

602

DOMINGOS FERREIRA MACHADO

27

**Técnicas da Cesárea Abdominal**

Seu Estudo Crítico

*tese com  
anotações de  
examinados  
Obra rara*

Livraria Científica  
RUA PADRE VIEIRA, 1  
BAHIA - 1949

As colegas e amigos  
Simões, a quem dedico  
do  
L. Maillard  
Jun. 49.

Técnicas da Cesárea Abdominal  
Seu Estudo Critico

A MEUS PAIS

INTRODUÇÃO

*Arquitetura  
de 1921 na Bahia*

## INTRODUÇÃO

A escolha do tema para a presente tese — Técnicas da Cesárea abdominal — Seu estudo crítico — obedeceu, sem dúvida à influencia de mais de um fator.

Refira-se em primeiro lugar a sedução que de há muito exerce no espirito do obstetra afeito às questões mais palpitantes da especialidade, o problema da operação cesárea e o número de técnicas propostas para sua execução, cada qual amparada por ardentes defensores, como a exigir uma análise serena e crítica no sentido da harmonia, da síntese, da seleção enfim.

Efetivamente, basta uma revisão do assunto para sentir a complexidade e confusão que o envolvem, decorrentes do número exagerado de técnicas e variantes delas; se em medicina, propedêutica ou terapêutica, não mandasse o bom senso receber com reservas os processos ou métodos numerosos visando a um só fim, avulta a observação de todos a necessidade da análise crítica superior tendo em mira a síntese última. Não é que tenhamos a pretensão de poder fazê-la, mas não podemos omitir o ardente desejo que nos anima de vêr o complexo problema devassado em sua intimidade e iluminado por essa visão de harmonia e síntese que lhe faltam.

Com esta modesta contribuição da Escola Obstétrica da Bahia, a que temos a honra de pertencer, é nosso despretenhoso objectivo, exatamente, trazer, ao assunto, e à sua solução como entendemos, alguns elementos, mínimos que sejam, mas uteis e honestos.

*? Que  
- qual  
- qual  
- qual*

*Par. de 1921 na Bahia  
de 1921 na Bahia*

Outro fator prende-se à importância do assunto, bastante para despertar em torno dêle o interesse universal. É imenso o volume de trabalhos que anualmente saem das clínicas especializadas estrangeiras, como se irá ver na propria exposição que se segue, páginas adeante.

No Brasil não é pequena a contribuição que ao assunto têm dado as escolas obstétricas. Justo é destacar o nome este-lar de FERNANDO DE MAGALHÃES, o verdadeiro propugnador da operação cesareana no Brasil, porque anteriormente, à técnica que tomou o seu nome e que abriu novos horizontes ao talho cesáreo, raras, rarissimas foram as cesáreas praticadas, taes os insucessos das técnicas de antanho. A técnica de MAGALHÃES foi usada até 1924 quando teve inicio a cesárea segmen-tar, no Rio de Janeiro.

O grande número de publicações sobre o assunto tanto de MAGALHÃES como de eiementos de sua escola, OTAVIO RODRIGUES LIMA, OTAVIO DE SOUZA, CLAUDIO GOULART, JORGE DE REZENDE, IWAN FIGUEREDO e outros, desde o nascimento do método no Brasil até a data atual, demonstram o interesse que sempre despertou o palpitante assunto.

Da Bahia, com a Escola Obstétrica creada e orientada pelo PROF. ALMIR DE OLIVEIRA — a cuja memoria rendemos nós os seus discipulos e seguidores a mais comovida homenagem — saíram trabalhos e sugestões em mais de uma oportuna-idade, atestando, assim, o carinho e a vigilancia que sempre cerca-ram o magno problema entre nós. O que Magalhães fez no Rio de Janeiro, ALMIR DE OLIVEIRA realizou na Bahia. É tam-bem com esse mestre que a cesárea não só ganha novos ru-mos mas se difunde entre nós. Por ele são efetuadas as pri-meiras operações de Portes, de Porro, bem como as primeiras extraperitoneaes por artificio tipo Michon, depois abandonadas. Cedo (1925) os métodos segmentares são realizados por ele e elementos de sua escola. Coube a JOÃO DIAS TAVARES, em 1925 na Maternidade Climério de Oliveira, realizar pela pri-meira vez na Bahia, a técnica de KROENING-BECK, com êxito completo.

Em 1930 esse ilustre colega publica na sua magnífica tese para a regencia da cadeira de Obstetricia então creada os resultados obtidos com a operação cesareana na Maternidade. Em 1932 ainda J. DIAS TAVARES realiza, tambem pela primeira vez entre nós, a técnica de MUNRO-KERR.

Em 1941, DOMINGOS MACHADO publica os resultados da técnica segmentar transperitoneal transversa em caso infectado. Já então essa técnica difunde-se amplamente na Maternidade Climério de Oliveira e é realizada por todos os assistentes com os resultados mais animadores, sendo o processo de escolha com indicação bem alargadas.

Em 1946 RAYMUNDO BITTENCOURT inicia a dissociação a dedo da parede uterina. Nessa mesma época DJALMA RAMOS, realiza técnicas extraperitoneaes, usando os processos de HIRSCH FRANK e de WATERS pela vez primeira entre nós.

São entretanto os métodos transperitoneaes segmentares os de escolha em nossa escola.

\* \* \*

Divide-se o presente trabalho em quatro partes, o que se justifica em favor da clareza que o assunto exige. No primeiro faz-se breve resumo anatômico da região de interesse visando mesmo, melhor e mais facil entendimento das técnicas e suas variantes. No segundo capítulo descrevem-se as técnicas mais usadas atualmente e aquelas que apesar de ainda discutidas têm uso em algumas clínicas obstétricas. Desse capítulo não carece salientada a oportunidade, uma vêz que de sua própria exposição se colherão dados indispensaveis ao capítulo seguinte em que se comentam e discutem os varios métodos, destacando-se o processo mais aceitavel para o autor com as necessárias justificativas.

Basea-se o trabalho nas estatísticas da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina, Serviço do PROF. ALMIR DE OLIVEIRA, e na do proprio autor, aparecendo dados estatísticos alheios para fins comparativos.

Nessa tarefa valeram-nos bons amigos, colegas ilustres que não mediram esforços para que este trabalho saísse à altura das tradições de cultura da Escola Obstétrica do PROF. ALMIR DE OLIVEIRA. Embora não o tenhamos conseguido, manda o reconhecimento confessar que se de mais não se ressenteste trabalho devemo-lo à colaboração decidida de colegas como PIO BITTENCOURT, JOÃO DIAS TAVARES, ALICIO DE QUEIROZ, ELADIO LASSERRE e outros, que com palavras de estímulo e mais de uma sugestão utilíssima nos ajudaram a realiza-lo.

CAPÍTULO I  
ESTUDO ANATOMICO

*estudo anatomico, a respeito do trabalho de parto e do parto cesáreo, e não do parto normal.*

## CAPÍTULO I

### ESTUDO ANATOMICO

Indispensavel se torna um breve estudo anatômico da região de interesse ao presente trabalho, no que respeita ao útero sobretudo e seu segmento inferior.

Não me deterei em fazer citações históricas da evolução dos estudos anatômicos, não somente porque estão exaustivamente escritas em trabalhos que esgotam o assunto, como e principalmente porque foge ao nosso plano atual, que apenas procura dar uma idéa da direção das fibras musculares e outros elementos anatômicos que sejam de real interesse para a compreensão das vantagens e desvantagens das diversas técnicas da cesárea abdominal.

BERNABEI (3) estudando os discutidos limites do segmento inferior propõe que sejam tomados superiormente como reparos o ponto de união da porção anterior do peritoneo visceral, a superficie de angulação do útero em anteflexão e o local de entrada da porção mais calibrosa da arteria uterina; inferiormente, diz o citado autor, limita-se onde o canal cervical termina e começa, a porção cilíndrica do istmo.

DOUGAL (9) chama ao istmo terra de ninguem, a parte intermediaria entre o corpo do útero e a cervix. «Durante a prenhez este istmo pertence mais ao corpo do útero e toma parte na hipertrofia geral do órgão; no trabalho de parto o istmo se incorpora à cervix e, como o segmento inferior, tem função passiva».

Modernamente, MARSHALL (20) opina que o segmento inferior sofre algumas modificações no fim da gravidez, transforma-se ainda mais no trabalho de parto em início, para se ampliar então acentuadamente no fim do trabalho ou, digamos, no trabalho adiantado.

No trabalho de parto, naqueles casos em que o colo está desmanchado e o orifício com dilatação quase completa, ou completa mesmo, certos aspectos do segmento inferior o tornam claramente distinto, seu limite superior é bem traçado e sua junção com o corpo do útero é muitas vezes marcada por uma ranhura geralmente observada quando se pratica uma cesárea nesse período.

Já o limite inferior não é tão claro, ele não pode mesmo ser distinguido ou definido pelo toque, ou pela vista, com absoluta precisão. Seu bordo inferior passa imperceptivelmente na parte supra-vaginal da cervix, e se a dilatação está completa, o segmento inferior e a parte vaginal e supra-vaginal do colo formam uma parede inseparável — a parte uterina do canal parturitivo.

Sintetizando, limitaremos o segmento inferior como a porção compreendida entre o anel fisiológico de retração e o orifício interno do útero.

O segmento inferior, nesses casos, tem dois ou três milímetros de espessura; o seu comprimento mede, da junção cervico-vaginal até a zona de aderência peritoneal, 10 a 15 cms, mais ou menos.

Acredita-se (20) que o segmento inferior nada mais seja que uma absorção do canal do istmo pela cavidade uterina, durante o crescimento da gravidez, até que todo o canal se distenda transformando-se no segmento inferior. (fig. 1).

O *peritoneo visceral* transforma-se: ele é delgado e facilmente descolável no segmento distendido, deixando ver através dele vasos que sulquem a região.

Importante se torna estudar as *fibras musculares* uterinas por constituírem elementos básicos na discussão a que nos propomos.

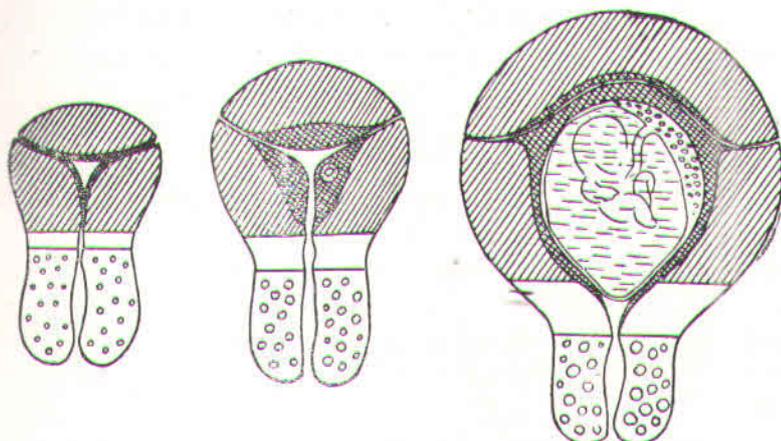


Fig. 1 — Mostra a absorção do istmo pela cavidade uterina no 3.<sup>o</sup> e 4.<sup>o</sup> mez  
(imitado de Marshall).

Está aceito até o momento atual pelos estudos anatômicos que as fibras da parede uterina formam dois sistemas semelhantes que se interceptam, absolutamente identicos um ao outro. Elas se entrecruzam e terminam unidas no endometrio. (figs. 2 e 3).

Na parte do corpo do útero a união se dá em ângulo reto; na parte segmentar o ângulo é obtuso, desaparecendo no colo, onde a disposição é circular (figs. 2 e 3).

Afirma-se que no segmento inferior as fibras têm direção transversa, fora da gravidez, para se tornarem obliquas, de cima para baixo e de fóra para dentro, na gravidez; no colo elas continuam horizontaes, mesmo na gestação.

Não há duvida que o istmo difere acentuadamente do corpo uterino tanto anatômica, como fisiologicamente: a musculatura do corpo é bem desenvolvida, enquanto que a do colo não o é; o corpo do útero se contrae fortemente, enquanto que o segmento inferior apenas se contrae fracamente, e o colo tem contração nula, ou quase nula fator ao qual se deve em parte o mecanismo da dilatação.

De maneira geral, o trabalho de parto não modifica a disposição das fibras, apenas as do istmo ficam mais horizontaes.

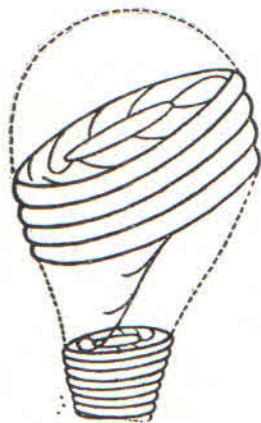


Fig. 2 — Distribuição das fibras na parede uterina. (imitado de Marshall).

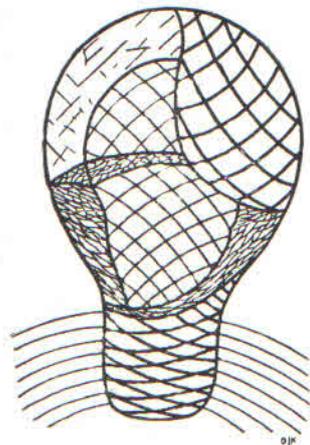


Fig. 3 — Diagrama de dois sistemas musculares da parede uterina (imitado de Marshall).

Natural é que se conclua não existir incisão alguma segmentaria que obedeça rigorosamente à direção das fibras, entretanto a incisão transversa muito se aproxima do ideal nesse particular e ainda mais a incisão arciforme do istmo, recurvada para cima, conforme é facil compreender.

A *bexiga* ocupa posições que Marshall (20) ilustra nos diagramas imitados nas figuras 4, 5 e 6.

Atente-se para a importancia desse órgão dadas justamente as estreitas relações dele com o segmento.

A *arteria uterina* é naturalmente um elemento de valor na região que se está estudando. Ela atravessa-a lateralmente

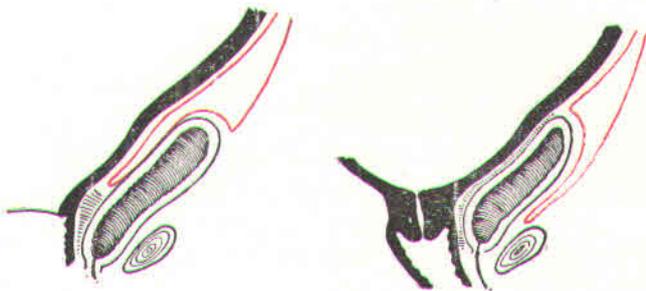
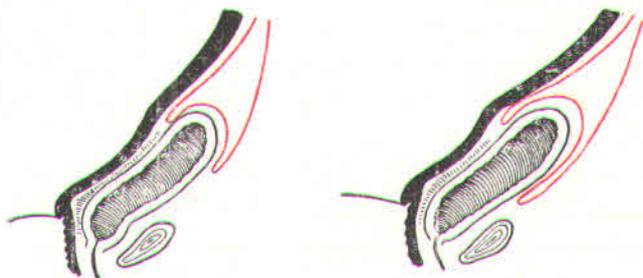
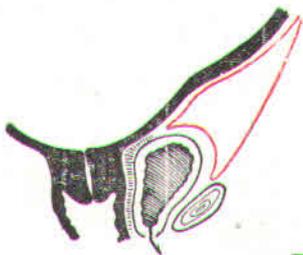


Fig. 4 — Disposição comum da bexiga e do peritoneo antes do início do trabalho.

Fig. 5 — Disposição durante o trabalho.

Fig. 6 — Disposições raramente vistas. (imitados de Marshall).

