas decresce com a irradiação post-operatória aplicada conforme os métodos I e III. Quando as pacientes não receberam irradiação ou receberam irradiação insuficiente, dois têrços dos casos que resistiram à operação apresentaram recidivas ao passo que as recidivas que se apresentam após uma irradiação adequada são um têrço ou menos do número total de pacientes. O número de curas permanentes aumenta de um têrço nos casos não irradiados para dois têrços nos casos convenientemente irradiados. Mesmo durante o período do emprêgo de irradiação post-operatória mais

moderado, o número de recidivas caiu de dois têrços nos casos não irradiados à metade nos casos operados convenientemente irradiados.

2. Durante os períodos em que foram empregados os melhores métodos de irradiação (método I e III), a cifra de curas permanentes foi particularmente bôa ao passo que os resultados finais foram menos satisfatórios durante o período em que se empregou um método menos eficaz de irradiação (método II).

3. A despeito do fato da qualidade do material operatório permanecer quasi constante durante os períodos em que se empregou uma irradiação post-operatória conveniente, as curas permanentes relativas aumentaram cerca de 10 por cento sôbre a cifra que se atingia pelos primeiros métodos de tratamento.

4. Não se pode atribuir a melhoria dos resultados finais à melhoria do material clínico operatório ou do material carcinomatoso em geral.

Já ficou explicado porque devemos admitir que toda a série de casos de carcinoma e do material clínico operatório não foi melhor durante o período em que fizemos nossa investigação. Mas, ainda admitindo que o material observado melhorou, fica incontestado o fato de que as pacientes não irradiadas mostraram mais recidivas.

5. Não constituiu fator de aumento da percentagem de curas permanentes, qualquer aperfeiçoamento da técnica operatória. Durante o período em que foi feita a presente investigação a técnica permaneceu praticamente inalterada. Mesmo que houvesse a técnica sido melhorada, pode-se verificar que os casos não irradiados mostraram uma percentagem maior de recidivas que os tratados pela irradiação.

O que precede justifica a crença de que a irradiação post-operatória pelo radium é um valioso método de melhorar os resultados da operação por carcinoma. Pode-se também observar que as pequenas doses de irradiação pouco valor possuem para realizar um tratamento post-operatório ativo. Estamos agora tratando

de verificar o efeito da irradiação post-operatória pelos raios X. Ainda não reunimos um número suficiente de casos tratados por êsse método e nada sabemos ainda quanto aos resultados finais. Ha uma diferença considerável entre o radium e os raios de Roentgen. Irradiando com raios X podem-se proteger melhor os órgãos cavitários adjacentes ao útero, é menos frequente a formação de fístulas e a pelve pode ser irradiada de modo mais homogêneo, mas submete-se o organismo a uma quantidade de radiação muito maior para administrar uma dose letal para as células tumorais na pequena pelve. A irradiação pelos raios X danifica mais o organismo do que o radium. A terapêutica pelo radium introduz menor quantidade de radiações e exerce, portanto um efeito geral menos pronunciado, mas a fistulização se manifesta com frequência no ponto de aplicação do radium. Uma quantidade semelhante de radiações X em doses letais para o carcinoma na pelve só pode ser administrada lesando os tecidos na porta de entrada.

15. RADIOTERAPIA DO CARCINOMA

Temos por princípio admitido tratar cirurgicamente todos os casos operáveis de carcinoma. Quando surgiu a terapêutica radiante nada se conhecia quanto ao êxito da irradiação pelo radium nem quanto aos resultados finais. A atitude assumida na 1.^a Clínica de Mulheres era que não nos era lícito, quando pacientes com carcinomas operáveis tinham confiado em nós, abandonar um método operatório bem conhecido e pôsto a prova para substituí-lo pela irradiação cujos resultados eram incertos. Atualmente sabemos algo a respeito dos resultados finais da irradiação do carcinoma do colo. Si fossem tratados pela irradiação todos os carcinomas cervicais tanto os operáveis como os inoperáveis, êsse método, mesmo nas mãos mais hábeis, não daria uma melhor percentagem de curas absolutas do que a obtida pela operação. Não é exato que a radiumterapia não tenha mortalidade primária. Infelizmente, averiguámos

essa afirmação pela experiência pessoal com casos avançados de carcinoma. Uma vez que a irradiação não pode apresentar melhores percentagens de curas permanentes absolutas comparadas com as alcançadas pela operação e desde que exista uma mortalidade primária em consequência da radioterapia, a nossa opinião é que não ha razão para substituir a operação pela irradiação, nos casos operáveis. Ha, entretanto, um grande número de casos inoperáveis nos quais se deve empregar a irradiação. Além disso pode-se empregar essa última para melhorar os resultados operatórios pelo tratamento post-operatório terapêutico e profilático. Esperamos que dessa forma se possam obter resultados melhores do que com a operação ou a irradiação isoladas. A nossa série de casos não nos permite tirar conclusão alguma quanto ao valor do tratamento radioterápico dos casos operáveis de carcinoma. E' muito reduzido o número de casos operáveis tratados por êsse processo. Tais casos só são submetidos à irradiação quando a doente não consente na operação ou quando existe alguma contra-indicação clara à operação.

(A) RADIUMTERAPIA

CARCINOMA CERVICAL OPERÁVEL

No período de Março de 1913 a Junho de 1919, houve, ao todo, 26 casos operáveis de carcinoma do colo tratados pelo radium. Eram, na maioria casos lindeiros bem avançados. Os resultados foram extremamente precários. Apenas uma paciente que foi tratada em Junho de 1916 se acha viva e bem em 1924. Dezoito pacientes morreram em épocas variáveis durante o período de observação de cinco anos. Sete pacientes não puderam ser observadas.

