

Dr. Octaviano de Almeida

Ex-interno de Clínica Médica do Professor Agenor Porto.

Ex-interno de Clínica Obstétrica e Ginecologia do Professor

== Hugo Werneck, de Belo Horizonte ==



Contribuição ao estudo da
transposição vesico-uterina

THESE INAUGURAL

:: APPROVADA COM DISTINÇÃO ::



RIO DE JANEIRO

== 1914 ==

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

THESE

APRESENTADA À

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

Em 2 de Abril e defendida em 6 de Maio de 1914 pelo

Dr. Octaviano Ribeiro de Almeida

(Natural do Estado de Minas Geraes)

Filho legítimo de Modesto Ribeiro de Almeida Junior

DISSERTAÇÃO

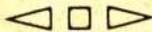
Contribuição ao estudo da transposição vesico-uterina

(Cadeira de Clinica Obstetrica e Gynecologica)

(APPROVADA COM DISTINÇÃO)

PROPOSIÇÕES

**TRES SOBRE CADA UMA DAS CADEIRAS DO CURSO
DE SCIENCIAS MEDICO-CIRURGICAS**



RIO DE JANEIRO

Typ. Lith. PIMENTA DE MELLO & C. — Rua Sachet, 34

1914



Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

DIRECTOR—Dr. Ernesto do Nascimento Silva.
VICE-DIRECTOR—Dr. Antonio Augusto de Azevedo Sodré.
SECRETARIO—Dr. Eugenio do Espirito Santo de Menezes.
SUB-SECRETARIO—Dr. Carlos Augusto Brito e Silva.

Professores ordinarios

DRS.:

Antonio Sattamini.....	Physica medica.
Tiburcio Valeriano Pecegueiro do Amaral	Chimica medica.
Antonio Teixeira do Nascimento Bitten-	
court.....	Historia natural medica e parasitologia.
Ernesto de Freitas Crissiuma.....	Anatomia descriptiva.
Antonio Dias de Barros.....	Histologia.
Oscar Frederico de Souza.....	Physiologia.
Raul Leitão da Cunha.....	Microbiologia.
Antonio Maria Teixeira.....	Pharmacologia.
Bruno Alvaro da Silva Lobo.....	Anatomia pathologica.
Domingos de Góes e Vasconcellos.....	Anatomia medico-cirurgica e operações
Antonio Rodrigues Lima.....	Pathologia geral.
Henrique Ladislão de Souza Lopes.....	Therapeutica (clinica experimental).
Benjamin Antonio da Rocha Faria.....	Hygiene.
Ernesto do Nascimento Silva.....	Medicina legal.
Pedro Severiano de Magalhães.....	Pathologia cirurgica.
Aloysio de Castro.....	Pathologia medica.
João da Costa Lima e Castro.....	Clinica cirurgica.
Marcos Bezerra Cavalcanti.....	Clinica cirurgica.
Augusto Brant Paes Leme.....	Clinica cirurgica.
Fernando Terra.....	Clinica dermatologica.
José Antonio de Abreu Fialho.....	Clinica ophthalmologica.
Francisco Simões Corrêa.....	Clinica pediatrica medica e hygiene in-
	fantil.
Hilario Soares de Gouvêa.....	Clinica oto-rhino-laryngologica.
Luiz do Nascimento Gurgel.....	Clinica pediatrica cirurgica com ortho-
	pedia.
Erico Mazinho da Gama Coelho.....	Clinica obstretica.
Augusto de Souza Brandão.....	Clinica gynecologica.
João Carlos Teixeira Brandão.....	Clinica psychiatrica.
Antonio Augusto de Azevedo Sodré.....	Clinica medica.
Miguel da Silva Pereira.....	Clinica medica.
Miguel de Oliveira Couto.....	Clinica medica.
Antonio Austregesilo Rodrigues Lima...	Clinica de doenças nervosas.

Professores extraordinarios effectivos

DRS.:

Henrique de Toledo Dodsworth.....	Physica medica.
Diogenes de Almeida Sampaio.....	Chimica medica.
Antonio Pacheco Leão.....	Historia Natural medica.
João Benjamin Ferreira Baptista.....	Anatomia descriptiva.
Ernani Carlos de Menezes Pinto.....	Anatomia Histologia.
José de Moura Moniz.....	Microbiologia.
Alvaro Ozorio de Almeida.....	Physiologia.
Luiz Pedro Barbosa.....	Pharmacologia.
Augusto Paulino Soares de Souza.....	Anatomia medico-cirurgica e operações
Francisco Pinheiro Guimarães.....	Pathologia geral.
Agenor Guimarães Porto.....	Therapeutica (clinica experimental).
Julio Afranio Peixoto.....	Hygiene.
Francisco de Paula Valladares.....	Clinicas cirurgicas.
Octavio do Rego Lopes.....	Clinica ophthalmologica.
Fernando Augusto Ribeiro de Magalhães	Clinica obstretica.
Henrique de Brito Belfort Roxo.....	Clinica psychiatrica.
Alfredo Antonio de Andrade.....	Chimica analytica.

N. B.—A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emitidas nas theses que lhe são apresentadas.



*A' memoria saudosa e
sempre presente de meu*

Pae.





Aos inesquecíveis mortos:

meu irmão,

Amyntas de Almeida;

meus tios,

Octaviano de Almeida

e

João Ribeiro de Almeida;

meu avô e padrinho,

Modesto Ribeiro de Almeida.

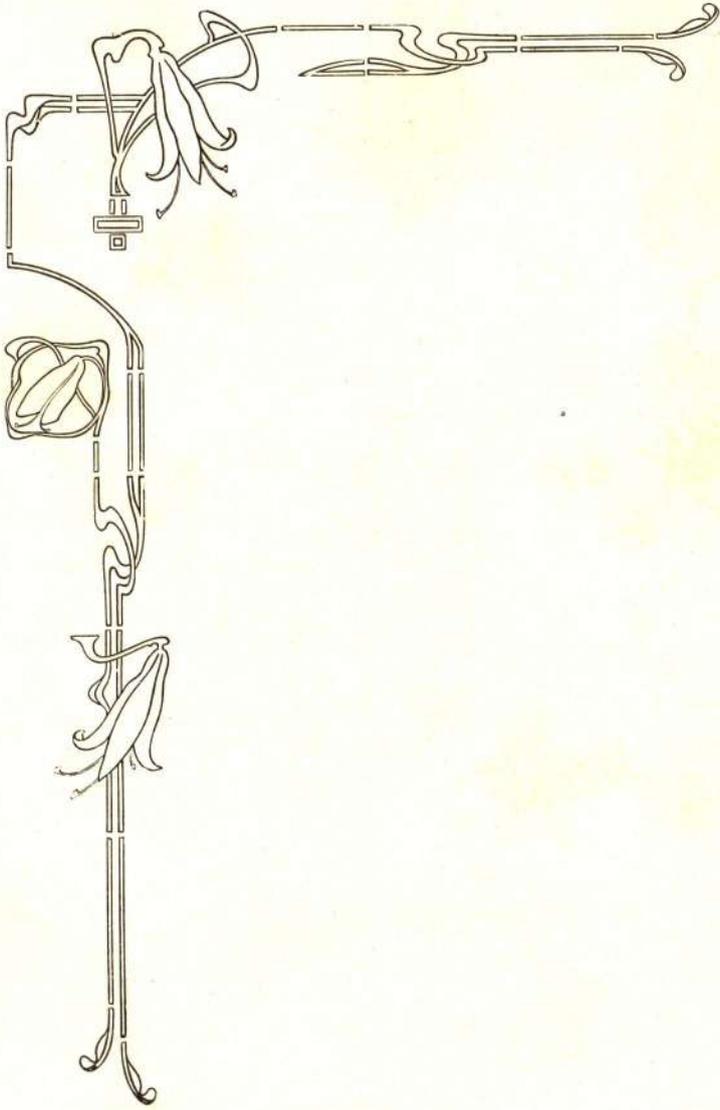


Ao eminente gynecologista,

Professor Hugo Werneck

Aos meus parentes e

aos meus amigos.



NOTA PREVIA

Doente em fins de 1912, já nas vespervas de terminar o curso medico, retirei-me apressadamente do Rio de Janeiro, em busca de clima onde pudesse refazer a saude abalada.

Por aquelle tempo, trabalhava eu na Enfermaria de Clinica Medica do meu mestre e muito particular amigo, Professor Agenor Porto, de quem era interno, e frequentava, como *attaché*, a Maternidade da Santa Casa que se achava sob a direcção do Professor Fernando Magalhães.

Minha these, já então quasi completa, versava sobre um ponto de cardiopathologia que Mackenzie creara, Vaquez desenvolvera, e cujo conhecimento summamente me interessava por ser eu o primeiro caso das minhas observações.

Não deixei o estudo em muito boas disposições de espirito, o que facilmente se comprehende. Julguei-me completamente perdido, e as tiras da minha these que custou quasi um anno de afanoso labor e de peregrinação incessante pelas enfermarias, devem jazer por ahi algures, fazendo companhia aos papeis sujos e inuteis, e augmentando-lhes o numero.

Todavia, o tempo, caridosamente se incumbiu de, a pouco e pouco, apagar as impressões tristes que me sombreavam a vida e de adormecer, talvez, o feroz inimigo que se encarregára do meu assassinio.

E quando elle pareceu adormecido, aprestei-me rapido para terminar a lucta que com tanta vontade havia começado.

Não podia, porém (e a explicativa é particularmente dirigida aos acatados mestres que me vão julgar), sem abusar demasiado da tregua que a mim fôra concedida e da qual ignoro a extensão, voltar ao Rio, cujo clima e cujas condições de vida não me convinham de nenhum modo.

Bello Horizonte foi onde pude aprestar-me para finalizar o curso interrompido. A apresentação de um antigo companheiro e amigo, havendo-me proporcionado relações de intimidade com o eminente gynecologista e operador, Dr. Hugo Werneck, vali-me do seu saber e de sua experiencia para aplainar as difficuldades que a cada momento me surgiam no caminho.

Sobre o assumpto desta these, não creio precisa nenhuma explicação visto o seu titulo ser por demais claro.

Não me proponho a estudar o tratamento operatorio dos prolapsos genitales mas tão sómente a operação da transposição vesico-uterina.

Apresento oito observações, o que, francamente, confesso não achar pouco, porquanto, operações como esta, de indicações muito especiaes, não ha oportunidade de

se fazerem todos os dias. Todas são da clinica do Dr. Werneck que me suggeriu o assumpto deste trabalho e, de tal modo me assistiu com as luzes de sua erudição, que não encontrei difficuldade que elle prompto não resolvesse.