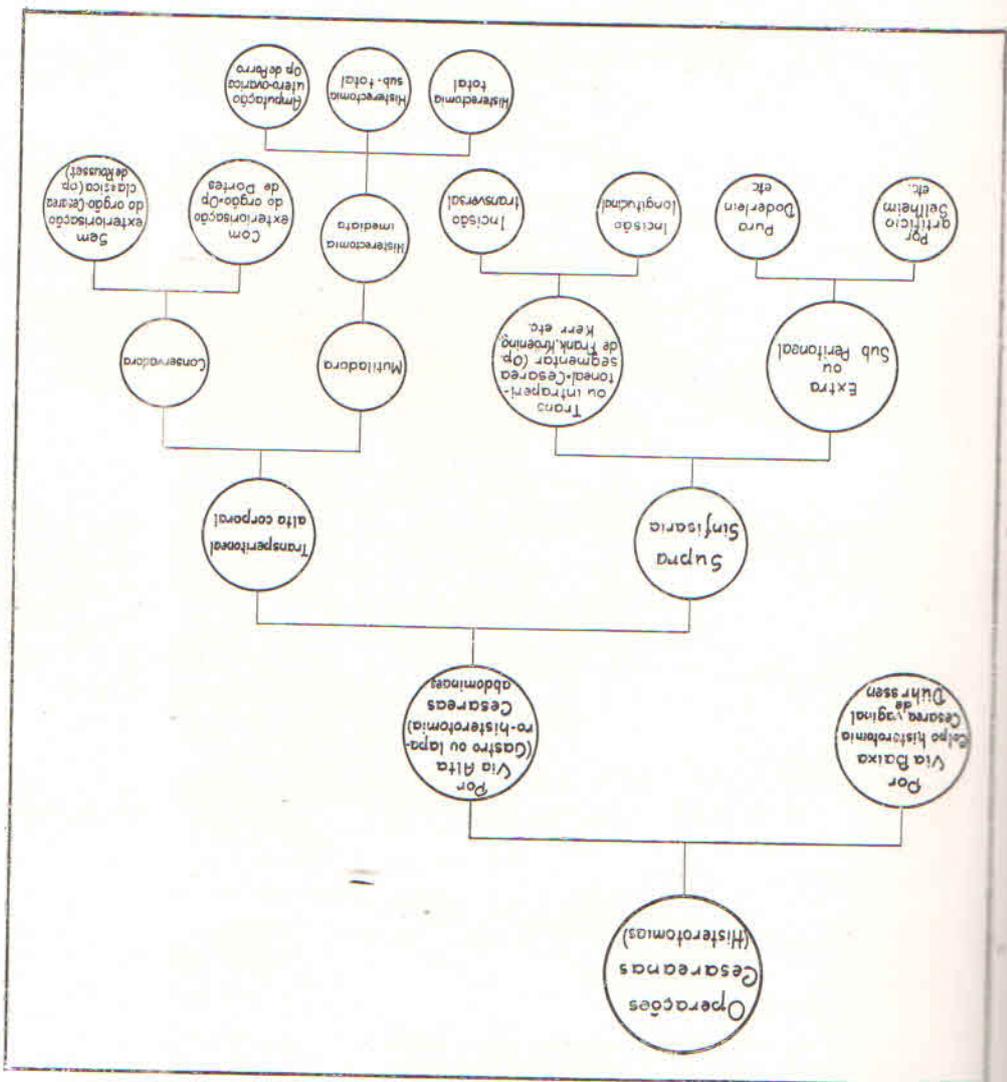
mascarada pelas volumosas veias, na parte baixa do ligamento largo. Depois que se abre o peritoneo vésico-uterino essa arteria pode ser palpada. Os vasos tornam-se acentuadamente alargados durante a gravidez.

*Os úreterios*, na gravidez a termo, habitualmente, marginam o segmento inferior fazendo corpo com ele. Durante a gestação eles se engrossam, se desviam, e, muitas veses, se deslocam, tornando-se tortuosos.

mento  
essa  
mente  
  
margi-  
nte a  
s, se

CAPÍTULO II

TÉCNICAS ATUAES DA CESÁREA ABDOMINAL



*Mas não se esquecer de  
Pouco, Pouco etc. não  
Vem com a força!!!*

CAPÍTULO II

**TÉCNICAS ATUAES DA CESÁREA ABDOMINAL**

Procuraremos descrever neste capítulo as técnicas atuaes das cesáreas abdominaes, detendo-nos em certos pormenores nas de uso mais comum, ou nas que provocam divergencias de escolas — como ocorre com as técnicas extraperitoneaes —, fugindo, entretanto, às minuncias desnecessarias, encontradas que são nos tratados da especialidade.

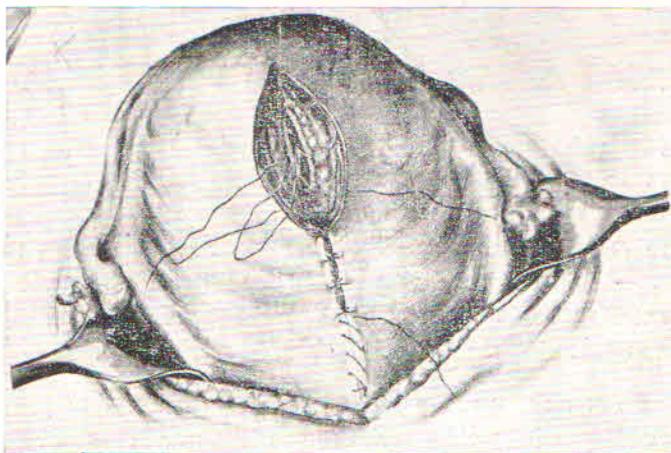
Ilustramos os tempos principaes de cada um dos procesos, uma vez que julgamos ser esse o melhor caminho para mais facil compreensão dos mesmos.

Seguiremos neste capítulo a orientação do esquema traçado para seu desenvolvimento, descrevendo as diversas técnicas nos seus tempos primordiaes. Far-se-ão, alem disso, esclarecimentos, em notas á parte, sempre que se fizerem indispensaveis.

A OPERAÇÃO CESÁREA CLÁSSICA, ou CORPORAL, (fig. 7) resume-se nos seguintes tempos:

Com a paciente em Trendelemburg moderado inicia-se o 1.º tempo — incisão mediana da parede abdominal que se estenderá cerca de 4 dedos para cima e para baixo da cicatriz umbilical, caso o operador pretenda exteriorizar o útero. Caso contrario, a incisão será apenas infra-umbilical.

- 2.<sup>o</sup> tempo — Luxação do útero no caso que se pretenda exteriorisá-lo, protegendo a incisão abdominal a compressa.
- 3.<sup>o</sup> tempo — Abertura do útero na sua parede anterior, inicialmente com bisturi e completada com tesoura sob proteção dos dedos para evitar ferir o feto.



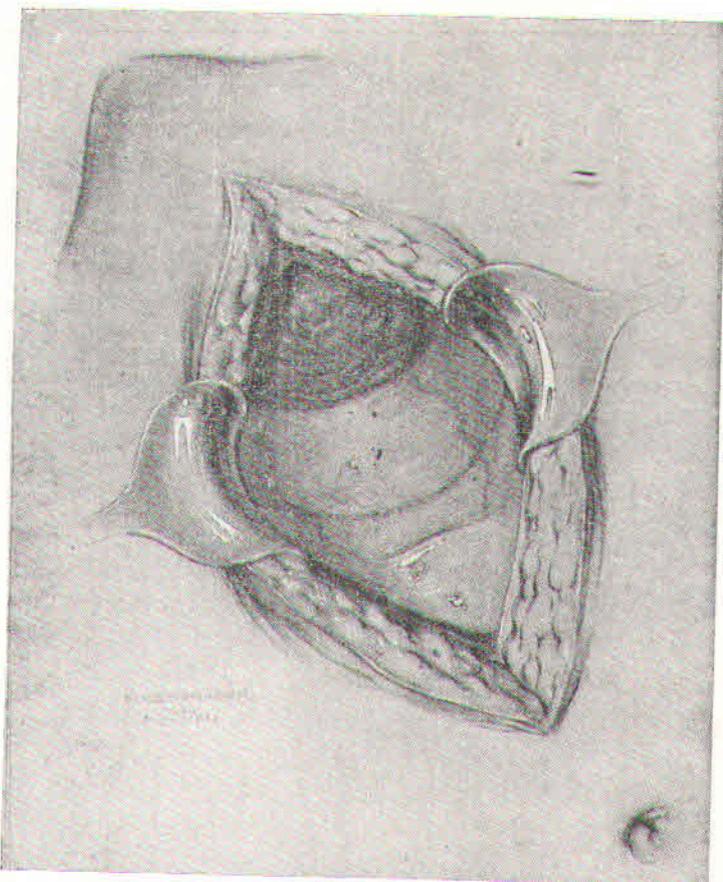
OPERAÇÃO CESÁREA CLASSICA OU CORPORAL

Fig. 7 — Vê-se o útero exteriorisado, já tendo sido extraído o feto e a placenta. Demonstra-se a maneira de suturá-la, em tres planos.

(Jaschke. Tratado de Obstetricia. 1843)

- 4.<sup>o</sup> tempo — Extração do feto, na maioria das vezes pelos pés, e dos anexos.
- 5.<sup>o</sup> tempo — Sutura da parede uterina em 3 planos: 1.<sup>o</sup> plano em pontos separados abrangendo toda a zona muscular; o 2.<sup>o</sup> — unindo os bordos da ferida e o 3.<sup>o</sup> — abrangendo o peritoneo que recobre o orgão.
- 6.<sup>o</sup> tempo -- Fechamento da parede abdominal em 3 planos, interessando peritoneo, aponeurose e pele.

A Modificação de Fernando de Magalhães (\*) consiste principalmente na proteção da cavidade abdominal. Para isso



Técnica de Kroening.

Fig. 8 — A linha pontada mostra o local da incisão do peritонеo viceral. (De Lee).

ele lançou mão de lençóis de borracha esterelizados, com os quaes isolava o útero, após a sua luxação, da grande cavidade

(\*) A modificação que o grande propugnador da cesárea no Brasil introduziu no metodo clássico, marcou época, dando um grande impulso ao parto cesáreo (1915)

peritoneal. Esse tempo consiste no seguinte, descrito pelo próprio autor: (19)

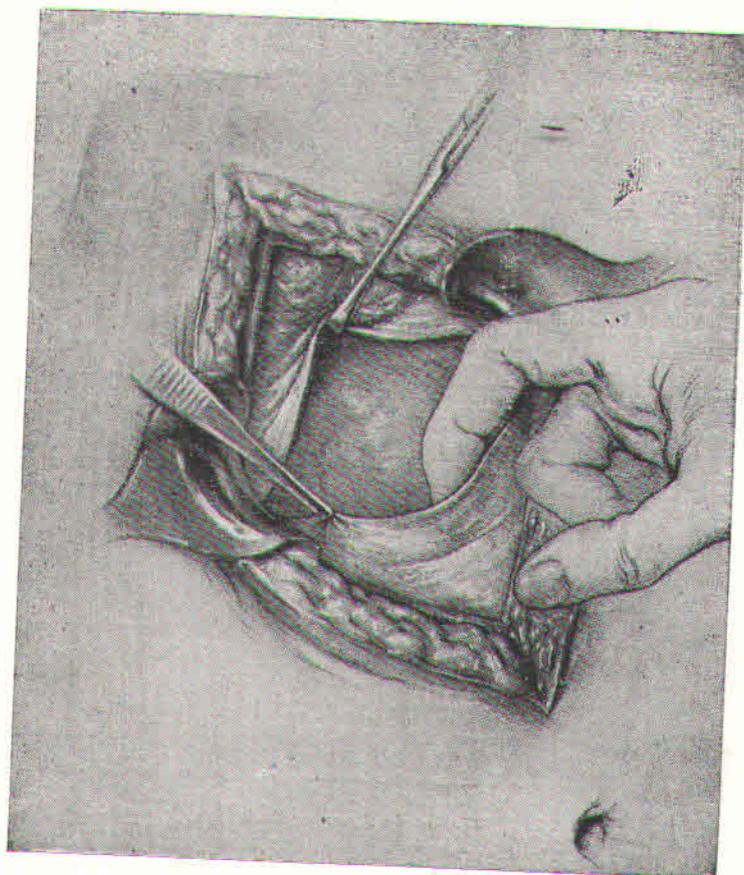


Técnica de Kroening-Beck

Fig. 9 — Maneira de descolar a bexiga usando-se o dedo. O peritoneo vésico-uterino incisado está na sua parte inferior preso em uma pinça. (De Lee).

«tomam-se dois lençóis de borracha autoclavados, dois panos de caoutchouc, com 1 metro 40 cms., e estende-se um

de cada lado sobre o útero herniado, superpondo-se as beiras na linha mediana e mesmo cruzando-se nas proximidades da base do globo uterino. Leva-se um anel de caoutchouc sobre os panos de borracha até o ponto mais baixo possível do útero



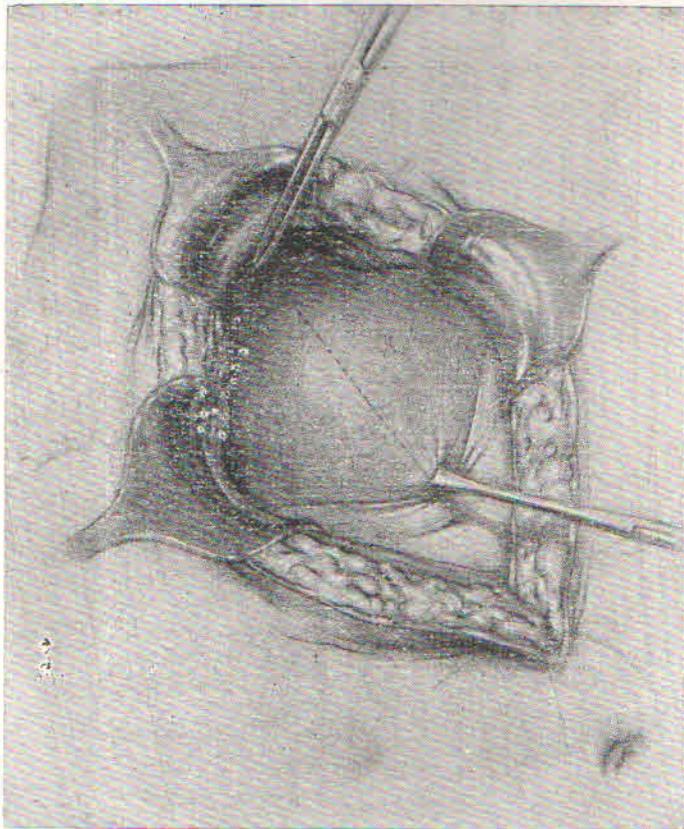
Técnica de Kroening-Beek

Fig. 10 - Descolamento a dedo do retalho superior do peritoneo visceral.  
(De Lee).

para fixar as suas folhas de caoutchouc. Afasta-se então um lençol para cada lado, ficando a descoberto o útero, e sobre folhas de caoutchouc dispoem-se novas compressas de maneira a garantir ainda mais o isolamento da cavidade abdominal».

*traqueotomia =  
= incisão do colo.*

CESÁREA BAIXA OU SEGMENTAR (laparotraquelotomia.) Processo de Kröning-Beck. (\*) (figs. 8 a 17). ?