Dois dos casos fatais são particularmente interessantes. Essas duas mulheres morreram de pioemia. Em uma, o foco primário foi o local da implantação do radium. No outro caso o local da infecção primária foi um carcinoma degenerado do paramétrio. Ambos os

casos devem ser considerados como mortes primárias. Em 9 casos foi necessário interromper o tratamento. Em 5 pacientes formaram-se fístulas: 2 vesicovaginais, 1 retovaginal e 2 vesico-retovaginais. Via de regra, as pacientes receberam 3 séries de aplicações de radium. Em geral empregaram-se 50 mg. de radium-elemento e cada aplicação durava 12 horas. O radium era aplicado em 5 ou 6 períodos diários. Um desses grupos de aplicações constituía uma série. A paciente era submetida a três séries com um intervalo de 4 semanas entre as séries. Os resultados da irradiação dos casos operáveis de carcinoma cervical não foram animadores e esse método de tratamento está sendo cada vez menos empregado nesses casos.

CARCINOMA CERVICAL INOPERÁVEL

A partir de Março de 1913, os casos inoperáveis de carcinoma do colo na 1.^a Clínica de Mulheres têm sido tratados com radium. A princípio empregaram-se doses altas de substância radioativa (67 mg. de emanação e 50 a 100 mg. de radium-elemento) e o período de irradiação durava de 1 1/2 dia a 3 e até mais. As pacientes recebiam três a quatro dessas secções de irradiação. Em doze casos tratados por esse método as pacientes morreram rapidamente de caquexia. Apenas 4 pacientes que receberam essas doses maciças foram capazes de deixar o hospital e assim mesmo faleceram pouco depois da alta hospitalar. Oito pacientes apresentaram fístulas: 2 retovaginais, 5 retovesicovaginais e 1 vesicovaginal. Mesmo atualmente a enfermaria em que são postos os casos inoperáveis irradiados não dá uma impressão muito agradável mas é imensamente superior ao que era há alguns anos. Outrora essa enfermaria era caracterizada pelo cheiro fétido devido às extensas ulcerações necróticas das quais saíam fézes, urina e pedaços do tumor. As pacientes tornavam-se emaciadas e queixavam-se continuamente de dôres. Eramos impotentes para achar um tratamento que melhoras-

se a cistite necrótica e a colite e era necessário aliviar as pacientes sintomaticamente pela administração de doses francas de morfina. Apesar de todas essas pacientes parecerem fóra de qualquer salvação possível, em 7 casos não se conseguiu encontrar carcinoma pelo exame microscópico na necrópsia. Essa averiguação foi nos um acicate para novos esforços.

O longo período de irradiação com doses maciças estava encerrado. Passou-se à aplicar apenas 50 mg. de radium-elemento e cada aplicação foi reduzida ao espaço de 10 a 12 horas. Fazia-se um intervalo de 12 horas entre cada secção e 5 a 6 dessas secções constituíam uma série. Entre as diversas séries deixava-se decorrer o prazo de 2 a 4 semanas. O número de séries dadas a cada paciente dependia do que verificasse o exame digital, do resultado da biópsia e do estado geral da paciente.

De Outubro de 1913 a Maio de 1919 foram tratados por esse método 249 casos de carcinoma cervical. Dêsse total já faleceram 194, das quais 191 devido ao seu carcinoma e apenas 3 por doenças intercorrentes; essas estavam sem carcinoma conforme verificou a necrópsia. Vinte e nove pacientes não puderam ser seguidas. Em 1924 acham-se vivas e em boas condições, 26 pacientes tratadas por esse método.

Curas permanentes: de 249 casos, 3 morreram de doença intercorrente achando-se sem carcinoma. Das 246 restantes, 26 ou 10,57 por cento curaram-se. Três das pacientes curadas apresentaram fístulas devidas ao tratamento: 2 retovaginais e 1 vesicovaginal. O tratamento não foi completado em 58 pacientes, cerca de um quarto dos casos. Dessas 58, morreram trinta-e-nove de carcinoma, 16 não puderam ser seguidas e apenas 3 se acham vivas e bem. Oitenta e duas pacientes só receberam uma única série de irradiações ou porque desejassem interromper a irradiação após o primeiro tratamento, porque o estado geral fosse tão precário que se tivesse de cessar o tratamento ou por ter a paciente falecido após a primeira série de aplicações. Das pacientes tratadas houve 16 que apresentaram fístulas vesicovaginais, 15

apresentaram fístulas retovaginais, 3, fístulas reto-vesicovaginais e 1, uma fístula ureterovaginal. Ao todo houve 35 pacientes que apresentaram fístulas, ou seja 14 por cento. Em uma análise dos casos tratados pelo radium não se podem incluir as pacientes que não receberam uma série completa de aplicações. É uma verificação quasi característica que as pacientes a miúdo se atemorizam com a longa duração do tratamento radioativo que não é de todo sem sintomas. Recusam-se, não raro, a completar o tratamento. Sabem muito bem que as aplicações repetidas de radium podem levar à fistulização e por conseguinte têm medo das irradiações numerosas e frequentes. Além disso, os excelentes resultados imediatos levam muitas pacientes a pensar que estão completamente curadas e passam a considerar qualquer prosseguimento da irradiação não só como inútil mas até perigoso. Isso é especialmente exato nos casos de carcinoma operável nos quais o sangramento e o corrimento eram os únicos sintomas. É difícil, depois da primeira série de irradiações, conseguir que essas pacientes continuem a se submeter ao tratamento, porque os sintomas cedem. Julgam-se inteiramente bem e prontas para trabalhar. Qualquer prosseguimento do tratamento é um aborrecimento, produz sintomas e, elas julgam que pode levar à formação de fístulas.

A consequência de tudo isso é que não se consegue convencer essas pacientes a voltar ao hospital para continuarem seu tratamento. Isso prejudica a exatidão de nossas estatísticas. Mais da têtça parte dos casos operáveis de carcinoma deixaram de completar o tratamento. Dos casos inoperáveis, que, o mais das vezes, não adquirem a impressão de estarem completamente curadas porque continuam com a dôr e o corrimento, abandonaram o tratamento menos da quarta parte. É muito raro curarem-se pacientes que não tenham concluído o tratamento. De 58 casos de carcinomas inoperáveis que deixaram de terminar seu tratamento radioativo, curaram-se 3. Duas dessas receberam duas séries de aplicações; uma delas só recebeu uma

série. É possível que, si essas pacientes houvessem podido estar sob uma observação cuidadosa, não tivessem recebido mais nenhuma aplicação. Por outro lado, talvez fosse recomendável continuar o tratamento. Êsses casos mostram quanto é difícil decidir qual o momento conveniente para interromper o tratamento. Deve ser dito que entre os casos fatais dêsse grupo ha um outro caso da chamada mortalidade primária. Após a irradiação houve uma invasão bacteriana partida da cratera do tumor ou reascendeu-se uma infecção latente do útero, dos anexos ou do paramétrio. A paciente morreu de uma septicemia aguda. Em vários casos teve-se a impressão de que a irradiação tinha favorecido as metastases do carcinoma cervical. Um grupo considerável de pacientes apresentaram, como consequência do tratamento pelo radium, ulcerações vaginais de decurso arrastado e cistite e proctite provocadas pelo radium.