Os erros e senões que forem encontrados por esta dissertação adeante, estavam naturalmente fóra do alcance da minha apprehensão; passaram sem que eu os sentisse, como passam os peixes atravez das malhas de uma rede mal tecida.

Ao Dr. Werneck, pois, deixo aqui expressos os meus agradecimentos, tornando-os extensivos ao seu compettissimo auxiliar, Dr. Pires de Sá, assistente de Clinica Obstetrica e Gynecologica da Faculdade de Medicina de Bello Horizonte.

DISSERTAÇÃO

INTRODUCCÃO

Os prolapsos genitales apresentam-se sob tão grande numero de formas e com tão variados aspectos, que bem se comprehende quão multiplas e dissemelhantes devem ser as operações propostas para sua cura.

O ideal seria que se conseguisse o restabelecimento da forma e das funcções dos orgams, de modo que a mulher pudesse continuar sua vida genital, sem nenhum perigo. Ahi, porém, como alhures, o ideal nem sempre pode ser attingido e nós temos de nos contentar, muitas vezes, com o conseguir o que as circumstancias nos deparam, sem pretender mais.

Assim é que no tratamento operatorio de taes deslocamentos, quando não podemos obter o restabelecimento da forma e das funcções normaes dos orgams, procuramos realisar o possivel de modo a corrigir o mal, fazendo verdadeiras operações de excepção, operações plasticas acima de tudo, não curando das funcções da gestação e da parturição, antes attendendo a doentes que já não as tenham, ou supprimindo-as se tal for exigido.

Para sermos methodicos veremos, antes de mais, rapidamente os principaes processos operatorios propostos para a cura dos prolapsos.

Desses processos, alguns procuram reduzir o calibre da vagina, tirando retalhos em sua face anterior ou posterior; outros dirigem-se aos ligamentos do utero cujo comprimento reduzem; outros mais já fixam directamente o corpo do utero á parede do abdomen; alguns finalmente mutilam, ora a vagina, ora o utero ou mudam este organ de situação, etc., etc.

E' evidente que não pretendemos passar tudo isso em revista: trabalho seria esse muito acima de nossas forças e... algum tanto além das nossas paginas.

Tocaremos apenas nos processos que nos parecerem mais adoptados pela maioria dos autores ou mais typicos.

Colporratria anterior.— Trata-se de estreitar a parede anterior da vagina tirando-se-lhe um retalho de mucosa e fazendo-se a sutura das bordas da ferida que dahi resultar.

O retalho retirado pode ser oval ou rectangular, reservando-se este ultimo para os casos em que seja mister uma mais larga excisão. A dissecção da mucosa deve ser feita com muita prudencia porque a bexiga poderia ser lesada num golpe mais ousado. Logo que seja possivel, o retalho deverá ser tomado com os dedos da mão esquerda, os quaes, ao mesmo tempo que o seguram, vão incessantemente fiscalizando o trabalho da tesoura que corta e segue soto-posta a elles.

A hemorragia será tratada com todo o cuidado e reduzida ao minimo, ligando-se todos os vasos com catgut fino, porque, quanto mais perfeita for a hemostase, mais exacta será a reunião das bordas da ferida.

Este processo só deve ser empregado quando a doente apresentar um certo gráo de colpocele, sem alterações notaveis da vulva e da parede posterior da vagina.

Pode tambem ser combinado com a colpoperineorrhaphia, nos prolapsos mais accentuados.

Colpoperineorrhaphia. — As rupturas ou mesmo a falta de resistencia do soalho perineal, sendo causas efficientes ou occasionaes de muitos prolapsos, os processos de colpoperineorrhaphia, ao mesmo tempo que diminuem o calibre da vagina, de molde a impedir a passagem do utero atravez della, procuram reforçar o perineo pelos pontos de sutura que, atravessando os dois labios da ferida, percorrem, no seu trajecto, as camadas musculares profundas, tornando taes camadas solidarias e unidas no trabalho de reforço que fôra imprudente confiar tão sómente á mucosa.

Descrévamos succintamente alguns dos processos de colpoperineorrhaphia.

Processo de Hegar. — Traça-se com um bisturi, na mucosa da parede posterior da vagina, um triangulo, cujas dimensões são proporcionaes ao gráo do prolapso que se pretende corrigir. Os tres angulos da figura são previamente marcados com pinças de Péan.

Sua base é representada por uma curva de concavidade anterior, situada na altura da furcula. Traçada que seja a linha da base, pode-se proceder á dissecção da mucosa, de baixo para cima, sem se cuidar dos restantes lados do triangulo. Obtem-se, assim, um retalho de mucosa solta; com duas tesouradas que, partidas dos extremos da linha da base converjam para o ponto onde se acha a pinça de Péan collocada superiormente, tem-se avivada uma superficie sangrenta triangular, justamente como convém.

H. Hartman aconselha que se introduza o dedo no recto da operanda e se faça salientar a superficie desnudada de mucosa, afim de mais facilmente serem destruidos á tesoura, os altos e baixos que ella apresentar. Faure e Siredey só admittem tal cousa quando houver necessidade de se verificar exactamente a espessura do septo recto-vaginal.

A sutura será feita com catgut e os pontos abrangem, não sómente os labios da mucosa como tambem a espessura dos tecidos desnudados.

Processo de Lawson Tait ou de desdobraimento do septo recto-vaginal.

Faz-se uma incisão transversal de mais ou menos 4 centimetros, situada a igual distancia da furcula e do anus, ou na propria furcula. Tal incisão deve penetrar cerca de 2 centimetros de profundidade. Das suas duas extremidade partem duas outras incisões longitudinaes de 2 ou 3 centimetros de extensão, demandando as extremidades posteriores dos pequenos labios.

Desdobra-se o septo recto-vaginal, sendo o retalho formado pela mucosa e tecidos subjacentes; a parte profunda é constituída pelos musculos do perineo postos a descoberto, conforme aconselha Pozzi. Aconselha ainda este autor que durante a dissecção do retalho, o index da mão esquerda enluvada do operador seja introduzido no recto da operanda, impedindo que seja lesado o intestino.

A parte perineal da ferida será suturada com pontos transversaes de catgut, passados profundamente.

O retalho da parte vaginal, portanto, tendo justapostas entre si suas superficies sangrentas, forma uma sobra á maneira de bico, da qual se faz a excisão á tesoura, rez-vez com a mucosa.

Pozzi, na modificação que propõe a este processo, insiste sobre o modo de ser feita a sutura. Elle passa, em primeiro logar, dous ou tres fios de prata que penetram e saem a 1 ou 2 centimetros das bordas da ferida, atravessando no seu trajecto a espessura dos tecidos.

Antes de apertar estes fios, sutura com catgut os planos profundos e depois a pelle com crina de Florença.

Colloca finalmente rolos de gaze entre as extremidades dos fios metallicos e torce-os depois de tel-os puxado um pouco.

Processo de Doléris.—É uma modificação do de Lawson Tait.

A incisão, ao envez de ser segundo uma linha quebrada, é feita em uma curva regular, cujos extremos tocam as extremidades posteriores dos pequenos labios.

A originalidade do processo está na passagem dos fios de sutura. Cada fio penetra o labio da mucosa, caminha na espessura dos tecidos, demandando a parte mais alta do retalho vaginal que poderá perfurar ou não, e volta a sahir na mucosa do lado opposto, em ponto symetrico ao do seu ingresso. Dahi se depreheende que, quando são dados os nós, o retalho vaginal é abaixado e vem soldar-se ao perineo na linha mediana.

Resta um retalho que se retira com uma tesourada dada cerce com o perineo, suturando-se entre si os dous labios da nova ferida que dahi resultar com dous ou tres pontos superficiaes.

Este processo ainda differe do de Lawson-Tait quanto aos resultados finaes da operação. Elle estreita antes o orificio vulvar do que o calibre vaginal e, como diminue ainda a parede posterior da vagina, oppõe-se a uma elevação do utero.

E' um processo que só convem aos prolapsos vaginaes e deverá ser empregado só quando o prolapso uterino é nullo ou pouco accentuado (Pozzi).

Processo de Martin. — Faz-se a incisão inferior como no precedente.

Em seguida traça-se uma segunda curva de maior raio envolvida pela primeira, e cujos extremos coincidam com os desta.

Aos lados da columna posterior da vagina traçam-se duas incisões rectas e parallelas que partidas da curva superior sobem as proximidades do collo do utero.

Da extremidade superior de uma destas incisões, e formando com ella um angulo approximado de 40° , traça-se uma outra, para fóra e para baixo demandando a curva superior a que já nos referimos.

Pratica se a mesma cousa com a do lado opposto.

Dissecando-se o retalho limitado por esse contorno caprichoso, obtem-se uma superficie sangrenta, symetrica segundo a linha mediana, de fórma um tanto bizarra e de discripção pouco facil.

Sutura-se de cada lado a columna de mucosa vaginal conservada com os labios da mucosa visinha. Em seguida passam-se fios transversaes e profundos que ligam entre si as bordas da ferida limitada pela curva inferior. As linhas de sutura lembram um *Y*.

Processo de Lanelongue.— Segundo este processo, é retirado um grande retalho oblongo na parede posterior da vagina, de 3 a 5 centímetros de largura e cujo comprimento vae da furcula ao collo uterino.

Na sutura são tomados os planos musculares profundos e a incisão transversal da furcula é transformada em sutura longitudinal mercê de tres ou quatro pontos dados convenientemente.

Myorrhaphia dos elevadores do anus. — Uma outra operação proposta para a cura dos prolapsos genitae consiste na sutura dos elevadores do anus que descem lado a lado na espessura do septo recto-vaginal.

Esses musculos inserem-se normalmente no pubis aos lados da symphyse e na parte anterior e inferior do recto.

Compreende-se pois que elles fechem inferiormente a bacia e se opponham á queda dos orgams nella contidos : só o seu afastamento poderá permittir que um prolapso se dê.

Groves, em uma conferencia lida perante a *Obstetrical Society of London* em 1.º de Fevereiro de 1905 e publicada no *Journal of Obstetrics and Gynæcologie of the British Empire* e particularmente dedicada ao estudo da cystocele vaginal, declara-se a favor da myorrhaphia, apresentando as razões que procuramos resumir acima. Entende elle ainda que os resultados remotos das colporrhaphias não são de molde a inspirar enthusiasmos e assimilando os prolapsos ás hernias. acha contraproducente que se pretenda sua cura radical apenas com estreitar um canal mucoso que novamente se pode distender, sob a acção das mesmas causas que dantes o dilataram. Estende-se mais o conferente em considerações de ordens diversas e termina dizendo haver operado uma mulher, ha dous annos passados e que a operada, depois disso, teve um parto a termo, parindo um filho vivo, sem que o soallo pelvico soffresse nenhum mal.