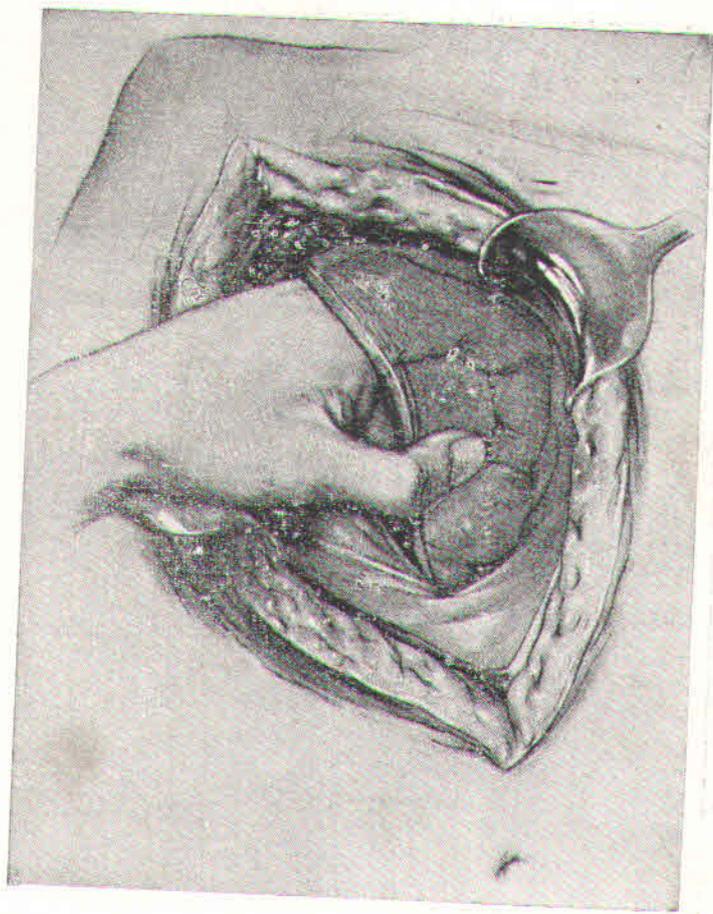
Técnica de Kroening-Beck

Fig. 11 — A linha pontuada indica o local do segmento inferior que se vai incisar longitudinalmente. Uma valva supra-púbica isola a bexiga e as duas lateraes facilitam a exposição do campo operatorio. A pinça de Allis mostra o limite superior do corte. ( De Lee ).

1.º tempo — Incisão abdominal infra-umbilical, mediana, com a paciente em moderada posição de Trendelenburg.

(\*) como a realizamos.

2.º tempo — Proteção da cavidade abdominal usando compressas grandes, e incisão do peritoneo viceral

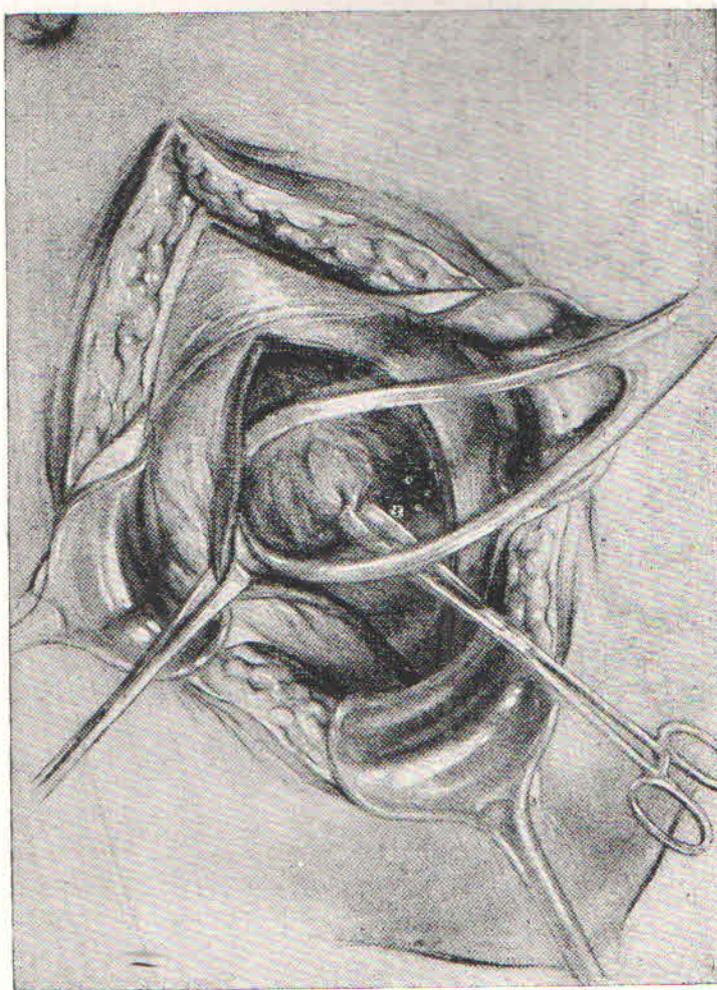


Técnica de Kroening-Berk

Fig. 12 — Maneira de extrair a cabeça fetal introduzindo o dedo indicador na boca do feto. (De Lee).

na sua zona mobilisavel, perfeitamente identificavel.

3.º tempo — Descolamento a dedo do retalho infreior do pe-

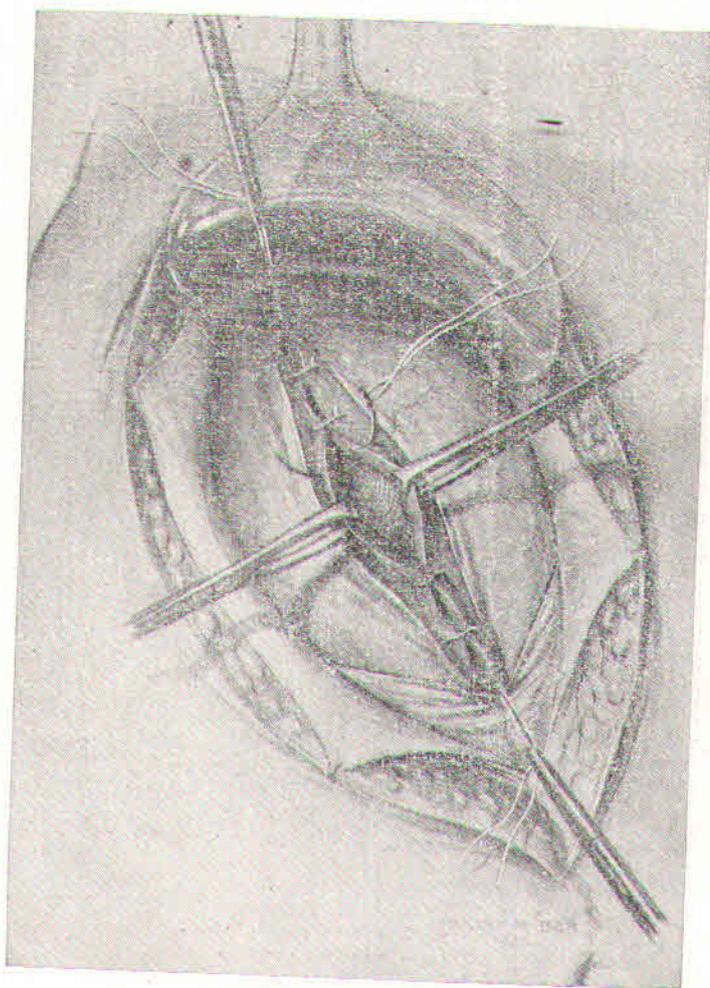


Cesárea segmentar transperitoneal.  
Técnica de Kroening-Beck.

Fig. 13 — Retirada da cabeça fetal às custas do forceps com auxílio da pinça de Allis. (segundo De Læe).

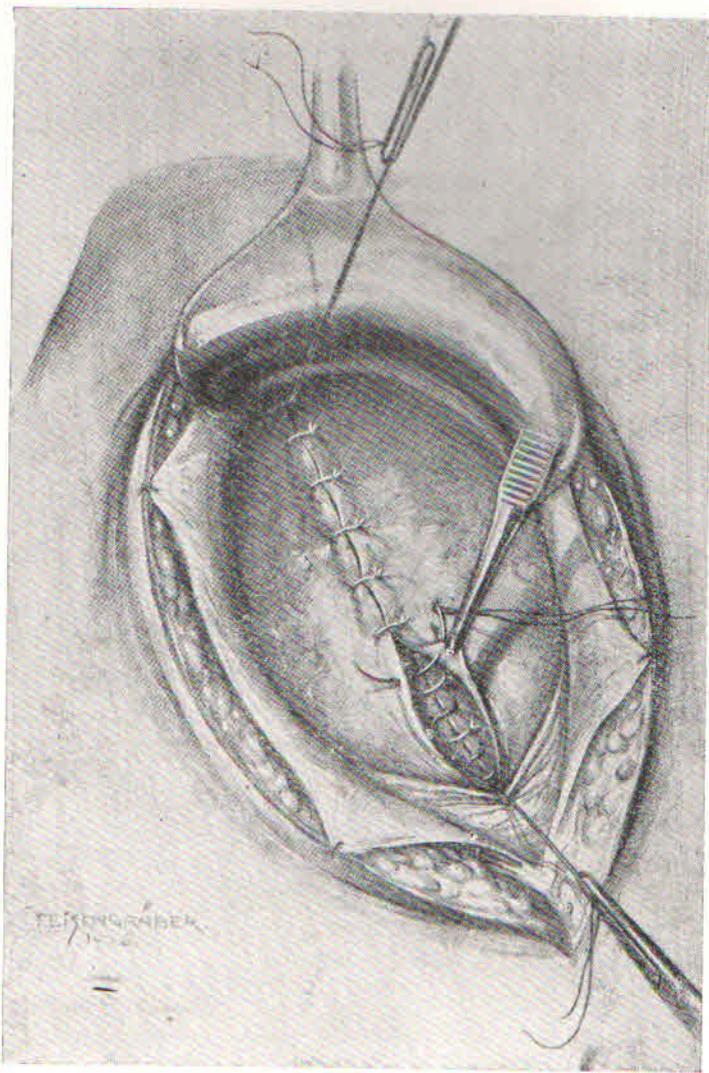
ritoneo viceral, fundo de saco vésico-uterino e bexiga, em extensão suficiente para retirar o fêto. Pequeno descolamento do retalho superior.

4.º tempo — Afasta-se a bexiga com uma valva supra-púbica e incisa-se longitudinalmente o segmento inferior do útero, fazendo-se uma botoeira com canivete



Cesárea segmentar transperitoneal.  
Técnica de Kroening-Beck.

Fig. 14 — Sutura da parede uterina em pontos separados sem interessar o fúscia. (segundo De Lee).

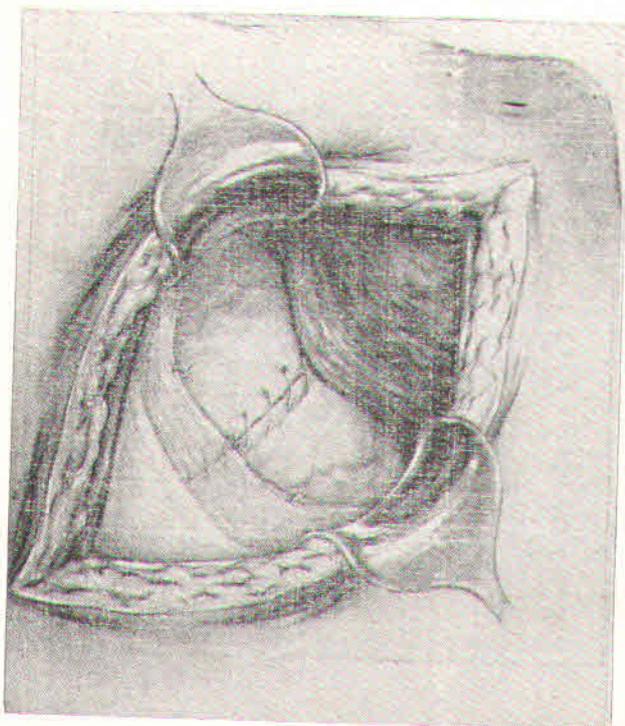


Cesárea segmentar transperitoneal.  
Técnica de Kroening-Beck.

Fig. 15 — Sutura do fascia uterino em pontos separados.  
(segundo De Lee).

e completando-se com tesoura protegida, para evitar a lesão do feto.

5.º tempo — Retirada do feto, manual ou instrumentalmente. Injeção venosa de pituitrina. Pinçamento dos bordos da ferida com pinças em T.



Técnica de Kroening-Beck

Fig. 16 - Sutura em pontos separados do retalho superior do peritoneo visceral. (De Lee).

Dequitação da placenta por expressão do fundo uterino ou extração. Revisão da cavidade uterina.

6.º tempo — Sutura do útero em dois planos. O 1.º com catgut n.º 2, em pontos separados, abrangendo toda

a espessura da zona incisada, e o 2.º com sutura  
continua invaginando a primeira.



Técnica de Kroening Beck

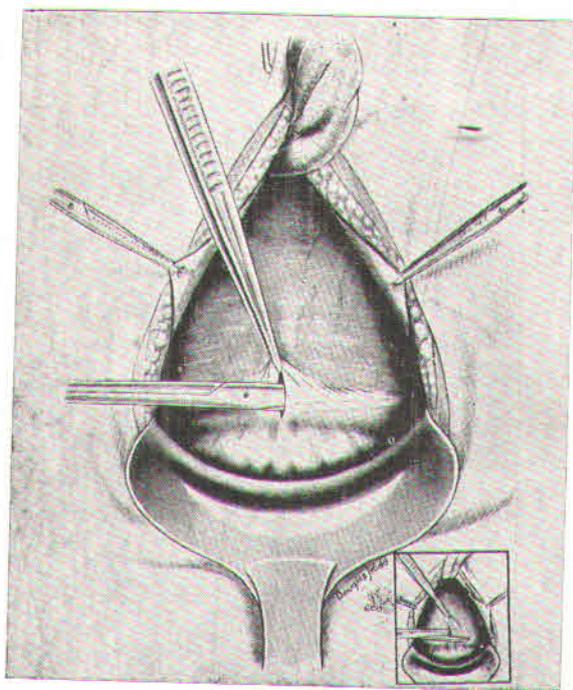
Fig. 17 — Sutura sobreposta do retalho inferior do peritôneo vésico-uterino. VC-se a linha pontuada da sutura uterina completamente coberta pela bexiga e peritôneo. (De Lee).

7.º tempo — Sutura do peritôneo viceral com pontos separados.

8.º tempo — Fechamento da parede.

\* \* \*

CESÁREA SEGMENTAR TRANSPERITONEAL: Técnica de Munro-Kerr (\*\*) (figs. 18 a 22).



OP. DE KERR

Fig. 18 — Descolamento do peritônio útero-vesical.