B) ROENTGENTERAPIA

Temos apenas uma reduzida experiência dos resultados finais da roentgenterapia do carcinoma cervical. Só empregámos os raios X a partir de Novembro de 1919. Durante êsse período a técnica foi a seguinte. O tubo era disposto de tal modo que o foco ficasse a 22 cm. da pele; o filtro era constituido por 0,5 mm. de zinco, $\frac{1}{2}$ cm. de madeira e sola. A porta de entrada era de 6×6 cm.; o comprimento da centelha 38 cm. e o circuito secundário era regulado a 2,5 miliampéres. Com uma tal técnica conseguíamos aplicar uma dose de radiação a 10 cm. de profundidade, igual a 16 por cento da dose à superfície. Empregou-se a empôla de raios X original de Müller e podia-se aplicar de cada vez a mesma quantidade de irradiação. Por essa técnica applicavam-se 18 a 20 unidades pele, 40 minutos de cada vez. As doses eram medidas com um dosímetro. Irradiávamos 3 áreas do abdomen que eram escolhidas de acôrdo com a técnica de Erlangen. As áreas posteriores eram situadas um pouco

mais baixo correspondendo à região sacrococcígea e às áreas dos buracos sacrociáticos. Além disso irradiávamos uma área na vulva. Por essa técnica, facilmente conseguíamos a dose recomendada por Seitz e Wintz como letal para o carcinoma. A irradiação do paramétrio foi levada a efeito pelo método que é recomendado por Seitz e Wintz exceto a particularidade de usarmos portas de entrada diferentes.

Quasi sempre combinámos o tratamento pelos raios X com uma aplicação de radium (50 mg. de radium envolto em algodão e borraça e filtro de 1 mm. de latão). O radium era colocado dentro da massa do tumor (aplicação intracervical). Na segunda série de irradiações pelos raios X, só se empregava o radium por 24 horas no caso de ser possível colocá-lo dentro do tumor ou dentro do colo. O carcinoma era curetado antes da irradiação pelos raios de Roentgen como também se fazia no tratamento pelo radium. De Novembro de 1919 a Maio de 1921, foram tratados 59 casos pelos raios X. Quatro dêles eram operáveis; os restantes inoperáveis. Só cinco casos receberam a série completa de 3 aplicações, uma dirigida contra o colo, uma para o paramétrio direito, outra para o esquerdo. Todos os 54 casos restantes, ou não voltaram ao hospital após a primeira ou segunda aplicação ou faleceram antes que se pudessem completar as três. Dos 59 casos, 4 pacientes apresentaram fístulas vesicovaginais, 7 apresentaram fístulas retovaginais e 1, fístula vesicoretovaginal. Morreram cinquenta-e-uma pacientes. Três não puderam ser acompanhadas. Cinco se acham vivas e em boas condições cinco anos após o tratamento. Duas dessas foram tratadas apenas com 1 série de radium e raios X. Duas outras receberam 2 séries de raios X e o último caso recebeu as 3 séries de raios X e uma de radium. A paciente que recebeu as duas séries de raios X apresentou uma fístula retovaginal. Entre as cinco curas permanentes está compreendido um caso operável. A percentagem de curas permanentes foi de 8,47.

Os resultados da irradiação pelos raios X

foram tão precários como os que se obtiveram com o radium. Isto se deve, provavelmente, ao fato de tão raramente as pacientes receberem uma série completa de aplicações. O tratamento pelos raios X é menos bem suportado pelas pacientes do que o radium e produz muito mais sintomas. Deve ser essa a razão de terem morrido maior número de pacientes durante o tratamento assim como de não terem continuado ou completado o tratamento.

Entre os casos fatais, novamente observámos mortes primárias produzidas por complicações sépticas diretamente atribuíveis a radioterapia. Observámos queimaduras pelos raios X principalmente no início do emprêgo desse tipo de tratamento antes de havermos elaborado completamente a nossa técnica. Também verificámos metastases do tumor que pareceram ser facilitadas pelo tratamento com os raios X.

16. GRAVIDEZ E CARCINOMA DO COLO

E' muito raro observarem-se juntos a gravidez e o carcinoma do colo. Isso se compreende facilmente porque a gravidez se produz com maior frequência antes dos 35 anos, ao passo que o carcinoma do colo se manifesta mais amiude na quinta década da vida. De 1901 a 1926, em uma série de 82.825 gravidezes observámos 25 casos de carcinoma do colo em mulheres grávidas. A frequência dessa associação em nossa experiência é, portanto, de 0,0302 por cento.

CASO 1. IV para, 31 anos. Havia um tumor em couve-flôr da portio, infiltrando o paramétrio esquerdo. Durante os cinco mêses de sua gravidez a paciente notou perdas sanguíneas constantes. Em Novembro de 1903 fez-se uma extirpação vaginal total alargada. Em Fevereiro de 1905 não houvera recidiva. Morte em Junho de 1905.

CASO 2. IV para, 35 anos. Gravidez de 2 mêses com um tumor da portio em couve-flôr. Não havia invasão do paramétrio. Sangramento desde que começou a gravidez. Em Junho de 1905 histerectomia vaginal alargada com retirada dos anexos direitos. Recidiva e morte um ano após.