A operação se faz traçando-se primeiramente, na furcula, uma incisão curva, de concavidade dirigida para deante, e cujos extremos cheguem ás extremidades posteriores dos pequenos labios.

Disseca-se a pelle e procura-se o plano de clivagem do septo. Encontram-se então aos lados da linha mediana os dois elevadores. São elles suturados passando o fio de sutura pela parede vaginal.

Os planos superficiaes são suturados como no processo de Doléris.

Faure e Siredey, apreciando esta operação, acham que não ha nenhuma objecção a se lhe oppor, abstracção feita do rigor que ella exige na disseccção do perineo.

Mas por outro lado consideram que nas perineorrhaphias bem feitas, quando os fios são profundamente passados de modo a interessar largamente os tecidos perineaes de cada lado da linha mediana, os elevadores são por sua vez attingidos pelos pontos e approximados um do outro.

A operação será talvez menos regular, menos scientifica, mas o resultado final vem a ser o mesmo, quiçá melhor, pois que, dada a friabilidade das fibras musculares, é mais desejavel que ellas sejam forradas de uma camada espessa de tecidos.

O que não fizeram Faure e Siredey, fez Bonnairre, publicando uma sua observação no *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, de 1910, citada por Potocki em artigo dado á luz da publicidade nos *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, em Fevereiro de 1912. Trata-se de uma mulher na qual um cirurgião fez a myorrhaphia completa e perfeita dos elevadores. Os resultados immediatos foram os melhores mas, desastre mais completo foi o parto que á operação se seguiu. O periodo de expulsão durava já tres horas e entretanto a vulva não se dilatava; o perineo parecia que ia partir-se, transformado em uma enorme bolsa onde a cabeça do feto havia des-cido.

Crescia a distensão do soalho perineal cujo centro embranquecia sob a força de tensão; sua ruptura era imminente quando o parteiro seccionou-o desde a commissura vulvar até á symphyse sacro iliaca direita.

Só então poudo o feto desprender-se, deixando a parturiente em lastimoso estado.

A explicação dada por Bonnaire á successão dos phenomenos é a seguinte: a cabeça não podendo passar atravez da vagina muito estreita e inextensivel pelo facto da myorrhaphia, rasgou-a transversalmente abaixo do fundo de sacco posterior, fazendo as devastações que bem se podem comprehender. Dahi conclue Bonnaire que a myorrhaphia poderá ser excellente no ponto de vista plastico ou estatico, mas que não pode ser acceita nas mulheres expostas á maternidade.

Folheando casualmente uns velhos archivos da Maternidade do Rio de Janeiro, vimos que esta operação foi praticada ali duas vezes, no mesmo anno em que Groves a divulgou, pelo Dr. Hugo Werneck.

As duas doentes, porém, já haviam chegado á menopausa, de sorte que com relação á divergencia entre Groves e Bonnaire, nenhum subsidio nos puderam trazer, apesar de terem ficado ambas completamente curadas.

Oclusão da Vagina.—Nesta operação, são retirados dois retalhos de mucosa oblongos, na parede anterior e posterior da vagina. Dão-se depois pontos de sutura ao longo das incisões, de maneira a ajustar face a face as duas superficies cruentas que se soldam pela cicatrização.

Uma tal operação corrige evidentemente o prolapso mas torna a copula de todo impossivel.

Hysteropexia Abdominal.—Começa-se por uma laparotomia cuja incisão não precisa partir muito do alto. Aberta a cavidade abdominal, isolam-se as alças intestinaes por meio de compressas e procura-se o fundo do utero que será puxado para a incisão, com uma pinça apropriada ou mesmo com a mão. Fixa-se o utero por tres ou quatro fios de catgut, passados transversalmente, interessando a musculatura sem ferir a mucosa uterina.

Os fios são igualmente passados atravez da camada musculo-aponevrotica da parede abdominal. Dão-se os nós e sutura-se a parede como de ordinario nas laparotomias.

Esta operação é, segundo nos parece, muito empregada pelos nossos gynecologistas e operadores. Lendo o Relatorio apresentado á Mesa da Santa Casa de Misericordia do Rio de Janeiro pelo Provedor, em 1912, na parte que diz respeito ás operações gynecologicas, vimos que a hysteropexia abdominal foi praticada 16 vezes entre 1912 e 1913 nos diversos hospitaes da Santa Casa de Misericordia, pelo Professor Fernando Magalhães, Professor Nabuco de Gouvêa, Dr. Daniel de Almeida e Dr. Joaquim Mattos.

Operação sobre os Ligamentos.—Tambem tem sido tentado o tratamento operatorio dos prolapsos pelo encurtamento dos ligamentos redondos ou utero-sacros.

Taes operações, porém, são empregadas mais para o tratamento de outros desvios do que propriamente para os prolapsos.

Por este motivo não nos estendemos sobre as mesmas, sahindo a sua descripção dos limites que nós nos traçamos.

Operação de Freund.—Consiste na inversão do utero que passando atravez de uma abertura praticada na parte mais alta da parede posterior da vagina, vem obstruil-a, ficando dentro della, com o collo voltado para cima.

No fundo do organ é aberto um orificio.

A vagina e o utero são suturados entre si, depois de terem sido suas superficies anteriores ou posteriores em contacto avivadas com uma cureta cortante.

A operação termina por uma colpoperineorrhaphia.

Faure e Siredey acham que a operação de Freund é má porque a superficie do utero se inflamma, cobre-se de granulações e o remedio torna-se peor que o mal.

Nós a mencionamos aqui por ter sido ella, das operações denominadas de utilização plastica do utero, resalva feita dos trabalhos de Dührssen de que fallaremos no proximo capitulo, a primeira que appareceu.

Terminando lembraremos ainda que, para a cura dos prolapsos, tem sido proposta a hysterectomia abdominal ou vaginal, além de outras muitas operações cuja descripção nos levaria longe e nos forçaria, por certo, a mudar o rumo e a feição deste modesto trabalho se a pretendessemos fazer.

GENERALIDADES

A utilização do proprio utero para a correcção dos prolapsos, começou a tomar vulto em cirurgia gynecologica depois dos trabalhos de W. A. Freund em 1896. Sua primeira operação foi feita com o fim de curar uma fistula vesico-vaginal mas, pouco depois elle a fez contra o prolapso (Congrès des Naturalistes de Francfort, 1896. Segundo J. Martin, *Rev. de Chir.*, 1908, p. 254).

Dührssen procurou reivindicar para si a prioridade da utilização plastica do utero e justifica a pretensão com as seguintes palavras, escriptas no seu *Vade-Mecum de gynécologie* (1894): *Le principe de cette opération, consiste dans la correction de la saillie vésicale par l'interposition entre la paroi vaginale et la vessie, du corps utérin, qui agit comme une pelote organique pour empêcher la hernie vésicale.* Não ha duvida que taes expressões resalvam plenamente os seus direitos, mas como explicar que um methodo operatorio de tanta utilidade ficasse no olvido e só apparecesse mais tarde, depois que outros o divulgaram? E' que o proprio Dührssen, como diz Watkins, não comprehendeu inteiramente o valor de sua technica na cura da cystocele e do prolapso, porquanto, versando seu trabalho sobre o tratamento da retro-

flexão do utero, elle se deixou absorver pelo objectivo principal e não viu as applicações secundarias que o methodo poderia ter.

Os trabalhos de Freund, comquanto preconisassem um methodo operatorio muito pouco aconselhavel, tiveram o merito de despertar atenções e provocar o apparecimento de outros trabalhos.

Wertheim em 1899, recommendou uma operação em que o utero invertido era collocado dentro da vagina á qual ficava suturado por uma das paredes ficando a outra descoberta.

J. Martin (*Rev. de Chir.*, 1908, p. 254) assim descreve a operação, cingindo-se, segundo elle mesmo diz, a um trabalho do proprio Wertheim :

I — Incisão transversal do fundo de sacco vaginal anterior pelo qual descolla-se a bexiga até ao fundo de sacco peritoneal que é cortado. O utero é tornado então para a vagina com o fundo para deante.

II — Avivamento oval da parede vaginal anterior desde o meato até 1 centimetro e meio da incisão transversal (persiste então uma ponte de mucosa vaginal entre o avivamento oval e a incisão transversal primitiva).

III — Sutura da face posterior do utero previamente avivada contra o avivamento oval da vagina.

Desta descripção se conclue que pouco differia do de Freund o processo de Wertheim.

Notaremos todavia que Wertheim e Micholitsch no seu livro *Die Technik der Vaginalen Bauhöhlen-Operationen*, de 1906, aconselham que em vez

de se deixar descoberta a se epidermisar a superficie do utero, seja esta de preferencia coberta pelos retalhos vaginaes de um e de outro lado. Aconselham igualmente o encurtamento dos ligamentos sacro-uterinos por via vaginal.

M. Freund, em um artigo publicado na *Centralblatt für Gynäcologie* em 1901, censura asperamente a Wertheim o ter adoptado e desbaptisado em seu proveito a operação de W. A. Freund. No mesmo anno e pelo mesmo jornal respondeu Wertheim mostrando as differenças existentes entre os dous processos.

Schauta em 1909, segundo affirma Watkins, modificou a technica, incluindo o corpo do utero dentro da cavidade aberta na parede vaginal anterior pela disecção de dous retalhos da mucosa.

A este respeito observaremos entretanto que Wertheim e Micholitsch já aconselhavam tal inclusão, em 1906, conforme vimos. Mais ainda, que a operação dita de Schauta-Wertheim, que nada mais é do que a interposição vesico-vaginal do utero, ou melhor, transposição vesico-uterina, vem descripta no compendio de Döderlein e Krönig, anterior a 1909; no artigo de J. Martin, já citado, de 1908; e que, em 1903 Schauta escreveu sobre ella um artigo na *Cent. f. Gyn.*, p. 1477.

Ha evidentemente um equivoco de datas por parte de Watkins, equivoco que, a nosso ver em nada diminue a importancia do seu excellent trabalho.

Chama a si a prioridade do methodo operatorio a que vimos alludindo, Watkins, e affirma que em Janeiro de 1898 (11 annos antes de Schauta, segundo os seus dados; 5, segundo o que nos parece a realidade), empregou pela primeira vez o processo, com pequenas variantes.