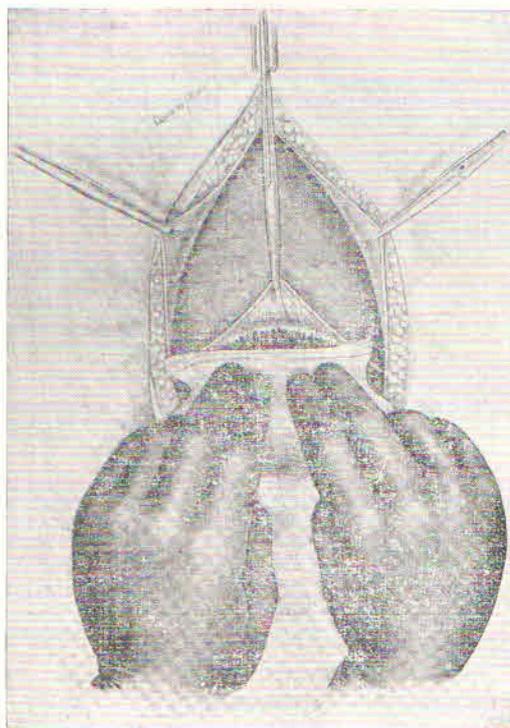
(Marshall)

- 1.<sup>o</sup> tempo — Incisão mediana infra-umbilical (pele, tec. celular sub-cutâneo, aponeurose e peritônio).
- 2.<sup>o</sup> tempo — Proteção da cavidade por compressas. Incisão

(\*\*) Jorge de Rezende introduziu algumas modificações na técnica de Kerr no tocante à incisão da parede uterina: incisão arciforme de cavo superior. Retira a placenta sistematicamente pela incisão uterina e o feto através da manobra de Geppert. Chamaremos portanto técnica de Kerr-Rezende quando seguirmos essa orientação.

transversa do peritoneo visceral e descolamento da bexiga. Isola-se esta última com valva supra-púbica. Injeção de pituitrina. *antes de abrir o útero!*

3.º tempo — Incisão do segmento uterino em sentido trans-



CP. DE KERR

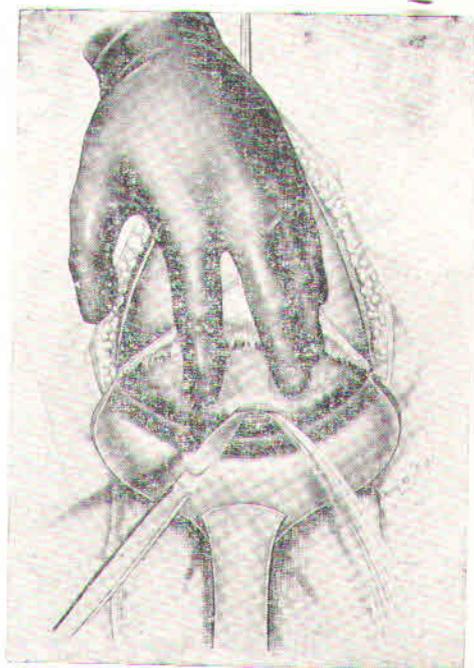
Fig. 19 — Descolando a bexiga.

(Marshall)

versal, semilunar, de cavo inferior, fazendo botoeira a bisturi e completando a incisão a tesoura.

4.º tempo — Retirada do fêto com um ramo de forceps, ou com a pinça Willett, quando não se consiga pela

simples compressão do fundo do útero. A própria injeção aplicada no 2.º tempo facilita o nascimento.



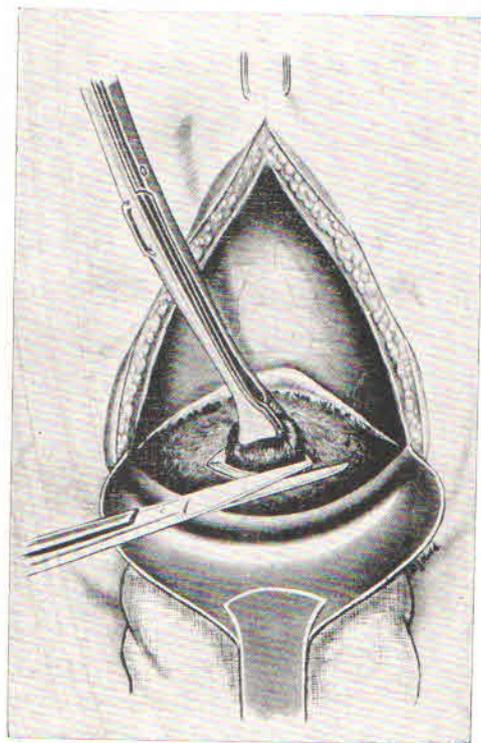
OP. DE KERR

Fig. 20 — Incisão inicial do segmento inferior uterino.

(Marshall)

5.º tempo — Os anexos — placenta e funículo — serão expelidos naturalmente após o fechamento do abdô-

men. Sòmente nos casos em que a dilatação do colo seja insuficiente será praticada a extração da placenta através a hysterotomia.



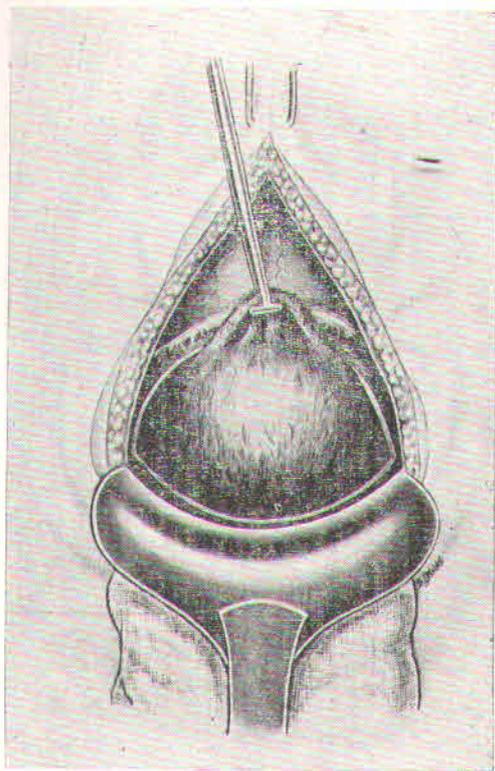
OP. DE KERR

Fig. 21 — Pinça de Gauss aplicada à cabeça fetal, enquanto se alarga a incisão, com efeitos hemostáticos.

(Marshall)

6.º tempo — Fechamento da incisão uterina em dois planos:  
1.º sutura da mucosa, interessando pequena parte

da muscular, com cat-gut cromado; 2.º -- completa sutura da muscular.



OP. DE MUNRO - KERR

Fig. 22 -- Terminada a incisão do segmento uterino a cabeça fetal é extraída com a ajuda da pinça de Willet.

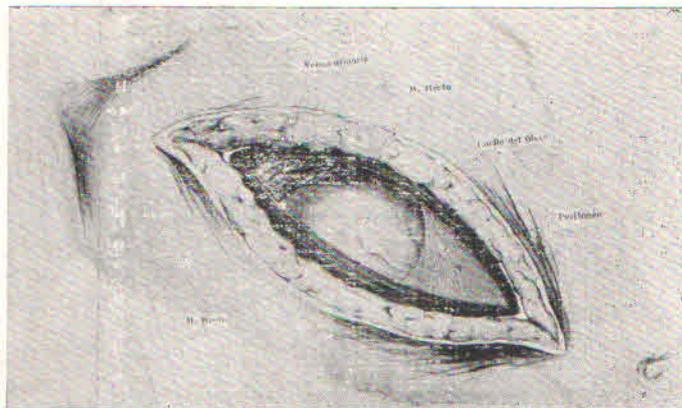
7.º tempo -- Peritonização viceral com sutura continua.

8.º tempo -- Fechamento da parede.

\* \* \*

TÉCNICAS EXTRAPERITONEAES:

- a) Puras. — op. de Doderlein. — Lutzko  
op. de Waters.
- b) Por artifício. --  
op. de Sellheim.  
op. de Frank.  
op. de Michon.



OP. DE DODERLEIN

Fig. 23 — Vê-se o segmento inferior entre a bexiga e a préga peritoneal.

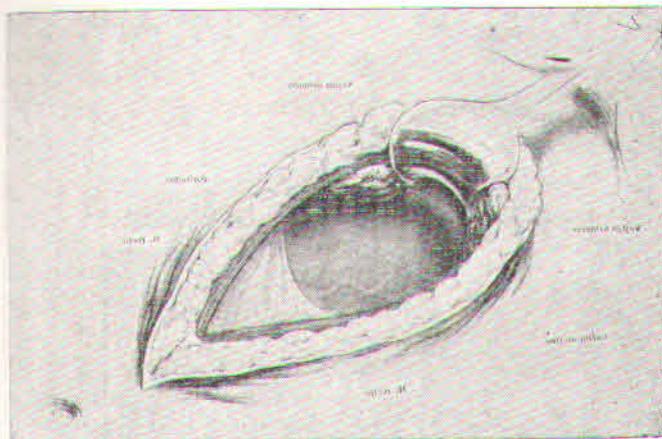
(Doderlein. *Trat. Obstetricia.* v. III)

**Operação cesárea extraperitoneal. Tec. de Doderlein.**  
(fig. 23 a 27).

1.º tempo (\*) Incisão da parede abdominal da sínfise púbica até cerca de 4 dedos abaixo da cicatriz umbilical, dissecando até a gordura pré-peritoneal.

(\*) Inicialmente Doderlein praticava a incisão inguinal recomendada por Dührssen e a transversa de Pfannenstiel tendo-as abandonado principalmente porque quando fosse preciso recorrer ao processo transperitoneal, necessário se tornaria outra incisão longitudinal.

2.<sup>o</sup> tempo (\*) Descobrir a parte do útero que está coberta pela bexiga e peritoneo, descolando, preliminarmente, com gaze, a bexiga de sua conexão lateral com o útero até a linha média.

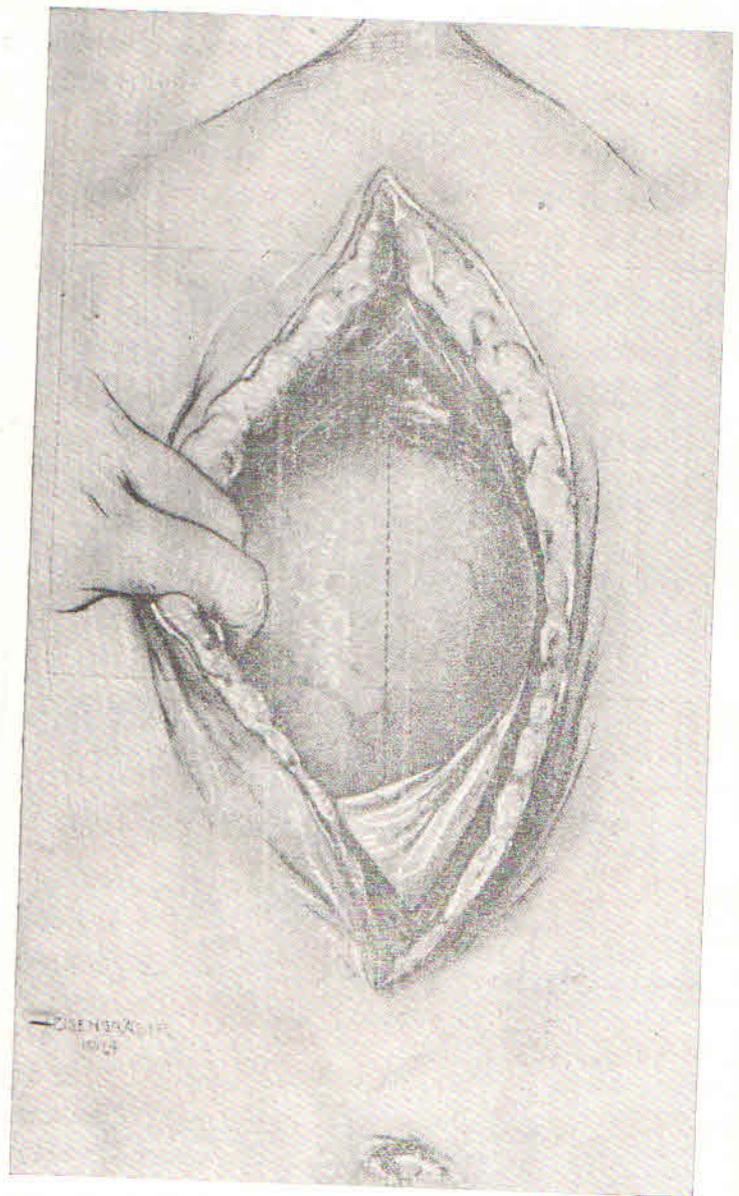


OP. DE DODERLEIN

Fig. 24 — Valva supra-pública afastando a bexiga para facilitar a incisão no segmento uterino.  
(Doderlein. Trat. Obstetricia. v. III)

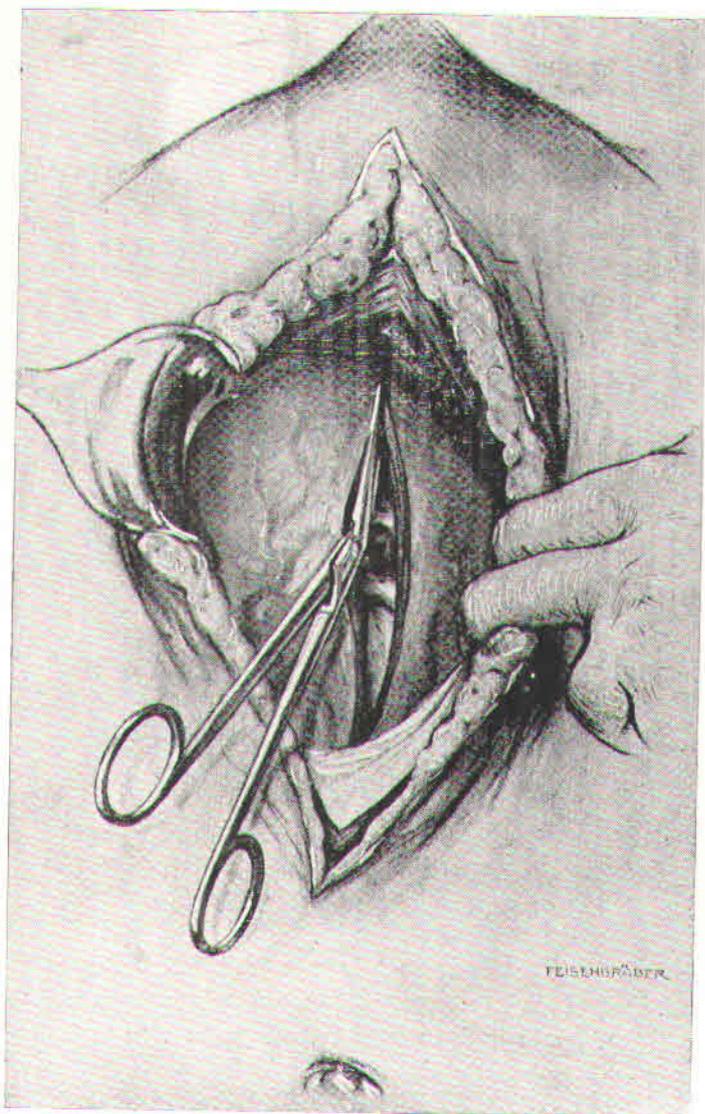
3.<sup>o</sup> tempo — Procura-se a prega peritoneal vésico-uterina (linha esbranquiçada) que varia de altura conforme o trabalho de parto. Este tempo é muito difícil, tornando-se necessário identificar o ponto de reparo, pela zona descolável do peritoneo.

(\*) Doderlein empregou nos seus primeiros casos, o método de Physick, para melhor reconhecimento dos limites da bexiga enchendo-a com um líquido. Também fez uso do citoscópio afim de transluminar a cavidade urinária com o mesmo fim. Posteriormente abandonou esses métodos, por desnecessários.



OP. DE DODERLEIN.

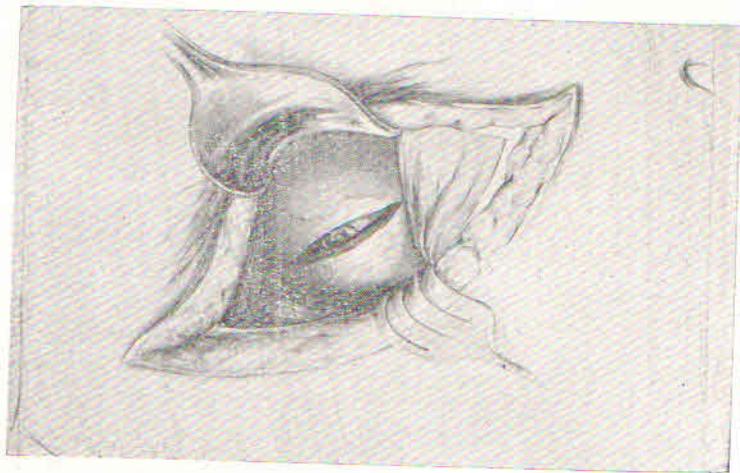
Fig. 25 — A dobra vesico-uterina é suavemente afastada. (De Lee).