CASO 3. VI para, 39 anos. Tumor da portio, em couve-flôr com gravidez de 3 mêses. Os dois paramétrios invadidos. Sangramento irregular e corrimento aquoso datando de

8 meses. Em Setembro de 1905, pan-histerectomia abdominal. Cura permanente.

CASO 4. Nulipara, 27 anos. Carcinoma da portio com prenhez a termo. Não havia invasão do paramétrio. Em Julho de 1906, cesareana e pan-histerectomia abdominal alargada. Recidiva e morte em 1907.

CASO 5. IV para, 34 anos. Carcinoma do lábio posterior do colo com gravidez de 7 meses. Não havia endurecimento parametrial. Hemorragia vaginal de 4 dias de duração. Em Outubro de 1907 cesareana e operação abdominal radical por carcinoma. Recidiva 1 ano após.

CASO 6. Nove prenhez anteriores, 45 anos. Cratera neoplásica da portio com 5 meses de gravidez. Infiltração dos dois paramétrios. Sangramento vaginal durante cerca de 4 meses. Em Dezembro de 1907 pan-histerectomia abdominal radical. Paciente viva e em boas condições.

CASO 7. XIII para, 40 anos. Carcinoma da portio com prenhez de 9 meses. A biópsia revelou carcinoma. Leves perdas sanguíneas com intervalos de 3-4 semanas, nos últimos 10 meses. Em Junho de 1906, operação cesareana e operação abdominal radical. Morta em Julho de 1912.

CASO 8. Três prenhez anteriores, 32 anos. Carcinoma da portio com prenhez de 6 meses. Dôr desde 2 meses atrás. Em Julho de 1908 operação cesareana e operação abdominal radical. Foram retirados três gânglios carcinomatosos da fossa ilíaca esquerda.

CASO 9. VI para, 39 anos. Carcinoma cervical com gravidez no nono mês. O colo estava transformado em um tubo rijo sangrando facilmente. Regras irregulares durante 2 ½ anos. Sangramento durante toda a duração da gravidez. Em Agosto de 1909 cesareana e histerectomia abdominal alargada com anexectomia bilateral. Morte em seguida à operação, por peritonite.

CASO 10. XVI para, 42 anos. Carcinoma cervical com prenhez de 2 meses. Os paramétrios estavam infiltrados. Sangramento vaginal de 9 meses de duração. Em Novembro de 1909 histerectomia vaginal alargada conservando os anexos. Recidiva e morte 4 anos após.

CASO 11. Três prenhez anteriores, 34 anos. Tumor em couve-flôr do lábio posterior do colo com prenhez a termo. Não havia endurecimento do paramétrio. Corrimento fétido durando já 1 mês. Em Junho de 1909 cesareana, operação abdominal radical. A paciente morreu na mesa operatória.

CASO 12. Seis prenhez anteriores, 44 anos. Tumor em couve-flôr do lábio cervical posterior com prenhez a termo. Infiltração do paramétrio direito. Corrimento aquoso notado apenas alguns dias antes. Em Setembro de 1910 cesareana, panhisterectomia abdominal radical e anexectomia bilateral. Recidiva e morte 2 anos após.

CASO 13. IX para, 40 anos. Carcinoma do colo com gravidez de 2 meses. Paramétrio sem infiltração. Regras irregulares há mais de ano e meio. Sangramento contínuo por 10 dias. Em Maio de 1911, histerectomia vaginal radical. Paciente viva e em boas condições.

CASO 14. V para, 44 anos. Carcinoma cervical com gra-

vidéz de 6 meses. Infiltração parametrial até a parede pélvica. Perdas sanguíneas fétidas datando de 2 meses atrás. Em Agosto de 1911 operação abdominal radical. Não se puderam obter dados posteriores sobre essa doente.

CASO 15. V para, 42 anos. Polipo cervical que o exame microscópico revelou ser carcinomatoso. Hemorragia de 3 dias durante os 6 meses da gravidez. Corrimento aquoso datando já de 2 meses. A paciente teve uma placenta prévia que foi tratada por dilatação do colo e versão. A criança morreu. O puerpério foi apirético. A doente não consentiu na operação.

CASO 16. Oito prenhez anteriores, 40 anos. Carcinoma cervical no fim do oitavo mês da prenhez. Corrimento aquoso durante toda a duração da prenhez. Em Dezembro de 1912 operação abdominal radical. Foi ferida a bexiga e formou-se uma fístula. Em Fevereiro de 1923 foi reparada a fístula vesicovaginal. Não se conseguiram dados posteriores.

CASO 17. III para, 27 anos. Cratera carcinomatosa da portio com prenhez a termo. O tumor propagava-se à parede vaginal anterior. O paramétrio esquerdo estava infiltrado até à parede pélvica. O paramétrio direito estava invadido em menor extensão. Leve sangramento de 3 meses de duração. Em Agosto de 1913 cesareana e operação abdominal radical. Recidiva e morte 4 anos após.

CASO 18. Quatro prenhez anteriores, 30 anos. Carcinoma do lábio posterior do colo e prenhez de 2 meses. Ausência de endurecimento do paramétrio. Corrimento aquoso desde 2 semanas atrás. Em Agosto de 1913 operação abdominal alargada. A paciente está viva e em boas condições.

CASO 19. IV para, um abôrto, 40 anos. Tumor em couve-flôr do lábio cervical posterior com prenhez de 2 ½ meses. Não havia invasão do paramétrio. Corrimento aquoso de dois meses de duração. Em Maio de 1918 operação abdominal radical. A paciente se acha viva e sem recidiva.

CASO 20. Seis prenhez anteriores, 36 anos. Abôrto de uma gravidez de 2 meses vários dias antes da admissão. Corrimento sanguíneo durante 2 semanas. Carcinoma da portio sem invasão parametrial. Em Maio de 1921 operação abdominal radical. A paciente está viva e em boas condições.

CASO 21. III para, 34 anos. Tumor papilar do lábio posterior do colo e prenhez de 7 meses. Não ha invasão dos paramétrios. Sangramento e corrimento aquoso pronunciados de cinco meses de duração. Em Julho de 1923 cesareana e operação radical abdominal. Não obtivemos dados ulteriores.