Entre o processo chamado de Schauta-Wertheim e o descripto, por Watkins, ha ligeiras differenças de technica, mas, sendo dado que o resultado final vem a ser o mesmo, não seria mais justo que a operação se chamasse operação de Watkins? Estamos disso convencidos, mas achamos que uma simples questão de nome não deve ser levantada e não iremos de encontro ás opiniões geralmente seguidas nem tampouco commetteremos uma injustiça, optando por uma denominação mais imparcial e que deixa de lado nomes de autores.

Mas ainda assim, temos que escolher entre *interposição vesico-vaginal do utero* e *transposição vesico-uterina* proposta por Watkins que acha *transposição* um termo mais expressivo e mais exactamente applicavel ao caso do que *interposição*. «*Interposition*» *suggest a change in the position of the uterus only. The- se is, however a change in the position of both uterus and bladder, the altered position of the bladder being the more important feature.* (Watkins, ob. cit.)

Para resolver a questão que já não é mais da alçada da medicina, mas da philologia, consultamos alguns autores cujas opiniões passamos a expor.

Candido de Figueiredo, no *Novo Dictionario da Lingua Portuguêsa* (1899), define;

Interposição, f. acto ou effeito de interpôr;...

Interpôr, v. t. pôr entre;...

Transposição, f. acto ou effeito de transpôr.

Transpôr, v. t. pôr (alguma coisa) em logar diferente daquêlle onde estava ou devia estar; inverter a ordem de;...

Aulete, no seu *Diccionario Contemporaneo*, afirma:

Interposição, s. f. acção ou effeito de interpor ou de interpor-se. Situação de uma cousa entre duas outras...

Interpor, v. t. pôr entre, metter de permeio, intremetter...

Transposição, s. f. acção ou effeito de transpor. (Anat.) *Transposição* das visceras, caso que se dá quando está invertido o logar dellas,...

Transpor, v. t. ... Transferir, alterar a ordem da collocação de...

No diccionario de Moraes, nós encontramos:

Interposição, s. f. Acto de interpor, postura de permeio, ou entre duas cousas...

Interpor, v. a. Por entre, em meio de dous...

Transposição, s. f. Mudança da ordem natural...

O Dr. Fr. Domingos Vieira, no diccionario, publicado em 1873, diz:

Interposição, s. f. Situação de um corpo interposto entre dous outros.

Transposição, s. f. Acção de transpor ou effeito desta acção. Mudança da ordem natural.

Transpor, v. a. Transferir. Mudar a ordem.

Estribados nos pareceres desses autores, accetamos a expressão proposta por Watkins, porque, afinal, *interposição* não dá bem ideia do acto operativo no que elle tem de mais essencial, que é a mudança da posição do utero *com relação* á bexiga. Esta mudança de relação ou de ordem que caracteriza a operação, é que *transposição* exprime perfeitamente,

Acreditando assim justificadas as razões de nossa preferencia, passamos a descrever a technica da transposição vesico-uterina.

TECHNICA

Pretendemos aqui descrever a technica da operação que constitue o assumpto de nosso trabalho inaugural tal como a vimos feita, isto é, de accordo com o que ensinam Döderlein e Krönig.

Separaremos os seus diversos tempos que serão estudados successivamente e nos deteremos mais ou menos neste ou naquelle, segundo sua importancia, fazendo logo as considerações que a leitura de compendios ou de monographias, bem como as nossas observações nos houverem suggerido.

A operação deve começar pela amputação do collo e pela raspagem do utero se o exigirem as circumstancias depois dos cuidados communs de asepsia e estando a paciente em posição gynecologica.

A) — Afastados os grandes labios por meio de duas pinças de Musseux, ou melhor com dous ganchos de Kelly, o utero será puxado para fóra, tanto quanto possivel. Apresenta-se-nos a vagina deste modo invertida e nós começamos por traçar uma incisão longitudinal que, partindo de pouco abaixo do meato urinario, vá ás proximidades do collo uterino.

Dois retalhos de mucosa são então dissecados para os lados a golpes de bisturi.

Watkins aconselha que se ajunte á incisão longitudinal uma pequena incisão transversal nas proximidades do collo, de maneira a formar com a primeira um T, que será invertido enquanto os orgams não forem remetidos aos seus respectivos logares.

B) — Feita a incisão, procede-se á separação da bexiga e da parede vaginal anterior. Nem sempre é isto facil porque o gráo de cystocele é por demais variavel e em alguns casos a bexiga poderia ser lesada. A disseccão deve ser feita com uma tesoura cujas pontas são constantemente em contacto com a parede vaginal.

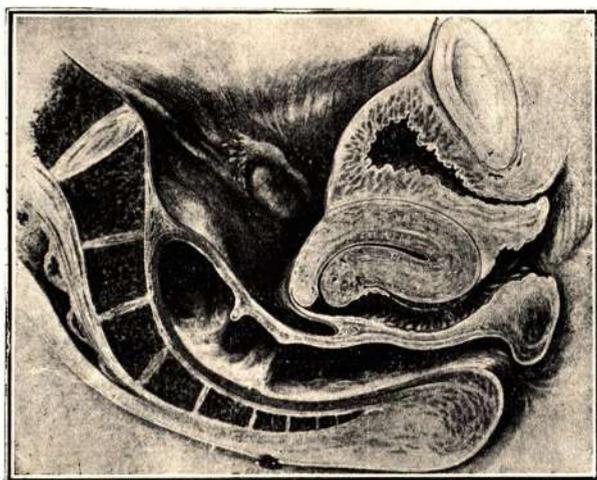
Watkins acha que a separação dos dous orgams não tem necessidade de ser tão extensa como era a principio aconselhado; tal não sendo essencial ao bom exito da operação.

C) — Terminado o tempo precedente, separa-se egualmente a bexiga do utero, e isso nada mais é do que a continuação do que se acaba de fazer entre a bexiga e a vagina. Esta separação póde ser feita com o dedo que satisfaz perfeitamente as exigencias de uma boa technica sem perigo de lesar o reservatorio urinario.

D) — A bexiga é agora afastada bem para cima, com um afastador estreito e longo deixando á vista a parede anterior do utero coberta pelo peritoneo que facilmente é pinçado e cortado, num traço transversal.

Aberta a cavidade peritoneal, o utero é revirado e passado atravez da abertura vaginal primitivamente feita.

Nesse tempo da operação, se se trata de mulher em quem uma gravidez seja ainda possível, faz-se a resecção das trompas entre duas ligaduras com peritonização dos cotos.



(Fig. 1) Transposição vesico-uterina no processo de Schauta-Wertheim, segundo um corte mediano antero-posterior. (Peça conservada no museo de Tubinga).

A importancia de tal cuidado é de si mesma tão evidente que dispensa quaesquer commentarios. Entretanto não nos seria licito silenciar o facto que lemos no *The Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire*, de Julho de 1911 sobre a omissão dessa cautela, facto que foi dado em primeira mão á luz da publicidade na *Gynécologische Rundschau* donde o *Journal* o transcreveu.

E' o caso que relata P. Esch de uma mulher que se tornou grávida após haver soffrido a operação da transposição vesico-uterina, caso que não era o primeiro, porquanto já Freund observara um outro em que o feto só poudo ser extrahido depois da perfuração do craneo.

A operada de Esch uma primeira vez grávida, abortou no terceiro mez em 1909. Reincidiu porém e de novo tornou ao hospital no decurso do quinto mez de sua segunda gravidez, em Outubro de 1910. Durante algum tempo depois de sua entrada, soffreu constantemente dores no baixo ventre, dores acompanhadas de intensa vontade de urinar e uma retenção de urina que exigia catheterismos.

O utero estava a cerca de dois dedos acima do umbigo e percebiam-se as partes fetaes. A parede vaginal anterior apresentava-se dura e atravez della sentia-se o utero dilatado.

Mas a pouco e pouco os symptommas se foram attenuando e, em vista disso, a doente resolveu deixar o hospital.

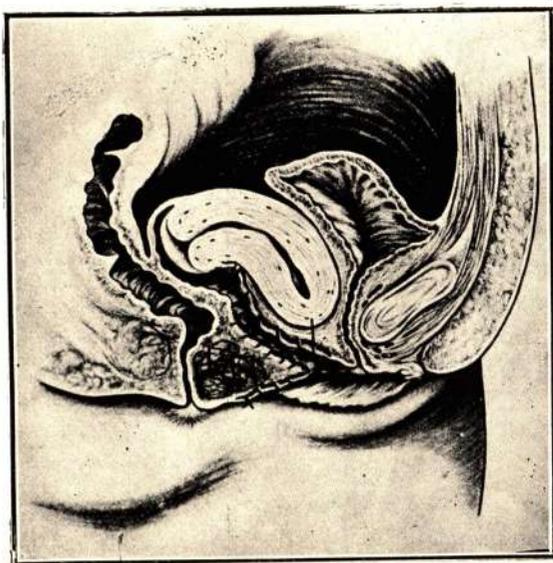
Em Janeiro de 1911, porém, estava ella de volta, dessa vez em trabalho e com abundante hemorragia. O utero estava na altura de 5 ou 6 dedos acima do umbigo e o feto ainda vivia.

Sob anesthesia chloroformica, o operador, introduzindo o ante-braço na vagina alcançou o collo que era dilatado para uma palma de mão. Rompidas as membranas, foi percebida uma placenta previa lateral.

O trabalho foi terminado por uma operação cesariana.

Caso igualmente muitissimo instructivo é o de Mainzer, transcripto na mesma noticia que acabamos de resumir.

Trata se de uma mulher em quem foi feita a operação de Schauta-Wertheim com resecção das trompas, e que ficou grávida, ainda assim.



(Fig. 2) Transposição vesico-uterina segundo Watkins, vista em corte mediano antero-posterior.

Bem se comprehende que grávida já devia estar ella quando a operação se fez e em vista de tal possibilidade, aconselha Mainzer, no que é seguido por Esch que se pratique sempre a curetagem do utero nas operandas em que a gravidez seja de se receiar.

E) — Exteriorisado o fundo do utero e seccionadas as trompas entre ligaduras, se tal foi necessario, sutura-se a margem do peritoneo vesical ao peritoneo da parede cervical posterior, depois de se ter fortemente abaixado o corpo do utero.

A sutura do peritoneo é julgada consumidora de tempo por Watkins que ainda a considera nociva por predispor ás infecções, e inutil porque os dous labios da incisão peritoneal são ahi facilmente mantidos em contacto e adherem-se independentemente de sutura. Este é um dos pontos em que a technica de Watkins differe da de Schauta-Wertheim descripta por Döderlein e Krönig.