OP. DE DODERLEIN.

Fig. 26 - Orientada pelo dedo a incisão do segmento uterino é feita em sentido longitudinal. (De Lee).

- 4.º tempo — Descolamento do peritoneo uterino: «localizada esta prega atua-se de forma romba para cima e se rechaça até descobrir a superficie do útero» (Perez) (23).
- 5.º tempo — Afasta-se a bexiga com afastador em garfo e incisa-se verticalmente o segmento uterino em toda a extensão da zona descoberta.



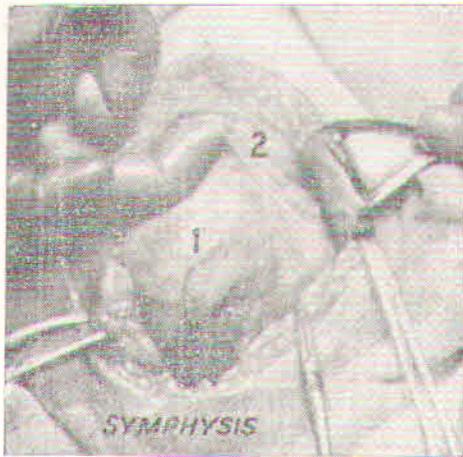
OP. DE DODERLEIN

Fig. 27 — Incisão uterina.

(Doderlein. Trat. Obstetrícia. v. III).

- 6.º tempo — Retiram-se o fêto e a placenta como nas outras técnicas segmentares. A placenta será extraída pela incisão uterina, ou pelas vias naturaes (manobra de Credé).
- 7.º tempo — Sutura uterina em dois planos. Recoloca-se a bexiga no sitio anterior ao descolamento.
- 8.º tempo — Fechamento da parede abdominal em dois planos: aponeurotico e pele.

Operação Cesárea Extraperitoneal: Tec. de Waters  
(figs. 28 a 34).



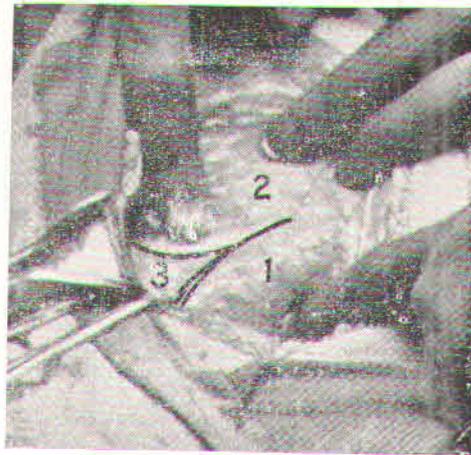
Técnica de Waters

Fig. 28 — A bexiga está assinalada com n.º 1 e a fascia perivesical com n.º 2. Fez-se na fascia uma incisão em T; a loja fibrosa foi separada da capa muscular da bexiga mediante disseção romba praticada com tesoura. — A separação do fascia é elevada bem para cima usando tesouras curvas. O dedo levanta o retalho fascial descolado antes de sua incisão lateral. (De Lee-Greenhill).

Preliminarmente, coloca-se uma sonda de permanência na bexiga, por onde se injetará, após abertura do peritônio, solução de azul de metileno.

Técnica de Waters:

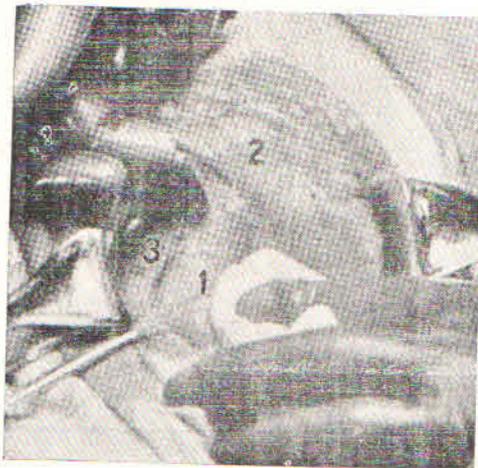
Fig. 29 — A bexiga está assinalada com o n.º 1. O retalho peritônio fascial com o n.º 2 e a superfície antero-inferior do útero com o n.º 3. Nesta fotografia as circunstâncias são as inversas das habituaes. Prática-se a disseção sobre a parte superior direita da bexiga. O retalho está unido á bexiga e ao útero e se pratica uma incisão através do fascia uterino n.º 3 até a capa muscular do útero. (De Lee — Greenhill).



1.º tempo — Incisão para-mediana esquerda, indo do pubis até cerca de 2 dedos abaixo da cicatriz umbili-

cal. Depois de afastado o musculo reto interno, encontra-se a bexiga que se acha distendida.

2.<sup>o</sup> tempo — Incisa-se em T o fascia pré-vesical até à parede muscular da bexiga, projetando-se a bexiga através da incisão.



Técnica de Waters

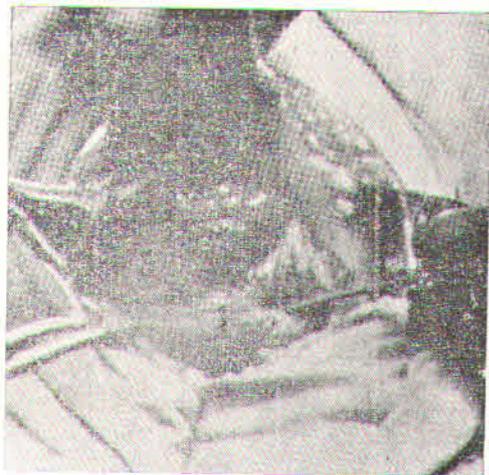
Fig. 20 — Praticou-se a incisão, n.º 3, até a capa muscular do útero e logo se separou a bexiga da superfície antero-inferior do útero mediante disseção romba com dedo. É o mesmo que se faz quando se descola a bexiga nas operações comuns sobre o segmento inferior. O retalho peritoneo-fascial, n.º 2, está levantado pelo dedo mostrando sua aderencia á bexiga. Completa-se o descolamento deste retalho com disseção delicada estando sempre á vista o bordo do peritoneo como hernia. (De Lee-Greenhill).

3.<sup>o</sup> tempo — O fascia prévesical será afastado, e o peritoneo do fundo da bexiga juntamente, isolando o retalho peritoneo — fascial da parede muscular da bexiga.

4.<sup>o</sup> tempo — Após esvaziar a bexiga, identifica-se a préga vesico-uterina, mais visível á esquerda devido á

dextrotorsão uterina. Disseca-se cuidadosamente para desprende-la da superfície posterior da bexiga, afastando-se esta para o pubis.

- 5.º tempo — Exposto o segmento inferior do útero, depois de introduzir-se o dedo por baixo das capas fascias, descolam-se o fascia e a bexiga da parede anterior do segmento uterino, e colocam-se quatro afasta-



Técnica de Waters.

Fig. 31 — O n.º 1 assinala a bexiga, O n.º 2 o retalho peritoneo-fascial. O n.º 3 o útero. Descolou-se a bexiga da superfície antero-inferior do útero e separa-se o retalho fascial da bexiga, o que proporciona ampla exposição do segmento inferior do útero. (De Lee — Greenhill).

dores: um mantendo a bexiga para baixo, dois lateraes afastando o fascia vesical, e um para cima afastando o retalho peritoneo fascial.

- 6.º tempo — Incisão transversa do segmento em forma de meia lua. Injeção venosa de pituitrina.
- 7.º tempo — Retirada do feto e anexos.

8.º tempo — Pinçam-se os bordos da incisão uterina, e inicia-se a sutura em dois planos.

9.º tempo — Verifica-se a integridade da bexiga com nova

Técnica de Waters.

Fig. 32 — Vê-se no n.º 2 o retalho peritoneo-fascial levantado pela pinça. Está exposto o segmento inferior do útero n.º 3. A bexiga está por detrás da valva supra-púbica.  
(De Lee — Greenhill).



Técnica de Waters.

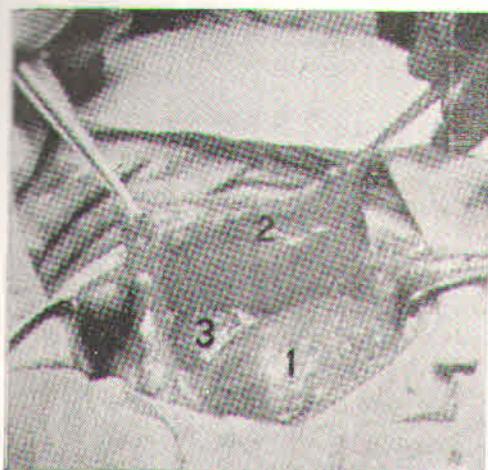
Fig. 33 — N.º 1 valva afastando bexiga. N.º 2 valva isolando o retalho do fascial. N.º 3 segmento uterino cuja exposição é facilitada também pelos afastadores lateraes.  
(De Lee — Greenhill).

repleção. Drenagem a Penrose do espaço retro-vesical. Fechamento da parede.

Nota: A operação de Latzko obedece aos mesmos prin-

cipios da operação de Doderlein, apenas variando no que se refere ao descolamento da bexiga, que aquele propôs, fosse levada da esquerda para a direita, juntamente com a prega peritoneal.

#### OPERAÇÃO CESAREANA EXTRA-PERITONEAL POR ARTIFÍCIO.



Técnica de Waters.

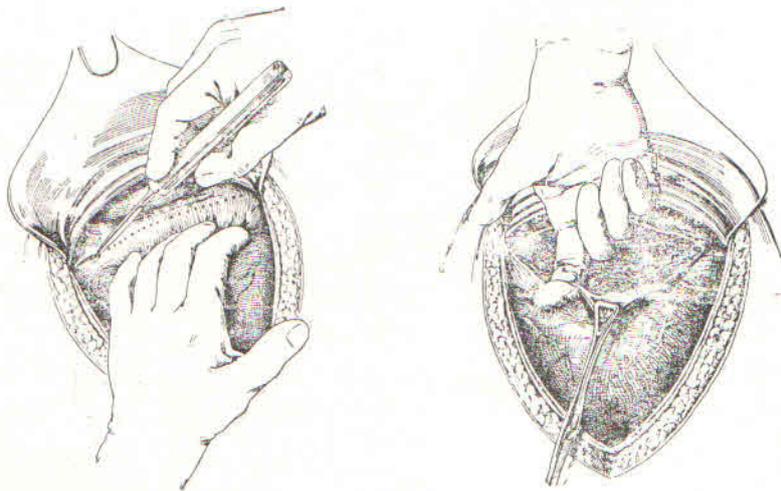
Fig. 34 — Vê-se a bexiga n.º 1 cheia; o retalho peritoneo fascial levantado n.º 2; o útero n.º 3. (De Lee — Greenhill).

**Técnica de Sellheim**  
(fistulização útero-parietal). (\*) — Em síntese, esse processo resume-se no seguinte: sutura do peritoneo parietal à pele; incisão longitudinal, descolamento do peritoneo vésico-uterino e união desse ao peritoneo parietal que foi suturado na pele.

Depois de incisado o útero e retirado o feto e anexos, suturam-se os bordos da ferida uterina na parede abdominal.

Forma-se, portanto, uma fistula útero-ventral que cura, espontaneamente ou cirurgicamente.

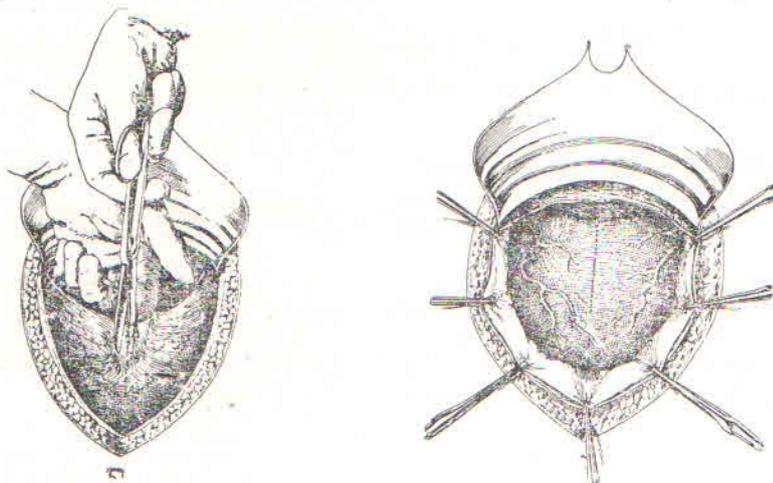
(\*) Essa operação é a 4.ª técnica que Sellheim propôs. Na 1.ª ele abria o peritoneo vésico-uterino lateralmente, incisando o útero verticalmente e o mais baixo possível. Na sua 2.ª operação, Sellheim nada mais fez que modificar a técnica de Frank: abre o peritoneo parietal no sentido transversal, logo acima da bexiga, unindo-o à parede do segmento inferior do útero; em seguida, incisa o peritoneo uterino na altura do meio da prega vésico-uterina, descolando a bexiga para expôr o colo. A Sellheim III.ª era realizada no sentido de isolar a cavidade, unindo o peritoneo parietal com o visceral.



OP. DE MICHON

Fig. 35 — Incisão do peritônio vesíco-uterino. A mão esquerda dá auxílio a exposição do sulco vesíco-uterino.

Fig. 36 — Descolamento a dedo do labio superior do peritônio viceral. A pinça coração tracionando, auxilia esse descolamento. (Chomé).

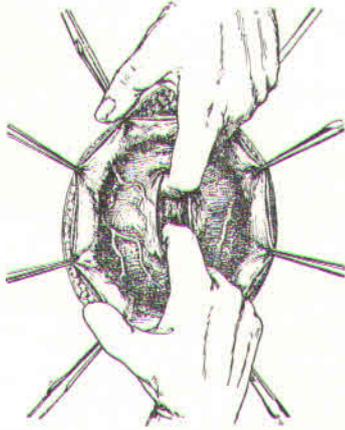


OP. DE MICHON

Fig. 37 — Incisão mediana do retalho superior.

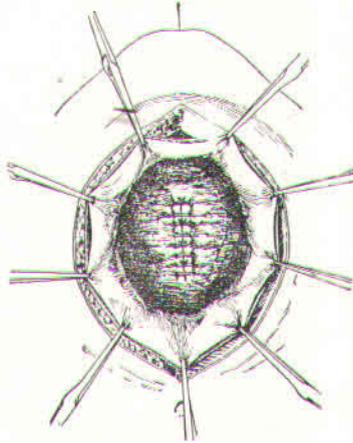
Fig. 38 — Pinças de Kocher unindo o peritônio viceral com o parietal. O segmento está exposto e isolado vendo-se em traço pontilhado o local onde será incisado o útero. (Chomé).

**Técnica de Michon** — conforme se verifica nas (figs. 35 a 41) essa técnica tem por finalidade excluir a zona da histero



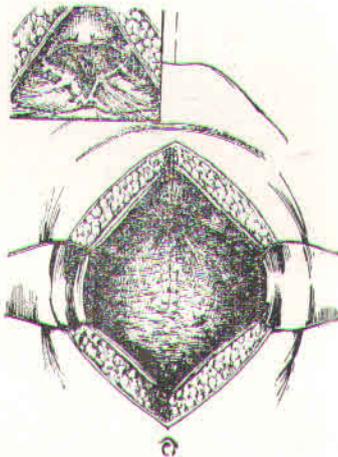
OP. DE MICHON

Fig. 39 — Abertura da cavidade uterina, por dissociação depois de botocira e bisturi. (Chomé).



OP. DE MICHON

Fig. 40 — Fechamento da parede uterina. (Chomé).