CASO 22. IX para, 38 anos. Carcinoma do lábio posterior do colo com prenhez a termo. O tumor propagava-se à abóbada vaginal esquerda. Corrimento sanguíneo de várias dias de duração. Em Maio de 1923 operação radical. A paciente ainda vive.

CASO 23. IV para, 38 anos. Carcinoma do lábio posterior do colo com prenhez a termo. Sangramento vaginal duas vezes no correr da gravidez. Em Fevereiro de 1924 cesareana e operação abdominal, alargada. Morte 1 ½ ano após.

CASO 24. Cinco prenhez anteriores, 32 anos. Admissão ao hospital em Maio de 1923, queixando-se de regras doloro-

sas. Uma biópsia do colo revelou um carcinoma. Dez meses mais tarde a paciente tornou ao hospital queixando-se de cólicas uterinas e aborto incompleto de uma gravidez de 5 meses. O lábio anterior do colo estava áspero. O feto podia ser palpado na cavidade uterina. Percebia-se uma infiltração no paramétrio direito. Aborto espontâneo no dia seguinte ao da entrada. Em Abril de 1924 operação vaginal radical. A paciente vive ainda.

CASO 25. I para, 26 anos. A paciente deu entrada no hospital em Outubro de 1923, com uma prenhez a termo. Perdas sanguíneas irregulares três vezes durante a última metade da prenhez. Exame vaginal: coloração lívida dos órgãos genitais externos e corrimento vaginal. A fórnix anterior estava empurrada para baixo pela cabeça, o colo tinha a forma de cone. Nos lábios anterior e posterior do colo havia tecido mole. Na abóbada anterior direita da vagina podia-se palpar uma massa. Em seguida ao toque havia perda de sangue. Não havia invasão dos paramétrios nem dos anexos. O fundo estava a cerca de 3 dedos transversos abaixo do apêndice xifóide. Resultado da biópsia: papiloma condilomatoso benigno. Em 7 de Outubro, parto espontâneo. Puerpério normal. Alta a 14 de Outubro. Segunda internação em 12 de Dezembro de 1923. Desde o parto, a paciente vem sentindo dor na metade esquerda do baixo abdômen, dor e sangramento ao defecar. O exame vaginal evidenciou um útero pequeno em anteversão e anteflexão. O colo estava lacerado e apresentava pequenas excrescências verrucosas. Os anexos esquerdos estavam aumentados e dolorosos; a direita anexos e paramétrio estavam normais. A biópsia mostrou erosão papilar dos dois lábios do colo. Terceira internação em 25 de Março de 1925. Grávida de um mês e meio. Corrimento purulento e às vezes sanguíneo, datando de muitos meses. O colo estava lacerado, amolecido e sangrando com facilidade. A biópsia mostrou carcinoma papiliforme sólido. Em 6 de Abril de 1925 histerectomia vaginal alargada conservando os anexos. A paciente está viva e em boas condições.

Vinte pacientes foram tratadas cinco anos atrás ou mais. Dêse total foram operadas 19. Uma recusou a operação. Em nove pacientes (casos 1, 2, 3, 6, 10, 13, 18, 19, 20) o carcinoma foi descoberto na primeira metade da gravidez. Em 10 pacientes (casos 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 16, 17) o tumor foi encontrado na última metade da gravidez. É provável que o carcinoma já existisse antes da concepção em 12 pacientes (casos 1, 2, 3, 6, 7, 9, 10, 13, 16, 18, 19, 20); nos 7 casos restantes não é possível determinar com certeza si o carcinoma já existia antes de começar a gravidez ou si se desenvolveu durante ela. O crescimento de um carcinoma pode ser extremamente lento como no

caso 24. Nessa paciente verificou-se por biópsia um carcinoma 10 meses antes de sua admissão no hospital com um aborto do quinto mês. Dez meses após a feitura dêsse diagnóstico a paciente ainda era operável.

As pacientes com a associação de carcinoma cervical e prenhez são quasi todas múltiparas. Apenas uma paciente era nulípara (caso 4). Três tinham tido 3 gravidezes (casos 3, 11, 17). Quatro (1, 2, 5, 18) tinham estado grávidas 4 vezes. Duas (casos 14 e 19) haviam tido 5 gravidezes. Quatro (casos 3, 9, 12, 20) tinham engravidado 6 vezes. Uma tinha tido 8 prenhezes (caso 16). Duas (casos 6 e 13) tinham tido 9. Uma (caso 7) tinha tido 13 gravidezes e a paciente, caso 10, tinha estado grávida 16 vezes.

A maioria dessas doentes tinham perto de 40 anos de idade:

26—30 anos, 3 pacientes (casos 4, 17, 18)

31—35 anos, 5 pacientes (casos 1, 2, 5, 8, 11)

36—40 anos, 7 pacientes (casos 3, 7, 9, 13, 16, 19, 20)

41—45 anos, 4 pacientes (casos 6, 10, 12, 14)

A associação do carcinoma cervical é, portanto, mais frequente quando pacientes na idade do carcinoma ficam grávidas e menos frequente durante a prenhez em anos menos avançados.

O paramétrio estava infiltrado em 8 pacientes (casos 1, 3, 6, 8, 10, 12, 14, 17). É particularmente digno de nota que todos os casos de carcinoma na prenhez eram operáveis. Provavelmente isto pode-se explicar pelo fato dos sintomas iniciais do carcinoma serem mais acentuados durante a gravidez. Êsses sintomas, especialmente o sangramento, surgem mais cedo durante a gravidez, por causa da hiperemia genital. As pacientes, portanto procuram tratamento mais precocemente no decurso da molestia ou por esperança de abortar ou por medo do aborto. Um outro motivo dêsse casos de carcinoma poderem parecer operáveis é que a infiltração adjacente ao útero cercado é muito mais difícil de perceber e sua extensão é apreciada com menos exatidão. Isto se deve, em

parte, ao fato de, durante a gravidez a infiltração ser mais mole à palpação. De 20 casos um recusou a operação e deve, pois, ser excluído da estatística. Quatro pacientes (casos 1, 2, 10, 13) foram operadas pela técnica vaginal; as restantes foram operadas pela via abdominal. A operação vaginal só pode ser feita nos primeiros meses da gravidez. O emprêgo dessa via nos últimos meses seria imprudente porque necessita a incisão do útero e a secção através do próprio carcinoma. Dos 19 casos operados, 6 estão curados tendo sido todos êsses operados durante a primeira metade da gravidez. Um dêles (caso 13) foi operado pela técnica vaginal. Cinco casos (3, 6, 18, 19, 20) foram operados pela via abdominal. Isso dá uma cura absoluta de 31,58 por cento. Esta percentagem é bastante melhor do que a obtida pela operação por carcinoma cervical na mulher não grávida (22 a 25 por cento).

