

PANHISTERECTOMIA PARA CÂNCER

Processo extraperitoneal

POR MARTIM GOMES.

(TRABALHO APRESENTADO AO 1.º CONGRESSO
BRASILEIRO DE GINECOLOGIA)

A eleição da via vaginal não tem oscilado apenas com a moda, ou com as épocas; no critério do mesmo indivíduo ela tem oscilado: entretanto, o mais frequente, neste último caso, é que, no final das contas, a operação vaginal é quem fica vitoriosa no conceito do cirurgião. O fato provavelmente se esclarece admitindo que uma histerectomia realmente rigorosa e completa em seus detalhes é mais difícil por via vaginal, postas as cousas em igualdade de condições quanto à quantidade dos tecidos parametriaes a remover... mas, ainda que assim seja, talvez influa outro elemento profundamente humano: o gosto de praticar uma operação que muito poucos podem fazer impecavelmente, e cujos defeitos de técnica são muito menos disfarçáveis aos olhos da assistência do que na via abdominal.

Na técnica extraperitoneal, a execução operatória é auxiliada pela luta particular contra a infecção e contra a deficiência do estado geral. Esse conjunto de condições técnicas permite dilatar o bom êxito da operação abdominal. Não apresentarei estatísticas, pois que as estatísticas podem refletir inconcipientes influências de natureza personalíssima. O critério estatístico, em cirurgia, não poderia colhêr a verdade através de algarismos, e sim de vivências profissionais, pois até o bom humor e o entusiasmo do enfermeiro influem nos esperados sucessos.

A mera consideração dos algarismos nunca deixa de falsear a verdade: e, frequentemente, quando o número de mortes é maior, é justamente quando o processo operatório estava demonstrando o seu valor, porque recaía sobre casos que em outras ocasiões seriam classificados como de histerectomia impossível. Ora, o que é mais frequente razão da preferência vaginal, *em geral*, é o seguinte:

- 1.º — senilidade;
- 2.º — enorme obesidade;
- 3.º — prolapso;
- 4.º — infecção grave e baixa;
- 5.º — grandes alterações do colo;
- 6.º — estados cárdio-renais;
- 7.º — atração biotipológica para a moléstia operatória;
- 8.º — quando o cirurgião não descobre, pelo exame, aderências ou outras condições situadas exclusivamente em posição alta;
- 9.º — quando o cirurgião se formou, com eficiência, numa escola defensora da via vaginal.

São as eventualidades mais frequentes. Pois bem: a grande maioria delas pode ser conquistada vantajosamente pela operação abdominal, graças à histerectomia extraperitoneal. A descrição seguinte dará uma idéia desse conjunto de particularidades. A experiência dirá, depois, a sua palavra, com o tempo, (aos que se dispuserem a experimentar essa técnica.)

Assim podem ser resumidas as particularidades técnicas:

1.º — Cada ligamento largo é pinçado junto do bordo uterino, com uma pinça de dentes, que vai até o istmo, em frente ao ponto em que o peritônio começa a se mobilizar sobre a face anterior do útero. (Veja-se a figura 1.)