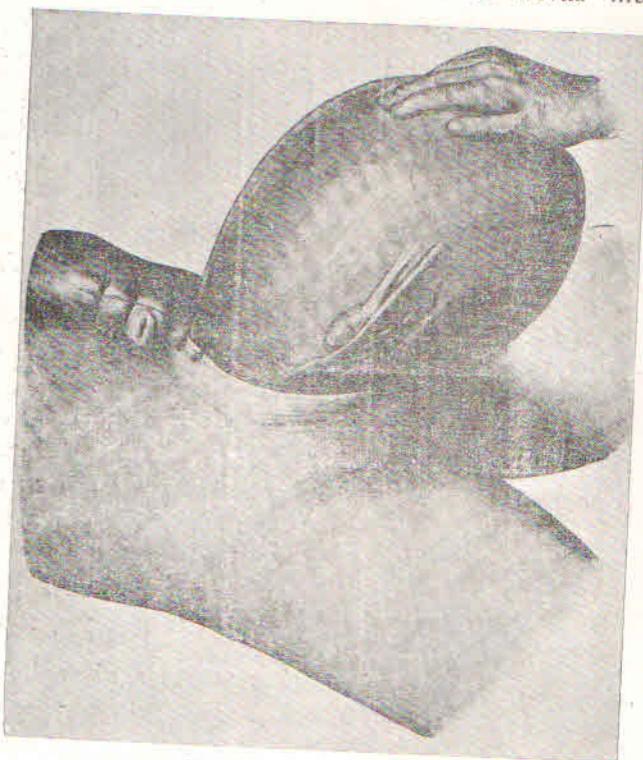


OP. DE MICHON

Fig. 41 — Sutura do peritoneo em bolsa. (Chomé).

tomia da cavidade peritoneal. Pratica-se uma incisão transversa do peritoneo visceral na altura da bexiga, procedendo com o dedo um grande descolamento dessa serosa.

Em seguida a esse descolamento, divide-se o retalho descolado em duas metades, direito e esquerdo. Unem-se, então, os retalhos do peritoneo visceral com o peritoneo parietal, às custas de pinças tipo Kocher. Faz-se o mesmo no lado do pubis, pinçando-se o peritoneo vesical. Exposto que esteja o segmento inferior do útero, faz-se uma botoeira com bisturi e completa-se a abertura com os dedos, dissociando as fibras musculares.



OP. DE GOTTSCHALK-PORTES

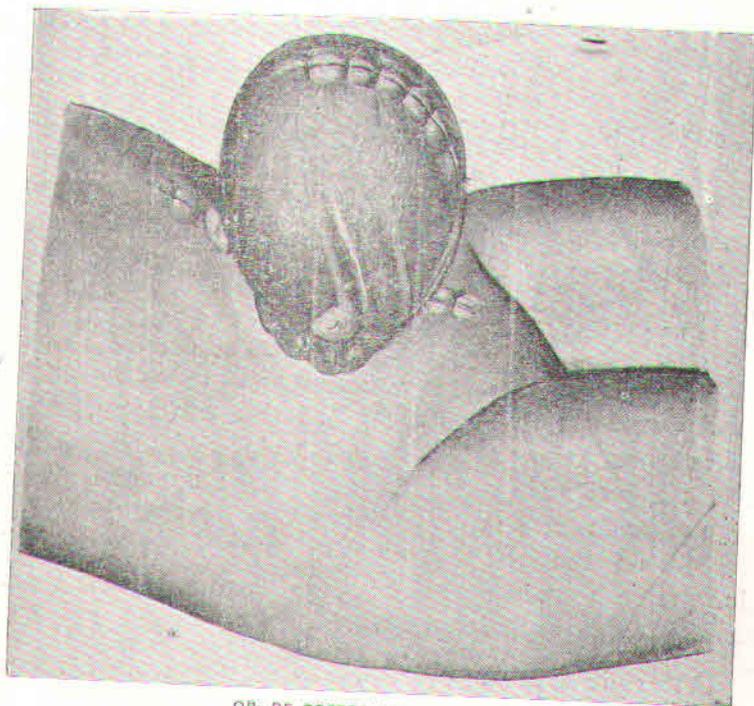
Fig. 42 — Vê-se o útero exteriorizado e fechada a cavidade abdominal. A mão inclina o útero em acentuada anteflexão. Jaschke — Tratado de Obstetria.

Após a retirada do feto e anexos, sutura-se a parede uterina. O peritoneo visceral é fechado em bolsa.

OPERAÇÃO DE GOTTSCHALK — PORTES. — (Exteriorização temporária do útero). (figs. 42 e 43).

*X<sup>o</sup> Não creio que seja cirúrgico que se possa fazer com todos os vícios e anormalidades da gravidez e por anti-Quintônio, tanto quanto se pode fazer com os métodos!*

Compreende dois tempos, realizando-se o segundo tempo cerca de 20 a 30 dias após o primeiro. O que Portes propõe é, em resumo, o seguinte: abertura da cavidade, supra e infra umbilical, exteriorização do órgão, fechamento parcial da parede tão rapidamente quanto possível para evitar asfixia do feto devido à anteversão acentuada do útero neste tempo;



OP. DE GOTTSCHALK-PORTES

Fig. 43 — Depois de extraído feto e placenta vê-se o útero suturado em um só plano que permanece exteriorizado até 2.<sup>a</sup> intervenção. Jaschke-Tratado de Obstetricia.

incisão do útero como na cesárea clássica; retirada do feto e anexos. Em seguida, pratica-se a sutura da parede uterina em duas series. Completa-se a sutura da parede depois da retroção uterina. Curativo com soro anti-grangrenoso das zonas suturadas.

A segunda operação, realizada cerca de 30 dias após a primeira, ou mais, dependendo das condições da matriz, pratica-se com anestesia geral, ou local. Depois de aberta a parede, da cicatriz umbilical até a parede posterior do útero, e desfeitas as aderências (\*), recoloca-se o útero na cavidade abdominal, e fecha-se a parede.

Caso as condições do útero não permitam a sua inclusão na cavidade peritoneal, deverá se proceder extraperitonealmente ficando o órgão aderente á parede abdominal.

A OPERAÇÃO DE JEANNIN (22) é uma ligeira modificação ao processo de Michon, incisando em V o peritoneo parietal juntamente com o fascia transversalis, que se une com cat-gut, em pontos separados, ao peritoneo visceral, também incisado em V. Drenagem a Mikulicz recobrando a sutura uterina.

OPERAÇÃO DE PORRO. (Cesárea seguida de histerectomia ficando o côto cervical temporariamente exteriorizado). (\*\*)

Após abertura da parede, exteriorisa-se o útero, sutura-se a parede evitando a contaminação da cavidade peritoneal; faz-se a histerotomia corporal, retirando-se apenas o fêto; fecha-se a ferida uterina com pinças tipo Museaux, e faz-se a histerectomia sub-total conservando o côto cervical exteriorizado, que se necrosa e cae, deixando uma cavidade na parede que sara por segunda intenção.

Antes de amputar o útero, faz-se um garrote á altura do istmo uterino com finalidade hemostática, e atravessa-se com dois agulhões para mante-lo exteriorizado.

(\*) Compreende-se que não seja facil o desbridamento das aderências ao nível dos pedículos útero-ovarianos dada a rica vascularização nesta zona.

(\*\*) A maioria dos autores modernos (Martius, Davis, Adair e outros) descrevem a operação de Porro como sendo nada mais que uma cesárea corporal seguida de histerectomia total ou sub-total.

*Não se esqueça*

CAPÍTULO III

**ESTUDO CRÍTICO**

VANTAGENS E DESVANTAGENS DOS MÉTODOS ATUAES

### CAPÍTULO III

## ESTUDO CRÍTICO

(VANTAGENS E DESVANTAGENS DOS MÉTODOS ATUAES)

Atentando-se para a história da obstetrícia, verifica-se que a operação cesareana preocupa os especialistas desde remotas épocas até os dias presentes. (Hoje não +)

As mais variadas técnicas têm sido propostas, muitas delas já em desuso, por anacrônicas e perigosas mesmo, outras discutidas, embora ainda aceitas por alguns.

Acompanhando-se a bibliografia mundial especializada, observa-se que numerosas modificações de técnicas se propõem, em que pesa ao grande número delas já existente, o que tem especial significado: andam os estudiosos a procura da técnica, em cesárea, que se imponha sobre as demais, pela segurança e simplicidade de execução.

Alegue-se que a variação de técnica depende da indicação; mas a verdade é que se devem evitar os processos complicados, perigosos e, sempre que possível, os mutiladores.

Baseados na casuística da Clínica Obstétrica — da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia — Serviço do PROF. ALMIR DE OLIVEIRA — e na de nossa clínica privada, verificamos que a cesárea segmentar com incisão longitudinal ou transversa, constitue o processo que melhor se enquadra na maioria dos casos clínicos.

Mão pode basear as observações conclusões dele: 1) 90% das observações são de um serviço onde o autor não trabalhou  
2) a casuística dele é insuficiente para se tirar qual-quer conclusão, 3) Por fim o menu de técnicas usado (variantes) é mínimo. Havia já uma técnica escolhida.

Particularmente preferimos a incisão transversa do segmento inferior do útero, cujas vantagens, aliás, já tivemos ocasião de salientar (17) tecendo considerações em torno de caso impuro; ademais voltamos a sancioná-las através da convincente estatística apresentada neste trabalho.

Acrescentem-se, porém, para fundamentar essa preferência pela referida operação, certos pormenores de técnica que a destacam, colocando-a num plano jamais alcançado por qualquer outra.

Em trabalho que publicamos em 1941 (17) já interessados que estávamos no assunto, defendemo-la com justo entusiasmo, e, nessa oportunidade, procurando sintetizar, das suas vantagens, dizíamos:

- a) basta pequeno descolamento do peritoneo vésico-uterino.
- b) a incisão segue mais ou menos a direção das fibras musculares.
- c) nos casos em que, o colo esteja com pequena dilatação só a incisão transversa evita que se passe o limite do segmento inferior.
- d) a hemorragia é menor porque a zona é menos vascularizada, e além disso, o corte é paralelo aos vasos via de regra.
- e) não ha perigo de lesões da bexiga porque a incisão não é vertical à ela, como na longitudinal.
- f) a cicatriz fica absolutamente defendida por detrás da bexiga.

O grande perigo da lesão do hilo uterino é evitado dirigindo-se a incisão para cima nas suas extremidades, afastando-a portanto deste ponto vital.

JORGE DE RÉZENDE (26) um dos maiores entusiastas da casárea segmentar, usa a técnica de MUNRO-KERR com as seguintes modificações que aconselha:

- «1) preferimos a incisão arciforme de (cavo) superior pelas razões anatômicas já expostas.
- 2— auxiliamos a dequitação por expressão, facilitada que fica, em muito, pela injeção de extrato pituitario, nunca dispensada, e que é feita por via endovenosa no momento da histerotomia; quando a expressão se torna penosa recorreremos ao descolamento manual.
- 3— sistematicamente libertamos a cabeça fetal orientando em O. P. (manobra GEPPERT), enquanto o auxiliar faz ligeira compressão do fundo do útero. Nunca nos servimos de qualquer instrumento para isso».

Temos usado em nossos casos essas modificações de JORGE DE REZENDE; aliás na Clínica Obstétrica da Faculdade da Bahia — Maternidade Climério de Oliveira — sempre foi uso auxiliar a dequitação por expressão, na cesárea, ou quando necessário descolá-la manualmente. Pensamos que esse processo tem vantagens sobre aqueles outros (MUNRO-KERR) em que a placenta e o cordão são deixados no útero para serem expelidos naturalmente após o fechamento da parede. Logico é que, assim nos parece, se aproveite das vantagens da abertura do útero para revisioná-lo após o delivramento. Quando a extração manual se impuser, esta deve ser feita sem violencia pelo perigo da inversão uterina, pouco comum é verdade, mas já assinalada. (\*)

De SNOO (5) citado JORGE DE REZENDE relata dois casos em que tendo deixado a placenta in-situ, após a cesárea, teve que praticar a extração manual, o que vem justificar perfeitamente as vantagens da nossa conduta, a conduta de nossa Escola.

Outro pormenor que desejo assinalar é o que se refere

---

(\*) Recentemente tivemos ocasião de observar um caso de inversão uterina em cesárea, numa paciente do Dr. Eladio Lasserre, no Hospital Português, um dos raros verificados entre nós.

à retirada do feto da cavidade uterina. Particularmente nunca usamos, em qualquer dos nossos casos, instrumentos para esse fim; a mão constitue — podemos afirmá-lo — magnífico auxiliar neste tempo, não havendo mesmo instrumento algum que a substitua. (\*)

Usamos a face palmar da mão direita em contacto directo com o occiput da cabeça fetal, funcionando como uma alavanca; o ajudante fará uma expressão no fundo do útero, o que de algum modo concorre para facilitar o nascimento da cabeça. Em casos excepcionaes em que o polo cefálico ofereça dificuldade á sua retirada, lança-se mão da versão, manobra a que recorremos em um dos nossos casos. Também em outras apresentações fetaes a versão é um grande recurso.

Pergunta-se então, haverá realmente, vantagem na cesárea segmentar sobre todas as outras técnicas em uso?

*Assim é novidade* → FALLS (13) opina que os resultados obtidos pela cesárea baixa são tão altamente superiores aqueles obtidos com a cesárea clássica que justifica o grande entusiasmo de seus adeptos.

STANDER (28) corroborando a opinião de Falls, diz que « baseado em nossa propria experiencia e resultados, nós, concordamos com ele ».

MARSHALL (20) comparando o resultado da cesárea clássica com a cervical, em casos de placenta prévia, apresenta um quadro estatístico que reproduzimos, no qual se verifica 0% de mortalidade em 150 casos de cesárea segmentar:

(\*) Os instrumentos usados para a extração do feto no parto cesáreo são: forceps de Simpson, o de Acosta-Sison, etc. Alavancas de Faraboeuf, de Vermelin, pinças de Willet, etc.

MORTALIDADE DA OPERAÇÃO CESAREANA NA  
PLACENTA PRÉVIA

Autor	Clinica	Tipo	n.º de casos	Mortalidade materna
Hendry Baird 1937	Glasgow Maternity Hospital	Clássica	87	1.1‰
Daily 1934 e 1935	Chicago Lying-in Hospital (*)	Cervical	150	0‰
Siegel 1934	University of Maryland	Clássica	101	0.99‰
Bill 1931	Cleveland	Clássica	104	1.92‰

JORGE DE REZENDE (26) afirma que a cesárea clássica é uma intervenção que, dia a dia, se vai tornando obsoleta, justificando o cognome que Couvelaire lhe impoz de «cesarienne a l'ancienne mode».

Por que essa grita de grande número de especialistas contra a cesárea clássica de Rousset, Everke. . .

Ninguém pode contestar o grande progresso que é na cirurgia obstétrica a operação cesárea segmentar. Todo o raciocínio exposto nesta tese é uma tentativa no sentido de provar sua superioridade sobre as demais técnicas; se o argumento teórico não bastasse, como em realidade não basta, a estatística mundial, como a da Escola Bahiana, falam eloquentemente.

Raciocinemos sobre as grandes desvantagens que levaram a quase completo abandono a cesárea corporal clássica. Em primeiro lugar encontraremos a dificuldade de peritonização

(\*) Inclusive os casos de De Lee.

uma vez que no corpo uterino o peritoneo aderente a torna impraticavel. Isso bastaria para desacreditar o processo, uma vez que, em cesárea a boa peritonização é quase tudo. Em segundo logar, a zona de sutura na cesárea corporal incide em parte ativa do orgão, o que sempre preocupou os seus adeptos, uma vez que o perigo de eventração da parede uterina sempre existiu. Peca, portanto o processo nos dois pontos primordiaes: boa peritonização e boa sutura, bases do bom êxito da operação, tanto mais quanto é sabido que, mesmo nos casos chamados puros, a cavidade uterina é sempre séptica no puerperio.