Naturalmente não se podem tirar conclusões que mereçam fé, de uma série tão pequena de casos. Talvez se possa explicar a cifra elevada de cura absoluta pelo fato da prenhez parecer exercer uma ação benéfica no sentido de inibir o crescimento do carcinoma. Por outro lado, todos os casos que foram operados na segunda metade da gravidez apresentaram recidivas. Nessa fase deveria a suposta ação inibidora estar mais ativa e dever-se-iam esperar, por conseguinte, resultados ainda melhores. Os casos curados são aqueles que foram operados durante a primeira metade da gravidez, ocasião em que a suposta influência inibidora devêra estar apenas começando a se manifestar. Também tendem a contradizer a teoria da ação inibidora da prenhez sôbre o crescimento do tumor, os cortes histológicos feitos durante ela. Durante a segunda metade da prenhez os vasos linfáticos são particularmente amplos e encerram muitas células carcinomatosas. A pressão do útero grávido, os movimentos fetais e, finalmente, a manipulação operatória podem favorecer facilmente o transporte de êmbolos cancerosos pelos vasos linfáticos. Além disso a resistência oposto à torrente linfática pelos te-

cidos conjuntivos circundantes deve estar muito diminuída porque os tecidos se amolecem durante a gravidez. Isso, naturalmente, favorece a propagação e a extensão do carcinoma. Todos êsses fatores podem ser considerados para explicar o fato de não ter-se curado uma paciente sequer em nossa série de carcinomas cervicais operados na segunda metade da gravidez. A percentagem de cura absoluta deve ser explicada pelo fato de o carcinoma apresentar, durante a prenhez, sintomas precoces e acentuados, para cujo alívio as pacientes buscam tratamento relativamente mais cedo. Os resultados operatórios são, em vista disso, muito melhores.

Em comparação com a acentuada influência da duração da prenhez, outros fatores que podem estar presentes desempenham um pequeno papel no prognóstico. Nos 6 casos curados deve-se admitir que o carcinoma já estava presente no momento em que se deu a concepção. O número de prenhezes anteriores tem pouca influência sôbre a marcha post-operatória. As pacientes que se curaram, tinham passado por 4, 5, 6 e 9 prenhezes. A infiltração paramétrial é, naturalmente desfavorável nos casos de gravidez como de não gravidez. Já se disse que é muito mais difícil verificar a infiltração durante a gravidez. Dois dos casos curados apresentavam infiltração do paramétrio. De nossa estatística pode-se, entretanto, tirar a impressão de que a infiltração paramétrial é de muito menos importância prognóstica do que a duração da prenhez. A mortalidade operatória durante a prenhez, particularmente durante a última metade, é consideravelmente mais elevada do que em pacientes não grávidas. Compreende-se facilmente que o organismo já sobrecarregado com a prenhez e com o carcinoma é menos capaz de suportar o traumatismo de uma operação extensa do que quando sofrendo apenas do carcinoma. Além disso, durante a gravidez, a operação por carcinoma se acompanha de hemorragia muito maior do que normalmente. Das 4 pacientes que foram operadas pela via vaginal durante a primeira metade da gravidez

só se curou 1 paciente, enquanto que todos os casos operados pela via abdominal durante êsse período podem ser classificados como curas. Si alguma conclusão se pode tirar de nossa série parece ser quanto à preferência que a operação abdominal deve ter frente à vaginal, no tratamento do carcinoma durante a prenhez.

Resumindo a análise crítica de nosso material, pode-se dizer que:

1. A coincidência de gravidez e carcinoma do colo é muito rara.

2. Quasi todos êsses casos de carcinoma mostram-se operáveis.

3. A maioria das mulheres são multigestas.

4. Muito excepcionalmente se curam os carcinomas operados durante a segunda metade da gravidez.

5. A infiltração parametrial torna o prognóstico menos favorável, mas êsse fator não tem tanta importância quanto a idade da gravidez.

6. A duração da gravidez aumenta também a mortalidade operatória.

7. Na maioria dos casos o carcinoma já estava presente quando a concepção se deu.

As indicações operatórias dependem da extensão do carcinoma. Desde que o tumor ainda seja operável, a paciente deve ser operada sem tomar em consideração a gravidez. No caso de um carcinoma operável nos primeiros meses da gravidez deve-se fazer a extirpação radical do útero fechado, pela técnica vaginal. Durante os últimos meses da gravidez deve-se evacuar o útero e realizar a operação pela via abdominal. No caso da criança ser viável e o carcinoma operável, pode-se fazer uma operação cesareana seguida de uma extirpação abdominal radical do útero esvaziada. Si, ao contrário o carcinoma for inoperável pode se pensar em esperar até os últimos meses da gravidez com o fito de procurar poupar a vida da criança. O produto não sendo viável pode se pensar na irradiação pelo radium do carcinoma inoperável. O aborto espontâneo quasi sempre se produz após êsse tratamento. Quando o carcinoma é inoperável e o produto é viável deve-se tomar uma decisão baseada sôbre

as averiguações anatômicas quanto a dever a paciente ser partejada ou por cesareana ou "per vaginam". Num ou noutro caso deve-se em seguida recorrer à irradiação. O parto "per vaginam" não raro produz pronunciada hemorragia e perigo de infecção materna e aumenta o perigo de asfixia para a criança em virtude da rigidez das partes moles.