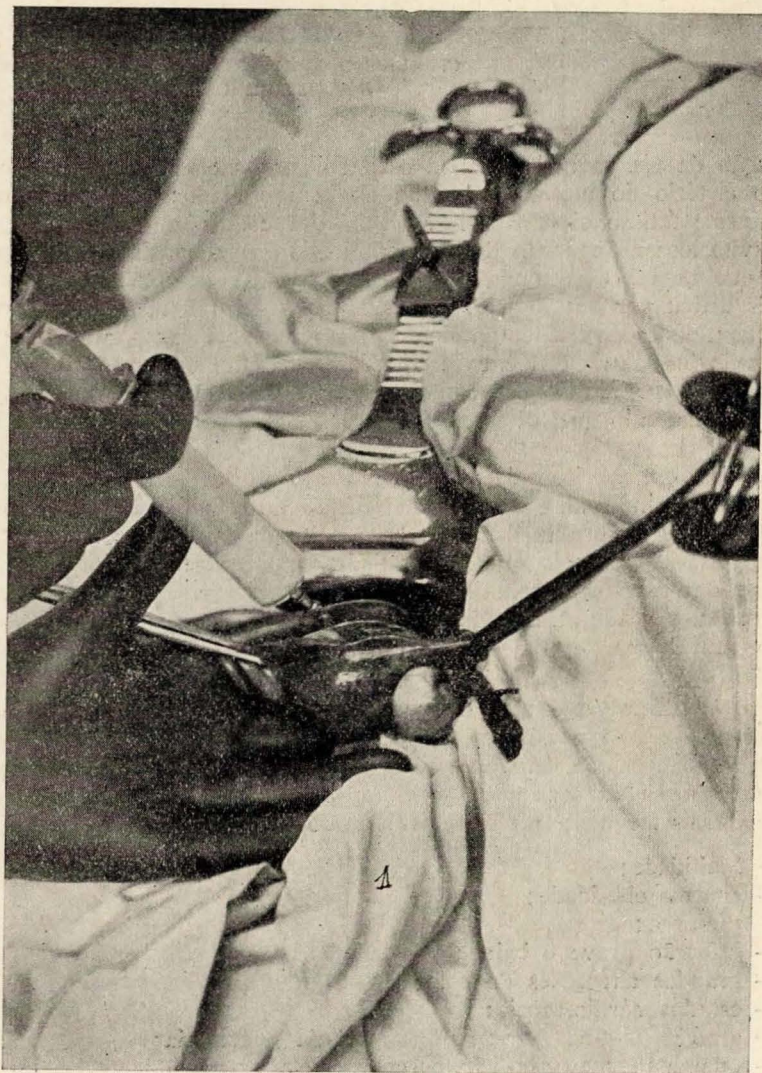


Figura n.º 1

2.^o — A cavidade uterina é desinfetada pelo meu processo: —a— com a mão esquerda o istmo é apertado e imobilizado; —b— no meio da parte superior da face anterior do útero penetra uma agulha de seringa cheia de ar, e obliquamente impelida com uma pressão feita sôbre o êmbolo; —c— quando a agulha atinge a cavidade, e o ar produz ruído, continua-se a introdução, para que a ponta não fique no tecido, mas em plena cavidade; —d— afrouxa-se a pressão

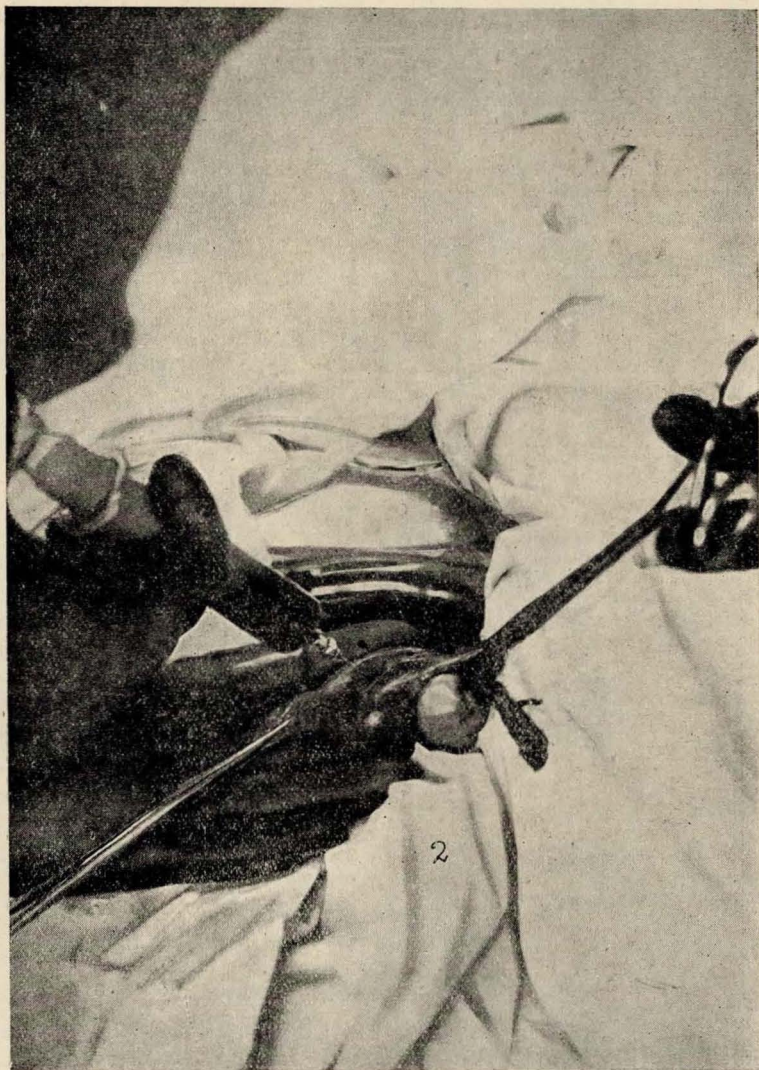


Figura n.^o 2

no istmo, para que o líquido caia sôbre a gaze que se colocou dentro da vagina e da cavidade cervical resultante da destruição de parte do colo com o bisturi elétrico e com a coagulação; —e— enche-se de iodo a cavidade uterina, que foi

novamente fechada no istmo, e depois de alguns segundos, conforme as condições individuais de infecção projeta-se êsse iodo para dentro da vagina; —f— em certas pacientes, de colo intacto, ou sensíveis ao iodo, a gaze vaginal pode conter amido ou tanino em pomada. (Veja-se a figura 1 e a 2.)