Em consequencia dessas duas falhas, advem uma serie de insucessos que vão desde as adherencias com a parede uterina, epiplon e intestino, até as peritonites mortaes.

Ficam, pois, as cesáreas clássicas indicadas apenas naqueles casos em que já se opera com a pretensão de realizar cesárea acompanhada de hysterectomia.

As técnicas extra-peritoneaes puras (Doderlein-, Waters, Latzko, etc.) ou por artificio (Sellheim, Michon, Frank, etc. . .) têm tido fases de abandono e de reparação. Os que advogam seu emprego indicam-nas de preferencia nos casos impuros (DE-LEE & GREENHILL, DODERLEIN, WATERS e outros). (6.7.31) A Escola Obstétrica da Bahia, Serviço do PROF. ALMIR DE OLIVEIRA, não a pratica, nem a praticou senão excepcionalmente. (v. estatística da C. Obst.).

Que fale novamente JORGE DE REZENDE (27) através de seus importantes trabalhos sobre o assunto: «delas — técnicas extra-peritoneaes — não me soccorri nunca, nem pretendo faze-lo»; e adiante: «acrescentarei á minha argumentação que resta demonstrar serem certas celulites pelvianas mais benignas do que as peritonites. Ademais todos sabem da possibilidade tão encontrada de peritonites que se ateiam por via linfética ou sanguinea, chegando os germes rapidamente á serosa. Algumas especies de streptococcus virulentos atingem tal poder invasor que ocasionam toxemias fulminantes em poucas horas, o que é explicado pela facilidade de absorção das células peritoneaes».

ED. CHOMÉ (12), estudando a cesárea extra-peritoneal, relaciona-a à forma primitiva da cesárea baixa (Frank, Thomas Latzko), tanto assim que desde a introdução da cesárea baixa transperitoneal ela caiu no esquecimento. Citando os inconvenientes desta técnica, chama a atenção para o perigo de lesões do ureterio da bexiga dizendo serem «as técnicas extra-peritoneaes, uma complicação inútil e em alguns casos nociva, pois aumentam o tempo operatorio, protelam a libertação fetal e não se eximem de nenhum dos inconvenientes—dos métodos transperitoneaes». Delas, repetimos, não temos experiencia, e não têm sido senão muito raramente usadas entre nós na Bahia, por não oferecerem, a julgar pelas estatísticas dos que a experimentam, vantagens reais sobre a segmentar transversa, mesmo em casos impuros, que constituem a grande maioria em nosso meio, onde a assistência a mulher grávida infelizmente ainda deixa muito a desejar. Geralmente deparamos casos, na sua maioria 2.º gráo de Jeanin ou de 2.º grupo de classificação de Winter ou pelo menos do grupo 1.º da classificação de Sureau, na clínica da Faculdade examinados fóra do Serviço, muitas vezes por «curiosas» ignorantes e sem escrúpulos. Apesar disso, entretanto é favoravel a nossa estatística com a técnica de Kerr e Kerr-Rezende.

Verifique-se para ratificar nossa opinião a experiencia americana publicada por J. IRWIN (16), observando acidentes em 285 cesáreas extraperitoneaes: — 21 lesões da bexiga, 50 aberturas do peritoneo, 1 fistula vesical e 1 peritonite.

Desde que a finalidade principal da técnica extra-peritoneal é justamente manter íntegro o peritoneo, com o fim de isolar da grande cavidade a região em que se está operando, e que é, considerada impura, perde a operação o seu valor quando essa integridade não é respeitada, o que ocorre com regular frequencia.

Atente-se para outro fato citado pelo proprio DODERLEIN (7) no seu Tratado de Obstetricia qual seja o da dificuldade de encontrar a prega vésico-uterina dizendo que BUMM 16 vezes em 116 cesáreas extraperitoneaes foi obrigado a operar

transperitonealmente e, ele próprio, (Doderlein, 8 vezes em 145 casos, teve que lançar mão de recursos idênticos. ADAIR (1) pensa que a operação extra peritoneal de Latsko é poucas vezes usada nos Estados Unidos da America do Norte. Além de crítica-a pelas dificuldades de execução e perigos que apresenta, principalmente no tocante á integridade da bexiga e da zona vascular, destaca o valor da segmentar transperitoneal com incisão longitudinal ou transversa.

Busquem-se os <sup>porque não estavam</sup> recentes trabalhos americanos e veja-se que o processo extraperitoneal não tem ali a acolhida que poderia parecer. Um estudo do New York Lying — in Hospital (8) demonstra-nos que em 1935, 61% das cesáreas eram feitas pelo processo chamado clássico, 37% através das cesáreas segmentares e, somente 1% pelos processos extraperitoneaes. Já em 1944 a cesárea segmentar ocupa o primeiro plano contra 37% de cesáreas clássicas e 13% de cesáreas extraperitoneaes. Entretanto, em 1946, enquanto 60% das cesáreas eram feitas pelos processos de Kerr ou Kroning apenas em 4% foi usada a técnica extraperitoneal.

Veja-se a estatística do Morrisania City Hospital (29) dos anos 1938: chega-se á conclusão que o tipo de operação mais empregada foi a segmentar transperitoneal (91 casos), contra 2 casos nos quaes foi empregada a técnica de Waters, sendo que em um caso foi lesada a bexiga e terminada a operação por via transperitoneal.

DONATO, de Buenos Ayres (10) apresenta 156 casos de cesáreas transperitoneas segmentares com 0% de mortalidade materna por sepsis peritoneal. Destas 156 pacientes, 4 faleceram sem que a cesárea em si fosse causa dos óbitos (anemia aguda, bronco-pneumonia, asfixia por edema da glote e coma eclâmpico).

R. DUBROVSKY (11) estuda 34 casos de cesáreas indicadas por anomalias irredutíveis da dinâmica uterina. Em 20 casos empregou a cesárea segmentar transperitoneal; em 11 casos foi usada a técnica de Michon, (extra peritoneal por artifício, e

em 1 a técnica de Puga. A mortalidade foi de dois casos, e atente-se bem, a única paciente que faleceu por peritonite difusa sofreu uma extraperitoneal.

WATERS e COSGORVE (30) o primeiro, autor de um processo extraperitoneal que tem o seu nome, publicando uma estatística de 1.837 cesáreas realizadas durante doze anos, afirma que 431 casos foram realizados extraperitonealmente, mas na mesma estatística vê-se que 1.261 casos foram transperitoneaes. Em 27% das extraperitoneaes houve perfuração do peritônio e 4 vezes perfuração da bexiga e isso feito pelo próprio autor do método.

A cesárea segmentar transperitoneal é o processo usual no Chicago Lying-in Hospital (14) sendo a mortalidade materna, em 1 500 casos de 0,66%.

Entre nós no Brasil, AMORIM, FERREIRA e TAVARES (2) concluem que a técnica de Waters é a que mais preenche as condições ideais para a via extraperitoneal e destacam entre outros itens: evita a abertura do peritônio em qualquer das fases operatorias; evita lesões do ureterio e da bexiga. No entanto os próprios AA, confessam lesões do peritônio com aberturas extensas em 5 de seus casos, afora lesões pequenas «lesões punctiformes ao tentarmos isolar o uraco».

Como último argumento contra a cesárea extraperitoneal chamo o testemunho de MANUEL LUIZ PEREZ (25) que fez estudos histológicos de peritônios após cesáreas extraperitoneaes encontrando soluções de continuidade invisíveis a olho nú, o que constitui mais uma prova de falibilidade na razão principal da operação. Estudando mais tarde (24) sua estatística, encontramos 925 operações transperitoneaes (técnicas de Opitz e Munro Kerr) com mortalidade materna de 0,32% concluindo o A, que «la solución del problema de la cesárea impura es una realidad», contribuindo também para esse fato a moderna terapêutica pelas sulfas e antibióticos.

Os outros processos de cesárea abdominal ou têm indicação de exceção ou estão praticamente abandonados. Senão vejamos:

A cesárea seguida de histerectomia — <sup>operação de Porro</sup> (\*) — tem escassas indicações, sendo que as mais frequentes constituídas, pela concomitância de fibromas que mereçam este tratamento, pela presença de placenta acreta, apoplexia útero placentaria, cancer e gravidez, etc. . .

Torna-se importante assinalar que o usual atualmente nas indicações citadas, não é a operação de Porro propriamente, e sim uma histerectomia total ou sub-total feita pelas técnicas conhecidas.

A verdadeira operação de Porro vem sendo abandonada não só pelo advento de processo mais simples como pelas complicações verificáveis no post-operatório das pacientes — hemorragias do pedículo, eventrações, e as perturbações características da castração ovárica, dando taxa alta de mortalidade materna (24.8% seg. Perez).

Resta-nos a operação de Gottschalk-Portes completamente abandonada por nossa Escola e raramente executada em outros centros.

A sua indicação principal seria nos casos provavelmente infectados. *↳ os outros são raros!*

Processo engenhoso, não ha dúvida, peca entretanto pelas graves complicações que provoca o órgão exposto: eventração da sutura uterina, processos infecciosos anexiaes, choques, infecções puerperaes, etc. . .

Rematando concluímos, que, pela facilidade do método, pela estatística de nossa escola e de nossa clínica privada, pelas estatísticas de diversos serviços publicadas nas revistas especializadas de maior conceito, concluímos e afirmamos que a cesárea segmentar, transperitoneal com incisão transversa — de preferencia — tem indicações alargadas, sendo ótima arma até mesmo nos casos considerados potencialmente infectados ou provavelmente infectados, tanto mais quanto contamos hoje com as sulfas e os antibióticos, sendo superior aos processos extraperitoneaes, pelas razões descritas neste capítulo.

(\*) Afirma-se (15) que a primeira cesárea com histerectomia foi relatada por George Fixby em 1869, referindo-se a uma paciente operada por H. R. Storer e até 1876 Porro não tinha feito a operação que tem o seu nome.

CAPÍTULO IV  
CASUÍSTICA

## CAPÍTULO IV

### CASUÍSTICA

Reunem-se aqui dados estatísticos da Maternidade Climerio de Oliveira durante tres anos (1946, 1947 e 1948) abrangendo todos os tipos de cesáreas efetuados nesse serviço, por todos os seus assistentes.

Inclue-se tambem a estatística particular do A., casos internados na Maternidade, no Hosp. Português e no Sanatorio Espanhol de todos os casos operados pela técnica de Kerr-Rezende.

Considera-se esse estudo de excepcional valor porquanto ele nos demonstra, por dados exatos e honestos, o resultado satisfatório da técnica segmentar transperitoneal.

Da estatística da Clínica Obstétrica conclue-se que, 97 cesareanas foram realizadas em 3 anos sendo que em 87 foram realizadas as técnicas de Kerr e Kerr Rezende; (89,7%), em 3 foi usado o processo de Kroening (3,09%) em 5 houve necessidade de se lançar mão da histerectomia (5,05%) e em 2 se praticaram técnicas extraperitoneaes (2,06%).

Fácil é compreender que, na sua maioria, esses casos são impuros grande número já entrando na casa depois de sofrerem exames sem os cuidados exigidos, e, muitos, com a bolsa d'aguas rota. Pesar disso o post-operatorio dessas pacientes, tanto no tocante á morbidade, quanto á mortalidade que foi, como se verifica, de 2 casos ou seja 20,6%, foi bom.

A estatística de nossa clínica privada, apesar de pequena, não deixa de ser convincente uma vez que em 19 casos apresenta taxa nula de mortalidade materna (0%). Todos esses casos (19) sofreram a técnica de Kerr-Rezende e, se se estudar o quadro estatístico que se apresenta neste capítulo, verificar-se-á que diversas foram as suas indicações.

Em 3, as cesáreas foram iterativas, e, a não ser aderências nos planos da parede, que habitualmente se verifica, nada de anormal se apresentou. Quanto ao segmento inferior este se mostrou como se não tivesse sido suturado.

Em um caso (Z. T. C.) o 2.º parto foi natural, por nós assistido, e apesar de contrações intensas, o trabalho decorreu normal até o nascimento.

Nos nossos casos apenas encontramos um abscesso da parede e nesse mesmo apresentou-se — phlegmasia alba dolens.

Os quadros estatísticos falam por si, dispensando comentários maiores e permitindo também raciocínio para conclusões.

As pacientes de clínica privada têm as seguintes iniciais, e foram internadas nos estabelecimentos citados:

Hospital Português:

E. N. M. — D. S. P. — O. F. A. B. —

M. L. C. — M. F. A. B. — L. F. — H. G. B.

Maternidade:

E. M. C. — O. N. — Z. D. S. — S. S. C. — Z. D. S.

R. G. — A. A. B. — E. F. — S. S. C. — L. B.

Sanat. Espanhol:

M. S. C. — Z. T. C.

As pacientes da Clínica Obstétrica estão fichadas sob os seguintes números;

1946. — 54.818 — 54.880 — 55.024 —  
55.226 — 55.540 — 55.773  
57.128 — 57.701 — 57.156  
57.081 — 57.219 — 55.726  
56.082 — 56.420 — 56.539  
56.586 — 56.646 — 57.584  
56.761 — 56.880 — 56.933  
56.906 — 57.036 — 57.337

1947. — 57.774 — 57.701 — 60.645  
60.597 — 60.246 — 60.491  
60.485 — 58.784 — 58.288  
59.151 — 58.265 — 60.592  
60.047 — 60.013 — 59.526  
59.558 — 59.659 — 59.728  
59.576 — 59.860 — 59.757  
58.856 — 58.787 — 59.173 — 59.309  
59.390 — 59.396 — 58.810 — 59.445

1948. — 63.836 — 64.212 — 64.163 — 63.188  
63.187 — 63.418 — 63.265 — 60.800  
60.858 — 62.479 — 62.780 — 62.937  
62.949 — 62.951 — 60.871 — 60.774  
63.191 — 63.453 — 63.430 — 63.385  
63.337 — 63.669 — 62.784 — 63.944  
63.688 — 63.029 — 63.071 — 58.178  
58.288 — 58.368 — 61.038 — 61.129  
61.263 — 61.461 — 61.467 — 61.717  
63.909 — 63.920 — 61.949 — 61.994  
62.034 — 62.427 — 61.819 — 62.836

ANO	N.º DE CESÁREAS	KERR	KROENING	c/HISTERECT	EXTRA PERITONEAL	MORT. MAT.
1946	24	20	1	3		
1947	29	26	1	1	1(+)	1
1948	44	41	1	1(*)	1(*)	1
TOTAL	97	87	3	5	2	2
PERCENTAGEM TOTAL		89,7%.	3,09%.	5,05%.	2,06%.	2,06%.