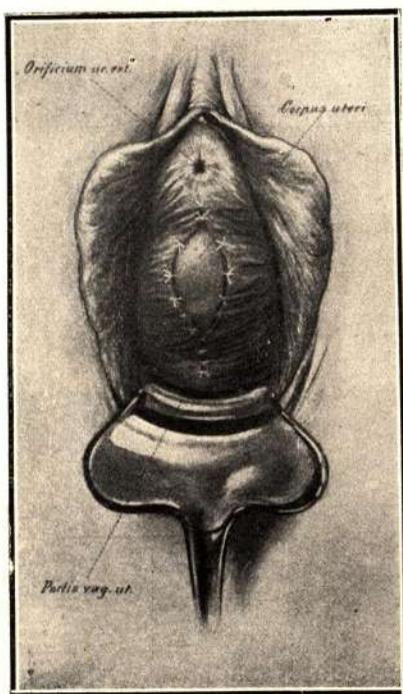
Na observação VI que apresentamos no fim deste trabalho não foi feita a sutura que aconselham esses autores; houve a adherencia, o que não admira porque tambem nos casos em que é deixado sem sutura o peritoneo aberto no fundo de sacco de Douglas, sua coalescencia egualmente se dá.

Foi esta, das doentes de nossas observações, aquella cuja estada no hospital mais accidentada correu, mas os accidentes dependeram de causas outras que não a ausencia do cuidado que Watkins aconselha omitir. Cremos perfeitamente aceitavel o alvitre deste autor.

F) — Com ou sem sutura das duas laminas peritoneaes, o utero, fortemente abaixado, fica em ante-flexão forçada e posto fóra da cavidade peritoneal.

Assim é elle installado no espaço comprehendido entre a bexiga e a parede anterior da vagina, e collocado de modo que seu fundo não faça saliencia

abaixo da symphyse, na vulva, e não fique também em anteflexão muito forçada, o que provocaria perturbações da nutrição.



(Fig. 3) Final da transposição conforme á technica de Schauta-Wertheim.

E' egualmente da mais alta importancia a questão do volume do utero em relação á capacidade do logar que se lhe destina. Döderlein teve um caso em que o organ, apesar de volumoso, foi posto no seu

leito, com tal ou qual difficuldade. Pois bem: o utero gangrenou-se e a doente morreu tres dias depois da operação, levada por uma septicemia.

Aconselha elle, á vista desse desastre, que, se o utero parecer muito volumoso para poder ser adaptado bem e sem difficuldade, atraz da symphyse, seja abandonada a operação da transposição e feita uma outra que poderá ser até mesmo a extirpação do organo.

A doente da nossa observação V tinha o utero muito volumoso mas o conselho em extremo radical de Döderlein não foi seguido, sendo, de preferencia, feita a amputação do corpo segundo o methodo de Rieck, com excellentes resultados.

No fugir aos inconvenientes que vimos apontando devemos ter muito cuidado de não cahir no extremo opposto, isto é, adaptar um utero muito pequeno a uma cavidade demasiado grande.

Tal predisporia á formação de hematomas e á retenção de secreções que poderiam occasionar ou facilitar a infecção.

G) — O uterò não precisa ser suturado á bexiga, bastando apenas que elle a comprima, o que é facil aliás, pois a sutura da parede anterior da vagina obriga-o a tal compressão.

Os dous retalhos da ferida vaginal são suturados ao utero e deixam entre si um espaço fusiforme, porquanto não se encontram na linha mediana. (Fig. 3)

Atravez desse espaço apparece a superficie do utero, e se os retalhos vaginaes forem tão extensos que o cubram por completo, a excisão de uma porção dos mesmos é indicada. A superficie exposta modi-

fica-se no fim de uma semana, e, de tal modo o faz, que não differe mais da mucosa vaginal.

Na technica de Watkins nenhuma parte do utero é deixada nua, sendo a sutura da vagina feita inteiramente. (Fig. 4)

A sutura feita, é a vagina invertida empurrada para dentro levando, preso á sua parede anterior, o utero.

Em um cóрте mediano anteroposterior, depois de feita a operação, o utero seria visto em anteflexão, entre a bexiga que jaz sobre elle, em sua parede posterior, e a vagina. (Fig. 1 e 2)

Sua nova posição não obsta de nenhum modo a que as secreções ou o sangue menstrual continuem a se eliminar de modo normal.

Para o bom exito da operação é tambem importante que o soalho perineal seja forte e resistente, donde a indicação de se fazer no acto operatorio mesmo ou ulteriormente, uma colpoperineorrhaphia.

Como demonstração de que os resultados da operação de Schauta-Wertheim e os da de Watkins vêm a ser os mesmos, estão as figuras 1 e 2, tiradas respectivamente do compendio de Döderlein e Krönig e do artigo de Watkins. As figuras 3 e 4, mostrando as differenças do final da operação, foram buscadas nas mesmas fontes.

Era nosso intuito apresentar outras, representando os diversos tempos operatorios e para isso obtivemos photographias tomadas durante a intervenção cirurgica em nossa ultima doente.

Obstaculos imprevistos, porém, sobrevieram e nos impossibilitaram a realização desse desejo.

INDICAÇÕES E RESULTADOS

O modo como age a transposição vesico-uterina na cura dos prolapsos é facil de ser comprehendido. Da simples leitura de sua descripção, logo se depreheende que o utero fica sendo impecilho á cystocele, representando o papel de um verdadeiro pessario. Pessario que tem, com a vantagem de ser permanente, a de não se tornar, de nenhum modo, incommodo para sua portadora.

A torção dos ligamentos largos, diminuindo-lhes o comprimento, contribue, é claro, para que o organo por elles sustentado se mantenha em sua nova situação.

Uma vez que o utero não desce, soffrendo ainda o collo, como soffre, uma ligeira ascenção, o prolapso da vagina será por seu lado difficilmente realisavel.

De tudo isso podemos concluir que, *quando ha prolapso genital completo, a transposição vesico-uterina é indicada.* A indicação é quasi absoluta quando a mulher já tenha attingido a menopausa.

Taes conclusões são baseadas nas estatisticas que extrahimos de alguns autores, estatisticas que são corroboradas pelas observações que apresentamos.

Das nossas observações, nem todas (2) puderam ser completas com o ulterior exame das operadas, mas a difficuldade que ha em se encontrar uma determinada doente operada em tempo mais ou menos remoto, ou mesmo ter della noticias, sobretudo se ficou curada, é facilmente imaginavel.

A primeira estatistica por nós consultada, foi a de Döderlein e Krönig, a cuja obra já tivemos oportunidade de, mais de uma vez, alludir.

Elles se referem, em primeiro lugar, a 23 pacientes operadas em 1902, em Tubinga. Dessas, 18 foram examinadas em 1906; 3 haviam morrido e de 2 não houve noticias.

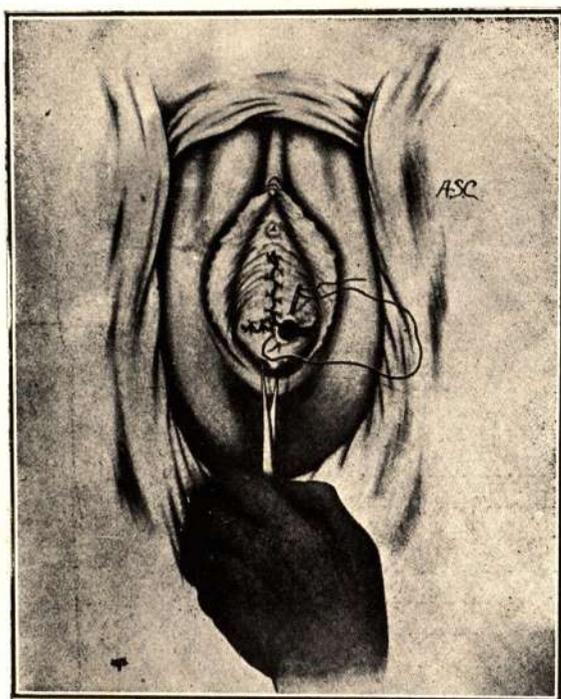
As doentes examinadas apresentavam cura completa e duravel. A operação fora feita 4 annos antes e o prolapso não havia dado nenhum signal de si, nem subjectiva nem objectivamente.

Em 1903, de 22 operadas, 15 puderam ser examinadas; e 8 foram vistas, de 10 operadas em 1904. No periodo de 2 ou 3 annos, pois, foram examinadas 23 doentes. Em 13 dellas o resultado era completo. Em 8 casos podia-se notar um abaixamento ou alongamento do collo, ou um ligeiro prolapso da parede vaginal anterior. Os autores chamam particularmente a attenção para o facto de que taes alterações appareciam de preferencia nas operadas recentes, ao envez de o fazer nas antigas, e acham que não se trata propriamente de recidivas, mas sim de operações mal feitas.

Os insuccessos são por elles attribuidos a uma deficiente amputação do collo, ao volume excessivo

do utero ou a uma colpoperineorrhaphia pouco extensa.

Os resultados duráveis dependem, em summa, do modo como a operação é feita.



(Fig. 4) Final da transposição no processo de Watkins.

Em um caso de 1903 foi observado o prolapso total, tendo como causa a falta de colpoperineorrhaphia.

Na clinica de Iena, Krönig observou 5 recidivas em 15 operadas.

Em 40 casos de Schauta (*Cent. f. Gyn.* 1903, pag. 1477), ha uma recidiva que o operador attribue a colpoperineorrhaphia incompleta.

A respeito de estatisticas, consultamos tambem o trabalho de Watkins a que já nos temos referido por varias vezes.

Esse autor apresenta uma lista de mais de setecentas observações, todas tomadas entre os annos de 1907 e 1911, excepção feita de 16 casos de Bucura, que datam de 1902.

Passamos a transcrever a estatistica de Watkins :

OPERADORES	Numero de operações	Anno	Curas completas
Bucura	16	1902	93 0/0
Bröse	44	1910	84,4 »
Döderlein	47 (100 em 1909)	1907	71,8 »
Fuchs	39	1909	97,4 »
Frankental	100 (app.)		
Gawriloff	45	1909	91,1 »
Krönig	15	1910	67,0 »
Löwit	113	1911	66,6 »
Mayo	48 (100 em 1911)	1909	96 »
Petri	11	1909	81,8 »
Schauta	110	1909	77,9 »
Scharpenack	100	1909	93 »
Stoeckel	40	1907	

No que concerne ás suas proprias observações, Watkins diz ter experiencias da operação desde 28 de Janeiro de 1898 em cerca de 225 doentes. Esse autor nunca teve noticia de recidiva da cystocele. A recidiva do prolapso uterino occorreu em cerca de 5 a 10 por 100 dos casos. Em tres pacientes o fundo do utero fez saliencia depois de um consideravel espaço de tempo.