3.^o — O triângulo do ligamento largo é praticado de modo que se afasta um tanto das escolas francesa, yankee, japonesa, e alemã: o ligamento redondo é cortado junto do útero, e o infundibular para cima da linha inominada, e quando a alça sigmóide apresenta um meso curto ou inflamado, que limita a ascensão do corte no pedículo anexial externo, pode-se recorrer a um talho suplementar no peritônio, para conseguir expor a íliaca primitiva no ponto de sua divisão que frequentemente já tem o tecido conjuntivo contaminado pelo processo patológico. (Figuras 3 e 4.)

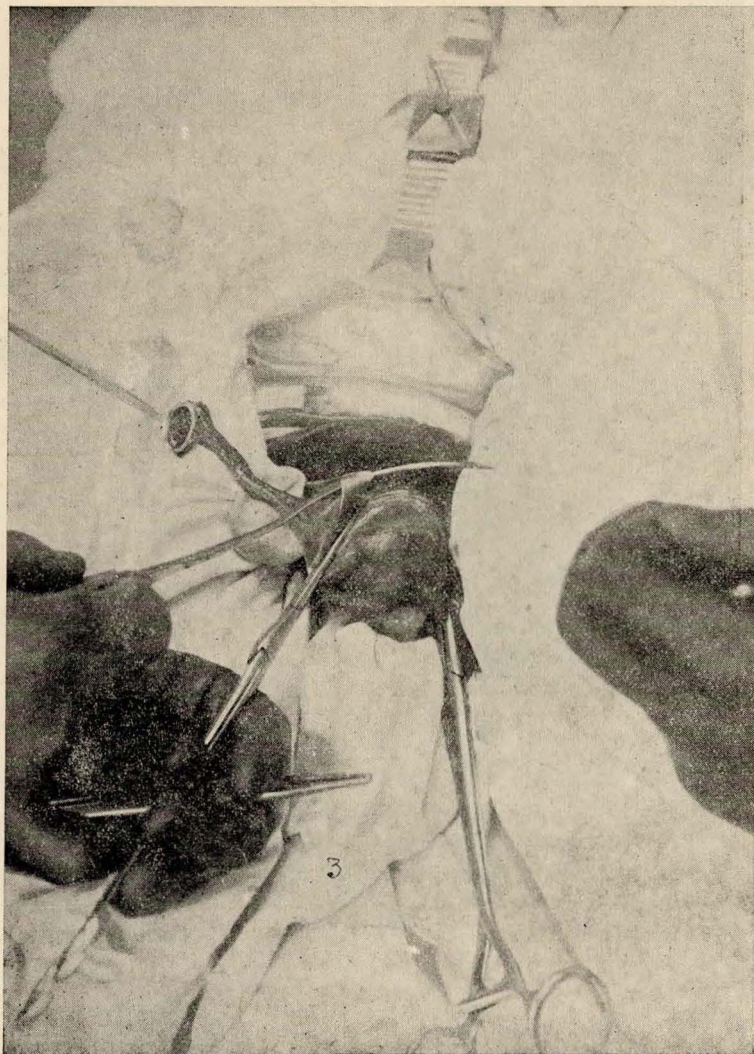
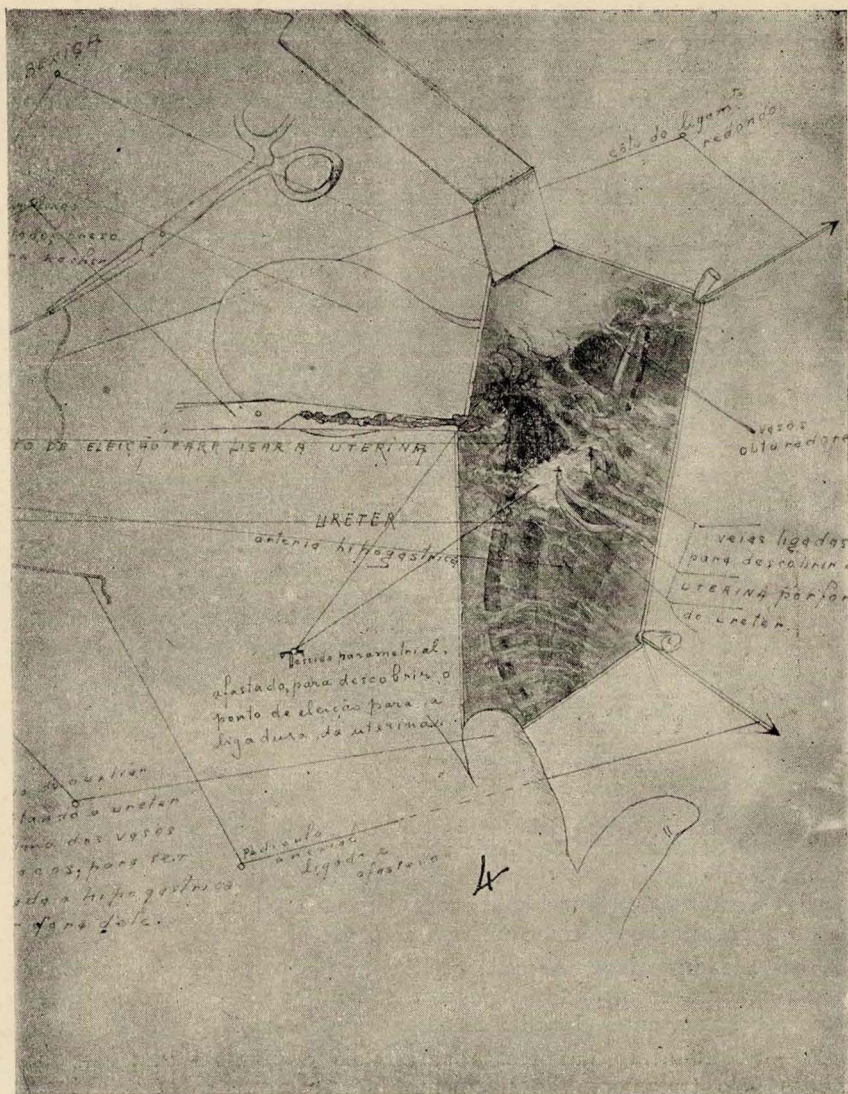