17. CARCINOMA DO CÔTO CERVICAL

O carcinoma do côto cervical aparece raramente. Durante o período 1910-1922, foram realizadas 1,253 amputações supravaginais das quais apenas 8 pacientes manifestaram carcinoma do côto. Isso corresponde a uma frequência de 0,6385 por cento. Tem interesse averiguar si o carcinoma se manifesta com maior frequência no côto cervical de úteros patológicos do que em mulheres que não tenham sofrido antes uma histerectomia supravaginal. Segundo Reiche, em Hamburgo, morrem 24 a 26 pacientes de carcinoma uterino por 100.000 indivíduos da população feminina. Isso corresponde a uma frequência de 0,025 por cento. O carcinoma se desenvolve, por conseguinte, com maior frequência no côto do útero amputado do que no colo de um útero não amputado. Durante os anos de 1910 a 1926 observámos 13 casos de carcinoma do côto cervical.

CASO 1. Outubro, 1911. II para, 32 anos. Dois anos antes haviam sido feitas uma amputação supravaginal e anexectomia bilateral por cisto ovariano intraligamentar direito e degeneração cística do ovário esquerdo. O côto cervical encerrava uma massa que sangrava. O paramétrio esquerdo estava acentuadamente infiltrado, com leve infiltração do lado direito. Operação: extirpação radical do côto da vagina por via vaginal. A paciente morreu de recidiva.

CASO 2. Janeiro, 1915. IV para, 44 anos. Histerectomia supravaginal e anexectomia bilateral executadas 3 anos antes da admissão, por salpingite crônica. O exame pelviano mostrou uma superfície áspera e facilmente sangrante do canal cervical. Os paramétrios não estavam infiltrados. Operação: extirpação vaginal radical do colo. A paciente está viva e em boas condições. Um tratamento profilático pelo radium é responsável pelo aparecimento de uma fístula vesicovaginal.

CASO 3. Abril, 1916. IX para, 46 anos. Amputação supravaginal e salpingo-ooforectomia bilateral executada por piossálpinx bilateral, 7 meses antes da admissão. O exame pélvico revelou uma massa vermelha, mole, sangrando facilmente, do lado esquerdo do colo. Não se encontrou infiltração parametrial. Operação: extirpação alargada do colo por via vaginal. A paciente morreu de recidiva.

CASO 4. Agosto, 1918. IV para, 47 anos. Histerectomia supravaginal e ooforo-salpingectomia esquerda executadas por mioma, 8 anos antes da admissão. O exame mostrou uma massa carcinomatosa no lábio posterior do colo. O paramétrio não estava infiltrado. Operação: extirpação radical do côto cervical por via vaginal. A paciente curou-se.

CASO 5. Abril. 1918. II para, 50 anos. Um mês antes da admissão havia sofrido uma histerectomia supravaginal e anexectomia bilateral por hidrossálpinx bilateral e miomatose uterina. Na ocasião da operação notou-se um carcinoma do colo. Um mês mais tarde foi o côto carcinomatoso retirado por operação vaginal radical. A paciente ainda vive.

CASO 6. Fevereiro, 1921. III para, 49 anos. Seis anos antes da admissão foi submetida a histerectomia supravaginal e anexectomia bilateral por prenhez extra-uterina e miomatose uterina. O exame pélvico mostrou um carcinoma incipiente da portio sem infiltração parametrial. Operação: extirpação radical do côto por via vaginal. Paciente viva.

CASO 7. Março, 1922. VI para, 56 anos. Onze anos antes da admissão foram praticadas histerectomia vaginal e anexectomia bilateral por miomas e piossálpinx. O exame pélvico mostrou a portio substituída por tecido carcinomatoso. Operação: excisão vaginal radical do côto cervical. A bexiga estava comprometida pelo carcinoma e foi excisada. A paciente morreu de recidiva um ano depois.

CASO 8. Maio, 1923. I para, 44 anos. Cinco anos antes foram feitas uma amputação supravaginal e extirpação bilateral dos anexos por miomas e tumores anexiais. O exame pélvico mostrou a portio substituída por um tecido, mole sangrando facilmente que se propagava à fórnix vaginal direita. O paramétrio esquerdo estava infiltrado até à parede pélvica. A infiltração era menos extensa do lado direito. Operação: extirpação alargada do côto cervical por via vaginal. A paciente morreu 14 dias após a operação.

CASO 9. Abril, 1924. VI para. Por causa de uma afecção inflamatória crônica da pélve fôra feita 14 anos antes da admissão uma histerectomia supravaginal e uma salpingo-ooforectomia bilateral. O exame pélvico mostrou a portio cercada por um tumor mole, irregular, sangrando facilmente e propagado à parede anterior da vaginal. Os paramétrios não estavam infiltrados. Operação: excisão vaginal radical do côto cervical. O paciente morreu de recidiva, 19 meses após.

CASO 10. Abril, 1925. I para, 52 anos. Foram feitas uma histerectomia supravaginal e anexectomia bilateral por miomatose uterina e dcença bilateral dos anexos, 10 anos antes da admissão. O exame pélvico mostrou a portio envol-

vida por um tumor irregular, mole, sangrando facilmente sem invasão dos paramétrios. Operação: ressecção vaginal radical do côto cervical. A paciente está viva.

CASO 11. Abril, 1926. IV para, 39 anos. Quinze anos antes da admissão foram extirpados tumores anexiais bilaterais por histerectomia supravaginal e salpingo-ooforectomia bilateral. O exame pélvico mostrou um tumor da portio sangrando facilmente e com infiltração dos dois paramétrios. Operação: extirpação alargada do côto cervical por via vaginal. A paciente ainda vive.

CASO 12. Fevereiro, 1918. 50 anos. Fôra feita histerectomia supravaginal para retirada de tumor abdominal, 5 anos antes da admissão. Perdas sanguíneas vaginais datando de oito meses. O exame pélvico mostrou uma cratera carcinomatosa do colo com infiltração bilateral dos paramétrios indo até à parede pélvica do lado esquerdo. Irradiação pelo radium; primeira série, 2.500 mg.-hora; segunda série 1.520 mg.-hora; terceira série, 1.080 mg.-hora. Formou-se uma fístula vesicovaginal que foi fechada 2 anos depois do tratamento radioativo. O paciente ficou curada.