A excisão da porção excedente do utero com sutura da ferida, remediou o mal.

Em um caso, um pequeno utero senil desceu parallelo á vulva. O Dr. Mayo teve em sua clinica um caso semelhante e acha que era de se esperar mais, porque as pacientes têm, muitas vezes, uma ptose abdominal generalisada.

De 100 operações de Scharpenack ha indicações minuciosas na *Cent. f. Gyn.*, 1907, pag. 1073, transcriptas na *Revue de Chirurgie*, 1908, vol. 38, pag. 265, e que para aqui trasladamos.

A. *Resultados immediatos.*

a) *Accidentes operatorios:*

Hemorragias abundantes	2
Ferimentos ligeiros da bexiga	2
Ferimentos do recto	1
Adherencias exigindo colpotomia posterior....	1

b) *Periodo post-operatorio:* nenhuma morte, sahida da clinica:

17 ^o ao 18 ^o dia....	75 por 100
32 ^o dia.....	1 vez (crystite)
30 ^o »	1 » (libertação de adherencias numerosas)

c) Estado á sahida :

3 casos não satisfactorios, maus resultados da perineorrhaphia.

B. *Resultados tardios.*

83 casos (operadas de 1903 a 1906).

Resultados objectivos 45 casos
Resultados subjectivos 69 »

a) *Resultados subjectivos.* (1)

Em 69 casos :

11 continuam a soffrer; 4 soffrem ligeiramente.

Edade das operadas :

De menos de 30 annos 4.
De 31 a 45 30.
De 46 a 60 29 (4 maus resultados).
De mais de 60 6 (1 mau resultado)

Gravidade dos casos :

Casos ligeiros 8, (1 mau resultado).
Casos graves 8, (4 maus resultados).
Casos diversos 53 (6 maus resultados;
5 persistencias de dores ligeiras).

b) *Resultados objectivos.*

Em 45 casos :

Recidivas 5 { (prolapso total ou vaginal ligeiro).

(1) O autor nota que 2 doentes não voltaram a submeter-se á colpoperineorrhaphia conforme lhes foi recommendado e que não são levadas em conta as respostas em cartas, de mulheres que tendo soffrido durante muito tempo facilmente se deixavam suggestionar. Ahi está a razão da differença dos resultados objectivos e subjectivos.

Resultados perfeitos 21

Ligeira procidencia anterior	16	} Nestes 19, resultados subjectivos bons, exceptuadas duas doentes nervosas.
Ligeira procidencia posterior	3	

Edade das operadas:

De menos de 30 annos	2	{ recidiva 1, (prolapso total).
--------------------------------	---	---------------------------------

De 30 a 40 annos	8	{ procidencia anterior, 2.
----------------------------	---	----------------------------

De 40 a 50 annos	17	{ recidiva, 1; procidencia anterior, 5.
----------------------------	----	---

De 50 a 60 annos	13	{ recidiva, 2. procidencia ant. 7. procidencia post. 3.
----------------------------	----	---

De mais de 60 annos	5	{ recidiva, 1; procidencia anterior, 2.
-------------------------------	---	---

Gravidade dos casos:

Casos ligeiros	6	{ procidencia anterior, 2.
--------------------------	---	----------------------------

Casos maus	5	{ recidivas, 3.
----------------------	---	-----------------

Casos medios	34	{ recidivas, 2.
------------------------	----	-----------------

Já que temos falado de recidivas, occorre-nos dizer algo do trabalho do Dr. W. Weibel, assistente do Prof. Wertheim, publicado na *Centr. f. Gyn.*, de 1913, pag. 1808.

Estuda elle, apresentando 8 observações, dous typos de recidivas. O primeiro consiste na procidencia do collo, com ou sem deslocamento do fundo do utero; o segundo no deslocamento de todo o utero para baixo, segundo o eixo de sua nova posição. Este segundo modo de recidiva já foi notado por Watkins e por Mayo, conforme tivemos occasião de dizer.

O tratamento que Weibel aconselha é variavel conforme o caso, mas consiste principalmente no encurtamento dos ligamentos utero-sacros e na perineorrhaphia.

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÕES

Observação I. (Papeleta nº 382).

F. C., brasileira, com 50 annos de idade, de côr preta, viuva.

Foi admittida no serviço de Clinica Gynecologica no dia 17 de Janeiro de 1909, ás 10 horas da manhan.

Anamnese. Em amenorréa ha cerca de 12 annos. Teve 2 partos naturaes a termo, parindo filhos vivos. Levantava-se no terceiro dia do puerperio. Não sabe de quando data a molestia que a trouxe ao hospital.

Costuma ter dyspnéa; urina frequentemente e em pequenas porções.

Exame. Ao exame apresenta inversão completa da vagina com prolapso do utero e cystocele. Mucosa vaginal ulcerada em um ou outro ponto. O utero é pequeno.

Tem as arterias duras, hypertensão arterial e retumbancia da bulha aortica.

Tratamento. Logo após sua entrada, tomou um purgativo.

No dia 21 foi-lhe feita a transposição vesico-uterina e simultaneamente uma colpoperineorrhaphia, com anesthesia geral pelo chloroformio.

Os dias subsequentes passaram-se sem nada que merecesse reparo, tendo a doente tomado um purgativo salino.

No dia 28 teve uma congestão pulmonar sendo-lhe administradas 50 centigrammas de pós de Dover e scilla em capsulas.

No dia 5 de Fevereiro tomou um outro purgativo salino e no dia 15 teve alta, curada.

Apresentou um pouco de febre (37°, 5 a 38) apenas nos dias 27, 28 e 29.

Observação II (Papeleta n. 2158).

T. R., mineira, de 58 annos de idade, de côr parda, casada, empregada em serviços domesticos, residente em Ribeirão de Jaboticatubas.

Admittida em 22 de Setembro de 1910, ás 10 horas da manhan.

Não dá nenhuma informação aproveitavel, a não ser que teve 5 partos naturaes a termo.

Apresenta prolapso completo do utero com inversão da vagina.

A 7 de Outubro foi submettida á operação da transposição seguida de colpoperineorrhaphia com anesthesia chloroformica.

No dia 12 o exame denotou mortificação de pequena parte do retalho vaginal que cobria o utero. Cicatrização por primeira intenção da ferida vaginal posterior. A temperatura oscillou entre 37° e 37°, 5 nos dias 10, 11 e 12.

Alta curada a 17 de Novembro de 1910.

No momento em que escrevemos voltou ella de novo ao hospital para tratar-se de outros incommodos e tivemos occasião então de verificar que a cura do prolapso foi definitiva, tendo se mantido até hoje.

Observação III. (Papeleta n. 4930).

A. R., brasileira, com 54 annos de idade, par-da, viuva, empregada em serviços domesticos. Residente em Bello Horizonte.

Entrou para a enfermaria de Clinica Gynecologica em 6 de Março de 1912.

Apresentava prolapso completo do utero com inversão da vagina.

No dia 9 foi-lhe feita a operação da transposição, e colpoperineorrhaphia com anesthesia rachidiana (7 centigrammas de solução de estovaina).

Houve cicatrização por primeira intenção, sendo a convalescença sem febre.

Alta, curada no dia 2 de Abril de 1912.

Observação IV. (Papeleta n. 4888).

S. R. S., brasileira, com 50 annos de idade, de côr preta, solteira, empregada em serviços domesticos.

Reside em Oliveira.

Foi admittida em 28 de Abril de 1912, ás 8 horas da manhan.

Desde moça, o fluxo menstrual, sempre pouco abundante, se fazia com muita dôr acompanhada de vomitos sendo a doente obrigada a deitar-se durante todo o periodo catamenial e só obtendo algum allivio com injecções de morphina. No anno de 1897, sendo convenientemente examinada, foi verificada a existencia de uma metrite catarral, com estenose e alongamento do collo; foi-lhe feita, então, uma curetagem uterina e a amputação do collo a dous retalhos. Depois disso a doente sentiu-se melhor; os phenomenos dysmenorreicos attenuaram-se por uns seis mezes, após os quaes continuaram as menstruações dolorosas.

Pouco depois começou a queixar-se de um tumor que parecia querer sahir-lhe da vagina, mórmente quando fazia qualquer esforço.

Examinada então, foi verificado que se tratava de uma procidencia da parede anterior da vagina, havendo tambem um accentuado abaixamento do utero.

Com o correr do tempo esses phenomenos foram se accentuando de tal modo que o utero chegou a se apresentar na vulva, sendo esta, um pouco mais tarde, transposta mesmo pelo collo, ao menor esforço, ou conforme a posição que tomava a doente, installando-se, então, positivamente, o prolapso utero-vaginal externo, com cystocele.

Nessa occasião a doente sentia peso no perineo, dôres lombares e hypogastricas, irradiando-se para os membros inferiores; dysuria e retenção de urina, sendo por vezes necessario o catheterismo para

o esvaziamento da bexiga, symptomas estes que mais se aggravavam durante o periodo menstrual. A marcha, a subida de uma escada provocavam dôres na região uterina; a paciente, emfim, soffrendo ainda perturbações digestivas de origem reflexa, sentia-se desanimada e impossibilitada de executar qualquer serviço domestico em que se empregava.

Nas proximidades dos 50 annos, iniciou-se a menopausa, e, com a diminuição gradual das regras, foram-se attenuando os symptomas dysmenorreicos, subsistindo, porém, os que se achavam ligados ao prolapso e estes cada vez mais accentuados.

Quando foi internada no hospital apresentava prolapso completo do utero com inversão da vagina, cystocele e rectocele.

No dia 29 soffreu a operação da transposição vesico-uterina, e colpoperineorrhaphia, com anesthesia rachidiana.

Teve alta curada no dia 12 de Maio.

Do Dr. Ribeiro da Silva, distincto clinico em Oliveira, de quem, por intermedio do Dr. Hugo Werneck, recebemos a detalhada historia clinica da doente, e que acima estampamos em seus traços geraes, são egualmente as seguintes palavras sobre o estado da operada, em Fevereiro deste anno:

«Actualmente, o estado de S. é o mais lisongeiro possivel; não sente o menor incommodo local, mantendo-se o utero no logar fixado e desempenhando excellentemente a funcção de pessario para a bexiga. O estado geral é magnifico, podendo a ex-

doente occupar-se de todos os misteres domesticos, inclusive engommar e cozinhar; acha-se ella, sempre, satisfeita e alegre, restituída á sua completa saude.»