(+) Foi usada a técnica de Hirsch-Frank (artifício)

(\*) Foi usada a técnica de Waters

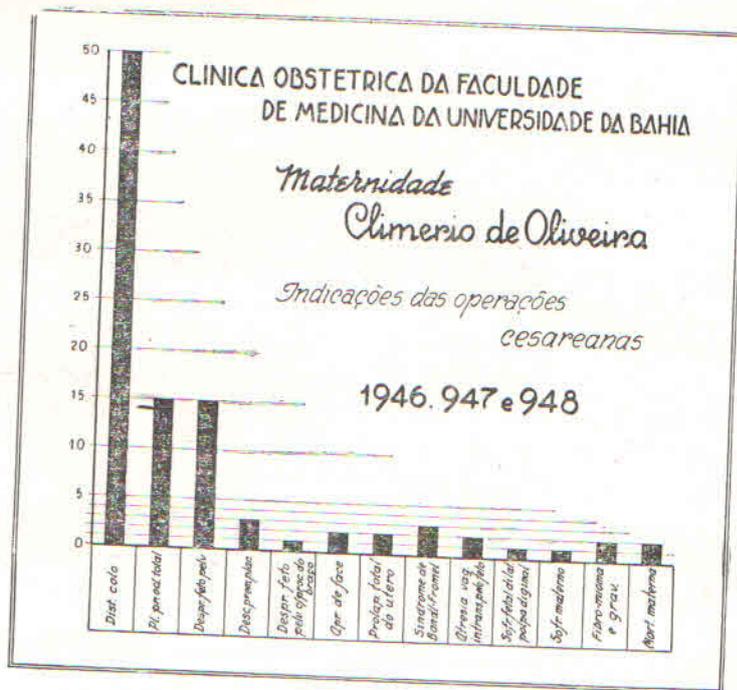
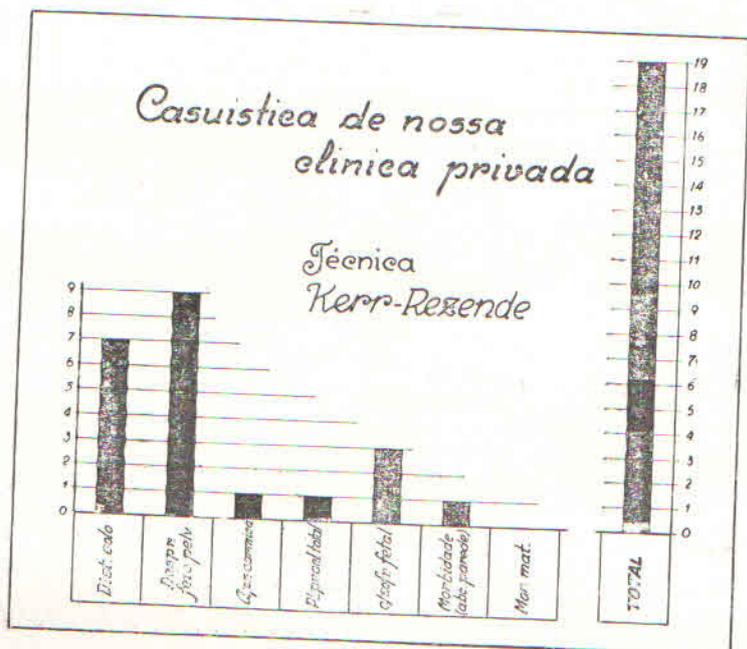
(\*) Foi feita a histerectomia por lesão do hilo uterino

Junte-se, nossa estatística, de nossa clínica privada, com a da Clínica Obstétrica da Faculdade, e obtem-se o seguinte resultado :

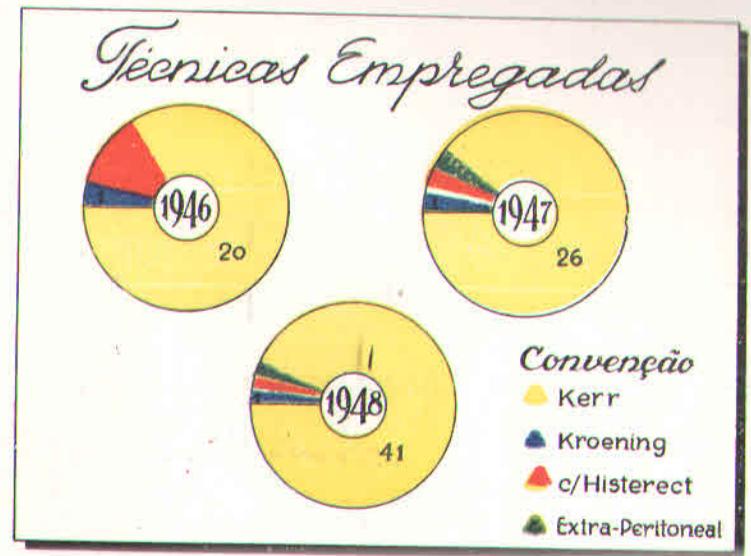
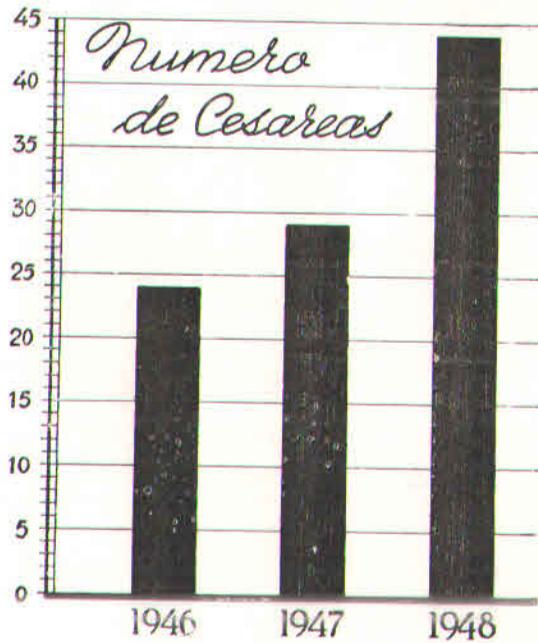
Maternidade Climério de Oliveira . . . . .	97 casos
Clínica privada . . . . .	19 casos
Total . . . . .	116 casos

Nesses 116 casos foram usadas as seguintes técnicas :

Munro-Kerr-Rezende . . . . .	106 (91.3 %)
<i>mais 5 casos de cesárea</i> Cesárea seguida de histerectomia . . . . .	5 ( 4.31 %)
Kroening-Beck . . . . .	3 ( 2.58 %)
Extra-peritoneaes . . . . .	2 ( 1.75 %)
Mortalidade materna . . . . .	2 ( 1.75 %)



# *Clinica Obstetrica da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia*



*Maternidade Climerio de Oliveira*

## CONCLUSÕES

## CONCLUSÕES

- 1 — A operação cesareana constitue poderosa terapeutica para mãe e feto, tanto mais quanto se contam atualmente processos que contribuem para a baixa da morbidade e mortalidade materna.
- 2 — A cesárea seguida de histerectomia, dentro de suas restritas indicações, é operação de real valor em casos absolutamente necessários: fibromioma uterino, apoplexia útero-placentar, placenta acreta, cancer do útero e gravidez, ou quando surjam acidentes no curso operatório que a indiquem.
- 3 — O processo extra-peritoneal, teoricamente é ideal; peca entretanto pelos acidentes que costumam ocorrer, como sejam, aberturas do peritoneo em altas percentagens, lesões da bexiga e ureterios, occurencias as quaes se tem verificado com certa frequencia em operações praticadas pelos proprios autores dos diversos métodos.
- 4 — As técnicas extraperitoneaes por artificio, apesar de mais simples, oferecem, contudo, menos garantia no isolamento da zona da histerotomia.
- 5 — A cesárea segmentar com indicações alargadas, abrangendo os proprios casos impuros, constitue ainda o processo ideal, como se afere dos dados estatisticos referentes à mortalidade materna.

- 6 — Na cesárea segmentar preferimos a técnica de Munro-Kerr com as modificações de Jorge de Rezende, com incisão arciforme de cavo superior ou dissociação a dedo, não só porque obedece a direção das fibras musculares, mas evita a lesão dos vasos uterinos.
- 7 — Propomos que seja chamada de Kerr-Rezende a operação segmentar de Munro-Kerr com as modificações nela introduzidas por Jorge de Rezende.
- 8 — Não acreditamos que as operações cesáreas extraperitoneaes puras, ou por artifício, resolvam o problema dos casos impuros e sim «a operação cesárea en que al minimo de traumatismo sume la accion antibiotica de la quimioterapia sulfamidada y de la penicilinoterapia» (\*).
- 9 — As estatísticas das operações extra-peritoneaes não são melhores que as da segmentar transversa, no tocante à morbidade e mortalidade maternas.
- 10 — As demais técnicas ou são variantes das citadas ou têm indicação de exceção.

---

(\*) Palavras de Manuel Luiz Perez discutindo o trabalho de Rafael Enciso «La cesárea en el caso impuro» no 6.º Congresso de Obstetricia y Ginecologia de Buenos Ayres 1946.

BIBLIOGRAFIA

## BIBLIOGRAFIA

1. **Adair, Fred L.** — *Obstetrics and Gynecology*, vol II. Philadelphia, 1940.
2. **Amorim J, Ferreira F. e Tavares J.** — «Cesarea extraperitoneal — Técnica de Waters». *Obst. y Gynec. Lat. Am.* agosto 1947.
3. **Bernabei D.** — «Folia demogr. gynaecol.» 1928, XV, 770 in Marshall «Caesarean Section» Baltimore 1939.
4. **Davis, C. H.** — *Gynecology and Obstetrics* vol. II 1941.
5. **De Snoo.** — «Die Behandlung der Nachgeburtsperiode beim Kaiserschmitt» *Zhl. f. Gynaek.* n.º 41 out. 1936, in Jorge de Rezende.
6. **De Lee & Greenhill.** — *Principles and Practice of Obstetrics*, 1945.
7. **Doderlein, A.** — *Tratado de Obstetricia* 3.º vol. 2.ª ed. 1938.
8. **Douglas & Landesman.** — «Sulfadiazine and penicillin prophylaxis in cesarean section». *Am. J. Obst. & Gynec.* sept. 1948.
9. **Dougal, D.** — «Physiology and Pathology of the isthmus uteri» 1933 in Jorge de Rezende «Minha experiencia das incisões arciformes». *Obst. y Gynec. Lat. Am.* jun. 1943.
10. **Donato, V. M.** — «Consideraciones sobre 156 casos de cesareas transperitoneas». *Obst. y Gynec. Lat. Am.* ag. 1948.
11. **Dubrovsky, R.** — «Las indicaciones dinámicas de la operacion cesárea». *Obst. y Gynec. Lat. Am.* jan. 1944.
12. **Ed. Chomé.** — «Les opérations césariennes abdominales. Obstétrique — 2.º vol. VI. pag. 5102 — 1.
13. **Falls, F.** — «A critical study of the low cervical and classical cesarean section operations». *Am. J. Obst. & Gynec.* 1936.

14. **Free, Eugene.** — «Five hundred consecutives cesarean sections» Am. J. Obst & Gyneec. 49:401.408 mar. 1945. in Year Book 1945.
15. **Greenhill, J. P.** — Year Book of Obstetrics and Gynecology pag. 183. 1947.
16. **Irwin, J.** — Am. J. Obst. & Gyneec. aug. 1946 pag. 241 (citado por Cosgrove e Waters. Am. J. Obst. & Gyneec. 1946).
17. **Machado, D. F.** — «Cesárea segmentar por vicio pélvico num caso infectado». Apresentado á Soc. Gynecologia da Bahia em 24.8.1941. Rev. Gyn. d'Obst. Rio jun. 1942.
18. **Kerr, M. T. M.** — Combined Textbook of Obstetrics and Gynecology Baltimore 1946. 4.ª ed.
19. **Magalhães, F.** — «Operação cesareana. Indicações e técnica». Rev. Gyn. d'Obst. set. 1918.
20. **Marshall, C. Mc.Intosh.** — Cesarean Section Lower Segment Operation Baltimore. 1939.
21. **Martius, H.** — Operaciones Obstetricas trad. espanhola pelo prof. M. V. Radio — Ed. Labor 1940.
22. **Merger, Robert.** — «La césarienne tardive. Contribution a sa technique opératoire». Gynécologie et Obstétrique. nov. 1933.
23. **Perez, M. L.** — Tratado de Obstetricia vol. II 1942.
24. **Perez, M. L. e Echevarria R.** — «Mayor experiencia con la sulfamidopenicilinoterapia en la operacion cesarea del caso impuro». Obst. y Gyneec. Lat. Am. maio 1948.
25. **Perez, M. L.** — «Bol. de la Soc. Obst. y Ginec. Buenos Ayres». nov. 1940 in Jorge de Rezende «Operação cesárea abdominal» 1941.
26. **Rezende, J.** — «Operação cesareana abdominal». A casa do livro ed. 1941.
27. **Rezende J.** — «Minha experiencia das incisões arciformes». Obst. y Ginec. Lat. Am. jun. 1943.
28. **Stander, H. J.** — Textbook of Obstetrics. 1945.
29. **Tamis, A. e Olahr J.** «Changing Trends in Cesarean Section». Am. J. Obst. & Gyneec. oct. 1948.
30. **Waters & Cosgrove.** — «An evaluation of extraperitoneal cesarean section». Am. J. Obst & Gyneo. aug. 1946.
31. **Waters, E. G.** — «Supravesical Extraperitoneal Cesarean Section (Waters Type)». Am. J. Obst. e Gyneec. june 1945.

Súmula da Atividade Científica e Profissional  
do Autor

Súmula da Atividade Científica e Profissional  
do Autor.

1. — Interno da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Bahia. 1937 e 1938.
2. — Interno do Hospital da Polícia Militar do Estado da Bahia. 1937 e 1938.
3. — Membro da Embaixada de Doutorandos «Pacheco Mendes» que excursionou — em viagem de estudos — ao Distrito Federal, S. Paulo e Belo Horizonte, sob a presidência do Prof. Fernando Luz e do Dr. J. Adeodato F.º 1938.
4. — Diplomado em Ciências Médico-Cirúrgicas pela Faculdade de Medicina da Bahia. 1938.
5. — Assistente e Membro Fundador da Pró-Matre da Bahia. 1938.
6. — Médico pré-natalista do Departamento de Saúde da Bahia, tendo sido elogiado em serviço pelo Diretor do Departamento de Saúde, pelo Inspetor de Higiene Pré-Natal e Infantil e pelo Diretor do 1.º Centro de Saúde. 1940.
7. — Secretario geral da Liga Bahiana Contra o Cancer. 1943.
8. — Membro do Conselho Consultivo da Liga Bahiana Contra o Cancer. 1944 e 1945.
9. -- Membro da Sociedade Brasileira de Ginecologia Rio. 1941.

10. — Presidente da Secção de Obstetria e Ginecologia da Associação Bahiana de Medicina. 1945.
11. — Curso especializado de anatomia do abdome e da pelve na Faculdade de Medicina da Bahia. Prof. Dr. Adelmiro Brochado. 1944.
12. — Curso especializado de Citogenética na Faculdade de Medicina da Bahia. Prof. Dr. André Dreyfus. 1942.
13. — Curso especializado de Emergencia de Guerra na Faculdade de Medicina da Bahia. 1942.
14. — Segundo Tenente Médico da Reserva após estagio no Serviço de Saude. 1943.
15. — Curso especializado de Colposcopia na Universidade do Brasil. Prof. J. P. Rieper. 1944.
16. — Membro do 1.º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetria. Rio. 1940.
17. — Curso especializado no Departamento de Ginecologia e Obstetria da Northwestern University Medical School (Prof. Arthur H. Curtis), quando realizou viagem de estudos aos Estados Unidos da America do Norte, tendo visitado outros serviços da especialidade em New York (Maternity of Marine Hospital — Dr. Edwards e Departamento de Ginecologia e Obstetria do New York Hospital — prof. Stander) e em Chicago (Michael Reese Hospital e Cook County — prof. J. P. Greenhill). 1945.
18. — Membro do Núcleo de Estudos Médicos da Bahia, como representante de uma especialidade: Obstetria. 1944.
19. — Redator da Revista de Ginecologia e d'Obstetria do Rio de Janeiro (Secção do Norte). 1939.
20. — Redator da Revista Obstetria y Ginecologia Latino-Americanas. Buenos Aires. 1947.

Arquivos do Núcleo de Estudos Médicos da Bahia.  
vol. 1.º 1937.  
ituada.

4. — A hiperplasia glandular visível no endométrio no câncer  
ovariana e seu tratamento.

Rev. Gin. d'Obst. Rio. abril. 1940.

5. — Assistência social-obstétrica na Bahia.