CASO 13. 1918. Carcinoma inoperável do côto após histerectomia supravaginal. Radiumterapia. A paciente morreu de recidiva.

Quasi todas as pacientes com carcinoma dos côtos cervicais se encontram nos grupos de idades mais avançadas:

Menos de 40 anos, 2 pacientes (casos 1 e 11)
40 - 45 anos, 2 pacientes (casos 2 e 8)
46 - 50 anos, 5 pacientes (casos 3, 4, 5, -6, 12)
51 - 55 anos, 1 paciente (caso 10)
56 - 60 anos, 2 pacientes (casos 7 e 9)

Os paramétrios estavam infiltrados em 6 pacientes (casos 1, 6, 8, 11, 12, 13). As pacientes sabem que suas regras cessam após uma histerectomia supravaginal. O aparecimento de perdas sanguíneas vaginais é, portanto, um sintoma um tanto surpreendente e elas procuram tratar-se relativamente cedo. Geralmente no primeiro exame o carcinoma é verificado e é feita a operação. Além disso, pode suceder que após a histerectomia vaginal a extensão do carcinoma seja relativamente lenta devido à falta da hiperemia menstrual e devido à retirada de uma parte dos vasos linfáticos. Êsses fatores explicam a excelente percentagem da operabilidade. De 13 casos observados, apenas 2 foram inoperáveis. Em 9 casos havia sido feita

por ocasião da primeira operação uma anexectomia bilateral. Em 2 casos, apenas 1 dos ovários fôra retirado. Thaler acreditava que a retirada dos ovários favorecia o aparecimento de carcinoma no coto cervical. Essa crença era baseada na teoria de Teilhaber de que o tecido conjuntivo desempenha um papel ativo no combate ao carcinoma circunscrevendo os ninhos de células carcinomatosas.

Nós atualmente sabemos que a função dos tecidos conjuntivos pelvianos depende da função ovariana e que após a menopausa ha uma retração desses tecidos. A teoria de Thaler da influência favorável da castração completa sobre o crescimento do carcinoma do coto uterino pode, provavelmente, estar certa. Isso concorda com os resultados do estudo da nossa série de casos. Em nossa série houve 10 casos em que ambos os ovários haviam sido retirados (casos 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11) e 1 em que 1 ovário havia sido retirado (caso 4). Na ocasião da operação do carcinoma a última paciente tinha 47 anos. Havia sido feita uma amputação supravaginal 8 anos antes. Pode-se, portanto, admitir que houvesse praticamente uma perda total da função ovariana nessa paciente. Em 2 casos não havia dados relativos à retirada ou à conservação do ovário na ocasião da operação sobre o útero. Uma dessas pacientes contava 50 anos quando apresentou o carcinoma. A idade da outra paciente não é conhecida. A afecção inflamatória dos anexos foi em 4 doentes (casos 2, 3, 9, 11) o motivo da castração. Em 4 casos o útero era miomatoso e os anexos mostravam inflamação crônica (casos 5, 7, 8, 10). Em 1 caso houve uma prenhez extrauterina associada com miomas uterinos. Apenas em 2 casos fôra a anexectomia executada por tumores verdadeiros (caso 1, cisto; caso 4, mioma). Em 2 casos o carcinoma apareceu menos de um ano após a operação. Em 1 desses (caso 5) é fora de dúvida que o carcinoma já estava presente na ocasião da primeira operação e o mesmo é, provavelmente, exato em outro caso (caso 3). Em 4 pacientes (casos 1, 2, 8, 12) o carcinoma surgiu

2 a 5 anos após a primeira operação, em 3 (casos 4, 6, 10) entre 6 a 10 anos e nos restantes 3 casos (casos 7, 9, 11) de 11 a 15 anos. Deve-se portanto fazer uma distinção entre os casos que um carcinoma despercebido estava presente na ocasião da histerectomia supravaginal e aqueles em que o carcinoma provavelmente se desenvolveu ulteriormente.

Mortalidade operatória: 1 paciente (caso 8) morreu no décimoquarto dia após a operação. A técnica operatória não é difícil, embora as relações anatômicas se achem um pouco alteradas pela operação anterior e os tecidos se achem um tanto modificados pela retração da cicatriz operatória. Dos 13 casos de carcinoma do coto cervical, 8 foram observados por um período de mais de 5 anos (casos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 13). Seis pacientes foram operadas; 2 receberam irradiação. Dessas, 5 curaram-se (os casos 2, 4, 5, 6 foram casos operados; o caso 12 foi tratado pelo radium). Três pacientes morreram de recidivas (os casos 1 e 3 tratados operatóriamente; o caso 13 irradiado). A cifra de cura absoluta do carcinoma do coto cervical parece, portanto, relativamente boa. Isso se deve, provavelmente ao fato já mencionado de que as mulheres com carcinoma do coto procuram o médico relativamente cedo devido ao aparecimento da hemorragia vaginal e porque o carcinoma provavelmente cresce um pouco mais lentamente no coto deixado após amputação supravaginal. A infiltração carcinomatosa do paramétrio, como é habitual nos casos de carcinoma, torna desfavorável o prognóstico. Nenhuma de nossas pacientes com infiltração dos paramétrios se curou pela operação. Resumindo êsse estudo de nossa experiência no tratamento dos casos de carcinoma do coto cervical pode-se dizer que:

1. O carcinoma do coto cervical geralmente se apresenta em mulheres de idade avançada.
2. Em uma minoria dos casos o carcinoma já estava presente na ocasião da primeira operação. Na maioria das pacientes manifestou-se algum tempo mais tarde.

3. A castração completa parece favorecer o desenvolvimento do carcinoma no coto cervical.

4. Uma percentagem particularmente alta dessas pacientes são operáveis.

5. A percentagem de cura absoluta é relativamente boa.

6. A infiltração do paramétrio torna o prognóstico menos favorável.

7. O carcinoma se manifesta no coto cervical com frequência relativamente maior do que no útero intato.

8. O carcinoma do coto cervical é encontrado em mulheres que tiveram varias gravidezes.