Observação V. (Papeleta n. 6995).

M. D. T., parda, com 43 annos de idade, casada, empregada em serviços domesticos, natural da cidade de Santa Barbara, onde reside.

Admittida a 12 de Março de 1913.

Teve sua primeira menstruação aos 12 annos de idade. Teve 11 partos, nenhum aborto, nenhum parto prematuro.

Historico da molestia actual. Na segunda gestação, no decurso do 3^o mez, teve prolapso do utero gravido após grande esforço. O mesmo accidente sobreveio no decurso do 3^o para o 4^o mez das outras gravidezes.

Ultimamente sentiu o utero descido e dôres lombares. Menstruação em grande quantidade, durante 7 ou 8 dias, duas vezes por mez. A ultima foi de 24 de Fevereiro a 2 de Março.

Secreção leucorreica constante em quantidade regular. Phenomenos de dysuria. Estado geral satisfactorio.

Diagnostic. Prolapso do utero com retroversão movel e augmento de volume.

Alongamento hypertrophico do collo.

Tratamento. No dia 17 foi feita a operação da transposição, com curetagem uterina, excisão de uma porção das trompas, amputação do corpo do utero e colpoperineorrhaphia.

A anestesia foi obtida pela injeção rachidiana de estovaina (0, gr. 075 em solução).

Os seguimentos da operação carecem de importancia. Não houve febre e a cicatrização se deu por primeira intenção.

Alta curada em 5 de Abril.

Até á presente data não houve recidiva do prolapso.

Observação VI. (Papeleta n. 8265).

J. G. S., mineira, com 44 annos de idade, viuva, de côr parda, empregada em serviços domesticos, residente em Bello Horizonte.

Admittida em 7 de Setembro de 1913, ás 9 horas da manhan.

Anamnese. Ha cerca de 5 annos que, por occasião de seu ultimo puerperio, fazendo um grande esforço, sentiu que o utero descia e sahia para fóra da vagina.

De 15 dias para cá, começou a sentir fortes dôres no utero, notando então nelle uma ferida que da porção cervical se extendeu e augmentou até tomar as proporções e o aspecto actual.

Exame. Prolapso completo do utero.

Sobre a parede posterior do collo e mais para o lado esquerdo, uma larga superficie ulcerada, anfractuosa, com cerca de 5 centimetros de diametro e 2 de profundidade. Essa ferida achava-se repleta de larvas de *compsomyia macellaria*.

Fazendo-se o curativo, foram retiradas cerca de uma centena de larvas, muitas das quaes sahidas do canal cervical.

Diagnostico. Prolapso uterino completo com inversão da vagina e cystocele; myiase do collo.

No dia da entrada, foi feito um curativo local com calomelanos.

Curada da myiase, foi no dia 1º de Outubro submettida á operação da transposição com as modificações propostas por Watkins. Foi-lhe amputada uma porção de cada trompa.

A operação foi feita com anesthesia rachidiana.

Dia 4, agua de Rubinat.

No dia 6 tomou pyramido em capsulas.

No dia 14 um purgativo de agua viennense.

No dia 15 foi submettida a nova operação, com rachianesthesia, sendo-lhe feita uma colpoperineorrhaphia.

Tomou um clyster de lixivia de sabão no dia 21. No dia 22 tomou uma capsula de calomelanos com o, gr. 60 e um purgante de agua viennense. No dia 29 tomou citrato de magnesio.

A temperatura, durante os primeiros dias de permanencia no hospital, foi muito irregular, oscilando entre 37º e 39º.

Alta, curada, no dia 1º de Novembro.

Actualmente a operada é empregada em serviços domesticos, em Bello Horizonte e nada soffre dos seus antigos incommodos, não tendo havido recidiva do prolapso. Tivemos oportunidade de verificar isso na Santa Casa onde ella voltou, a nosso chamado em fins de Fevereiro.

Observação VII. (Papeleta n. 8748).

F. S. F., mineira, com 61 annos de idade, de côr parda, casada, empregada em serviços domesticos, residente em Bello Horizonte.

Admittida em 4 de Novembro de 1913, ás 9 horas da manhan.

Anamnese. Casou-se aos 18 annos, sendo já menstruada desde os 13.

Teve 7 filhos vivos, mais um aborto de 4 mezes e um feto morto nascido a termo.

O prolapso começou depois do primeiro parto, quando a doente contava ainda a idade de 19 annos. Os incommodos, porém, por elle determinados, sobretudo os phenomenos de dysuria, datam apenas de 8 annos.

Exame. Ruptura incompleta do perineo.

Cystocele, rectocele, prolapso completo do utero com inversão da vagina. Utero pequeno em retroversão depois de reduzido. Mucosa urethral hypertrophiada ao nivel do meato.

Tratamento. Injecções vaginaes antisepticas no dia 7.

No dia 20, transposição vesico-uterina e colpo-perineorrhaphia com anesthesia rachidiana (o, gr. 075 de estovaina).

No dia 26, resecção da mucosa urethral hypertrophiada, com anesthesia local.

A doente não teve febre.

Nada mais houve digno de menção.

Alta, curada, em 19 de Dezembro de 1913.

Até a data em que escrevemos (Março de 1914), a operada nada tem sentido, não havendo nem esboço de recidiva.

As perturbações urinarias continúam completamente desaparecidas.

Observação VIII. (Papeleta n. 9607).

B. L., com 62 annos de idade, de côr branca, casada, mineira, empregada em serviços domesticos, residente em Belló Horizonte, á rua Rio das Velhas.

Admittida em 26 de Fevereiro de 1914, ás 8 horas da manhan.

Sua primeira menstruação teve logar aos 13 annos de idade.

Teve 4 partos normaes a termo e um aborto. Levantava-se sempre no quarto dia de puerperio entregando-se a serviços domesticos. A ultima gestação teve logar ha 24 annos e foi terminada por um parto a termo.

Apresenta prolapso do utero com cystocele e inversão completa da vagina cuja mucosa está em via de epidernisação completa; ruptura incompleta do períneo.

Acha-se doente ha cerca de seis annos. O prolapso appareceu insidiosamente sem quasi ser percebido.

Sente actualmentc dores vagas no baixo ventre e sempre que quer urinar tem necessidade de reduzir o prolapso.

Tratamento. No dia 28 de Fevereiro foi-lhe feita a transposição vesico-uterina seguida de colporraphia posterior, com anesthesia rachidiana, (o, gr. o 75 de estovaina em solução) sendo deixado um dreno na vagina.

Na tarde do dia seguinte teve 39° de temperatura.

Desde o dia da operação urinou pelo catheter.

No dia 2 foi retirado o dreno vaginal,

Nos dias 6 e 8 tomou cozimento antiphlogistico de Stoll.

No dia 8 deixou de urinar pelo catheter.

A ferida vaginal anterior cicatrizou-se por primeira intenção e a posterior por segunda.

Alta, curada no dia 19.

Até 1 de Abril, nenhuma tendencia a recidiva.

Resumo das observações

Doentes	Edade	Diagnos- tico	Prenhez anteriores	Data da operação	Conva- lescença	Temperatura	ESTADO DA OPERADA	
							á sahida	actual
I F. C. ...	50 annos	C.	2	21-I-1909	25 dias	37°, 5 a 38°	Curada	(1)
II T. R. ...	58 »	C.	5	7-X-1910	40 »	37° a 37,5	»	Persistencia da cura
III A. R. ...	54 »	C.	0	9-III-1912	31 »	normal	»	(1)
IV S. R. S. .	50 »	C. R.	0	29-IV-1912	13 »	»	»	Persistencia da cura
V M. D. T.	43 »	C. H.	11	17-III-1913	19 »	»	»	»
VI J. G. S..	44 »	C.	6	1-X-1913	30 »	37° a 39	»	»
VII F. S. F..	61 »	C. R.	7	20-XI-1913	29 »	normal	»	»
VIII B. L. ...	62 »	C.	5	28-II-1914	19 »	39° no 1.º dia	»	»

Explicação das abreviaturas:

- C. Prolapso completo do utero com cystocele e inversão da vagina.
- R. Rectocele.
- H. Alongamento hypertrophico do collo.

(1) Das doentes I e III nada podemos dizer do estado actual porque não nos foi possível por maiores que fossem os nossos esforços, encontrá-las ou ter dellas noticias.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

Chimica Medica

I

O peso em grammas de qualquer substancia activa contida em um litro de uma solução normal é representado pelo seu peso molecular ou está em relação muito simples com elle.

II

As soluções normaes de substancias que têm entre si uma acção chimica, saturam-se em volumes eguaes.

III

O conhecimento dessa verdade é indispensavel para que se possa fazer a dosagem de muitas substancias chemicas, contidas nos liquidos do organismo.

Historia Natural Medica

I

O *viburnum prunifolium* é uma planta da familia das caprifoliacias.

II

E' empregado como tonico do systema nervoso e como sedativo uterino.

III

A parte mais empregada é a casca do tronco.

Anatomia descriptiva

I

O utero tem a fórma de um cone achatado de diante para traz, cujo vertice voltado para baixo corresponde á parte superior do canal vaginal.

II

Elle se divide em tres partes, que são, de cima para baixo: corpo, isthmo e collo.

III

O collo tem a fórma de um cylindro ligeiramente achatado de diante para traz e apresenta de 26 a 30 millimetros de comprimento.

Histologia

I

O utero é formado por tres camadas distinctas de tecidos, que são, de fóra para dentro: serosa, muscular e mucosa.

II

O musculo uterino é formado de fibras lisas que se entrecruzam de modo muito complicado.

III

A camada mucosa é inteiramente adherente á muscular, não havendo entre ellas nenhum tecido cellular frouxo como nas demais visceras.

Physiologia

I

O sangue menstrual é proveniente da mucosa uterina que se congestiona e sangra de modo intermittente.

II

O apparecimento da menstruação marca o começo da vida genital da mulher assim como o seu desaparecimento definitivo indica o fim.

III

O phenomeno da menstruação é interrompido durante a prenhez, geralmente desde o primeiro mez.

Bacteriologia

I

O estreptococco pyogeno é um germen Gram-positivo, que se apresenta associado em cadeias.

II

Elle desenvolve-se no caldo, sem turval-o, dentro de 24 horas, na temperatura de 37°.

III

A maioria dos casos de infecção puerperal têm como agente pathogenico o estreptococco.

Materia medica, Pharmacologia e Arte de formular

I

O oxycyanureto de mercurio é um bom agente antiseptico.

II

Na antisepsia obstetrica elle é empregado em solução aquosa a 1 por 4000.

III

Suas soluções são menos irritantes que as do sublimado corrosivo.

Anatomia e Physiologia pathologicas

I

Na evolução dos prolapsos genitales a cystocele precede sempre a rectocele.

II

A parede anterior da vagina é menos bem sustentada do que a posterior que repousa sobre o perineo, donde a explicação desse facto.

III

Na grande maioria dos casos, quando ha rectocele, ha concomitantemente uma cystocele muito maior.

Anatomia medico-cirurgica

I

O utero é um orgão impar, mediano, symetrico, que se acha situado por detraz da bexiga e adeante do recto.

II

A serosa peritoneal descendo na face posterior do utero e reflectindo-se sobre o recto, deixa uma cavidade fechada em baixo, denominada fundo de sacco de Douglas.

III

O fundo de sacco de Douglas está em relação, não sómente com a face posterior do utero como tambem com o collo e até mesmo com uma porção mais ou menos extensa da parede posterior da vagina.

Operações e aparelhos

I

O tratamento cirurgico é o unico realmente eficaz para a cura dos prolapsos genitales.

II

A escolha do methodo operatorio depende do gráo do prolapso e muitas vezes da idade da doente.

III

Nos casos de prolapsos completos a operação da transposição vesico-uterina é indicada, maxime se se trata de mulher em quem a idade já tenha suprimido as funcções da gestação e da parturição.

Pathologia interna

I

A albuminuria é relativamente frequente durante a gravidez e mais ainda durante o trabalho do parto.

II

Ella póde ser devida a uma auto-intoxicação de origem intestinal, póde ser occasionada por uma nephrite verdadeira ou ter origem decidual.

III

A albuminuria póde não ser exteriorisada por nenhum signal clinico, donde a necessidade do exame systematico da urina das mulheres gravidas.

Pathologia externa

I

Chama-se deslocamento do utero a uma mudança permanente na posição deste organo.

II

Os deslocamentos do utero podem se dividir em tres classes: 1.^o, deslocamentos propriamente ditos; 2.^o, desvios; 3.^o, inversões.

III

Entre os deslocamentos propriamente ditos nós encontramos a anteposição, a retroposição, a lateroposição, a elevação e o prolapso.

Therapeutica

I

A ergotina tem propriedades hemostaticas que são utilizadas para se combaterem às hemorragias uterinas.

II

Ella provoca a contracção e retracção da musculatura uterina.

III

As contracções e retracções determinadas por tal agente therapeutico podem favorecer a retenção de qualquer substancia que por ventura se encontre dentro do utero, donde o perigo de seu emprego nos casos não formalmente indicados.

Hygiene

I

Os casos de infecção puerperal nas maternidades são de notificação compulsoria.

II

As infectadas devem ser rigorosamente isoladas para evitar-se o contagio ás outras puerperas.

III

A infecção puerperal póde ser evitada pelas praticas de asseio e asepsia.

Medicina legal e Toxicologia

I

Chama-se, em medicina legal, methodo de docimasia o conjuncto dos exames que têm como escopo demonstrar a vida extra-uterina do feto.

II

A mais importante e mais usada é a docimasia pulmonar hydrostatica.

III

As manobras de respiração artificial podem falsear o seu resultado.

Obstetricia

I

A prenhez e o parto são causas que predispõem aos prolapsos genitales.

II

O parto normal é impossivel nas mulheres que soffreram a operação da transposição vesico-uterina.

III

Dahi se deduz que quando as operandas não attingiram ainda a menopausa, é absolutamente necessario esterilisal-as pela secção das trompas entre ligaduras.

Clinica propedeutica

I

Entre os signaes de probabilidade que podem servir para o diagnostico da gravidez, encontra-se a supressão do fluxo menstrual.

II

Dentre os signaes de certeza destaca-se o ruido do coração fetal.

III

O ponto em que esse ruido é ouvido com mais intensidade varia com a idade da prenhez.

Clinica dermatologica e syphiligraphica

I

A syphilis é causa frequente de aborto.

II

Pinard affirmou que toda a placenta cujo peso ultrapassa o sexto do peso do feto é uma placenta syphilitica.

III

Tal affirmação é ainda considerada verdadeira, não devendo, entretanto, ser tomada muito ao pé da letra, porque as excepções são numerosas.

Clinica ophtalmologica

I

Chama-se retinite gravidica a retinite que complica a albuminuria da gravidez.

II

Ella tende a desaparecer geralmente depois do parto.

III

Seu prognostico é tanto mais favoravel quando mais tardia ella se apresenta.

Clinica pediatrica

I

A conjunctivite purulenta infantil é quasi sempre produzida pelo diplococco de Neisser.

II

O methodo de Credé, que consiste na instillação de uma solução aquosa de azotato de prata a 2 por 100 nos olhos do recém-nascido, é não sómente curativo como tambem preventivo dessa affecção.

III

A conjunctivite catarral dos recém-nascidos é mais benigna e dispensa tal tratamento que, não obstante isso, deve ser empregado systematicamente, com solução mais fraca.

Clinica cirurgica

(1.^a CADEIRA)

I

Os signaes dos prolapsos genitales são excessivamente variaveis.

II

No principio póde haver apenas uma simples abertura da vulva indicando um ligeiro deslocamento do utero.

III

Em um estado mais adeantado a vagina invertida, tendo comsigo o utero, a bexiga e alças intestinaes contidas no Douglas, fórma um grande tumor pendente entre as coxas da doente.

Clinica cirurgica

(2.^a CADEIRA)

I

Nos prolapsos genitales completos, os orgams procidentes costumam apresentar-se inflammados e ulcerados.

II

Em taes circumstancias não se deve fazer a operação da transposição vesico-uterina, sendo necessario esperar-se que as alterações desapareçam.

III

O catheterismo vesical permite que se reconheça a parte que cabe á cystocele no prolapso genital.

Clinica obstetrica e gynecologica

I

A ruptura do perineo é um accidente que póde ocorrer durante o parto.

II

Esse accidente é causa indubitavel de muitos prolapsos genitales.

III

O perineo roto deve ser suturado de modo completo, abrangendo os pontos, as camadas profundas dos tecidos.

Clinica psychiatrica

I

As modificações do character, o mau humor e a irritabilidade, são frequentes nas mulheres gravidas.

II

A hereditariedade representa papel saliente na etiologia das psychoses puerperaes.

III

O ptyalismo é uma nevrose de natureza secretoria.

Clinica medica

(1.^a CADEIRA)

De um modo geral, pode-se dizer que as affecções cardiacas são pouco compativeis com a gravidez e com o parto.

II

As lesões orificiaes de origem rheumatica são as menos toleradas.

III

Os accidentes gravido-cardiacos que apparecem no territorio da pequena circulação, são as palpitações, a dyspnéa e, ás vezes, as hemoptyses.

Clinica medica

(2.^a CADEIRA)

I

Dentre os accidentes gravido-cardiacos mais graves destaca-se a asystolia.

II

O edema agudo do pulmão é igualmente uma complicação muitíssimo grave do parto nas cardíacas.

III

Esses accidentes são mais frequentes durante o período de expulsão.

—
VISTO. — Secretaria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 2 de Abril de 1914.

Dr. Brito Silva.

SUB-SECRETARIO.

BIBLIOGRAPHIA

- 1 — LABADIE, LAGRAVE ET LEGUEU. (Traité médico-chirurgical de Gynécologie, 1901).
- 2 — POZZI. (Traité de Gynécologie, 1905).
- 3 — GROVES. *A New Operation for the cure of Vaginal Cystocele.* (The Journal of Obs. and Gyn. of the Brit. Emp. Março, 1905).
- 4 — WERTHEIM UND MICHOLITSCH. (Die Technik der Vaginalen Bauchhölen-Operationen, 1906).
- 5 — J. BAROZZI. (Manuel de Gynécologie Pratique, 1907).
- 6 — J. MARTIN. (Rev. de Chir., 1908, vol. 48.º).
- 7 — TESTUT ET JACOB. (Traité d'Anatomie Topographique, 1909).
- 8 — H. VIOLET. *Les formes anatomiques et cliniques des Prolapsus.* (Ann. de Gyn. et d'Obst. Outubro, 1910).
- 9 — H. VIOLET. *Sur la cure de la Cystocèle Vaginale ou Hernie pré-utérine.* (Ann. de Gyn. et d'Obst. Agosto, 1910).
- 10 — P. ESCH. *Pregnancy and Delivery after the Schauta-Wertheim Operation for Prolapse,* (The Jour. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Julho, 1911).
- 11 — H. HARTMANN. (Gynécologie Opératoire. 1911).
- 12 — J. L. FAURE ET A. SIREDEY. (Traité de Gynécologie Médico-Chirurgicale. 1911).
- 13 — M. POTOCKI. *Traitement du Prolapsus Uterin.* (Ann. de Gyn. et d'Obst. Janeiro e Fevereiro, 1912).
- 14 — J. ABADIE. *Du traitement des Prolapsus Génitaux.* (Arch mens. d'Obst. et de Gynécologie. Dezembro. 1912).

- 15 — THOMAS WATKINS. *Transposition of the Uterus and Bladder in the treatment of extensive Cystocele and Uterine Prolapse.* (The American Journal of Obstetrics. Fevereiro, 1912).
- 16 — A. RIECK. *Vaginale Korpusamputation und Korpusrescktion.* (Zent. f. Gyn. pag. 70. 1912).
- 17 — BÉGOUIN. *Maladies de l'Appareil Génital de la Femme.* (Précis de Pathologie Chirurgicale, 1913).
- 18 — CYRILLE JEANIN ET PAUL GUÉNIOT. *Thérapeutique Obstétrique et Gynécologique,* 1913.
- 19 — DR. W. WEIBEL. *Die operative Behandlung der Rezidive nach der sog. Interpositio Uteri vesico-vaginalis.* (Zent. f. Gyn. p. 1808. 1913).
- 20 — A. DODERLEIN E B. KRONIG. *Gynecologia Operativa.* Trad. italiana, dos Drs. L. Frassi e G. Zamorani, da 2.^a edição alleman.

CORRECÇÃO

Pag.	Linha	Onde se lê	Leia-se
67	3	Anatomia medico-cirurgico	Anatomia topographica