Figura n.º 3



4.º — Ao nível do ponto mais alto, em que o peritônio começa a ser descolável do útero, ligam-se os dois triângulos. (Figura 5). Nessas condições, só fica o peritônio que não é descolável do útero. Adiante, é conveniente, antes de cortar, descolar com o dedo a dobra peritoneal vésico-uterina; atrás, depois de colocar uma pinça no bordo do peritônio posterior do ligamento largo, pode-se entrar a ligar os vasos que caminham no ligamento cérvico-pélvico posterior, ao longo do reto, e cortar o peritônio retrouterino de um lado ao outro, de tal forma que, virando para trás a pinça do bordo uterino, distende-se o feixe conjuntivo oblíquo, ou lateral, (de Mackenrodt.)

5.^o — Nesta fase da intervenção, descolado o peritônio da bexiga, quase sempre deixado aberto na linha média, (onde também às vezes é necessário retirar com êle um pedaço da bexiga infiltrada,) é fácil retirar a valva de Doyen da sua posição na figura 6 para recolocá-la por cima do peritônio, (fig. 5,) começando então a fase extraperitoneal muito antes do perigo de abrir um foco séptico aos lados do istmo, e seguramente muito antes de abrir a vagina.

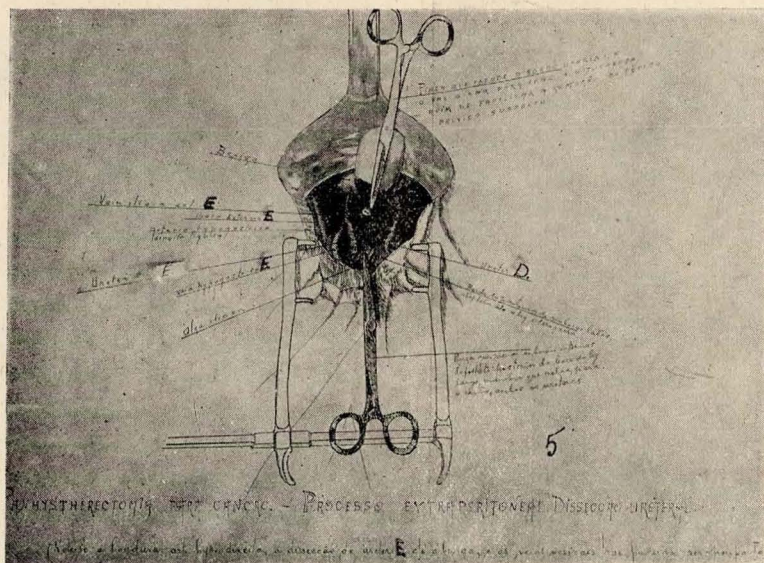


Figura n.^o 5

6.^o — O peritônio do reto pode ser simplesmente escondido e protegido por um campo e uma valva, como na figura 6. Mas pode também ser excluído da irritação, ou exposição, tomando-se, com a mesma pinça, os dois retalhos posteriores do ligamento largo, como na figura 5.

7.^o — Ligadura das veias e da artéria uterina para fora do uréter, em geral depois da ligadura da artéria hipogástrica, se bem que, à esquerda, a uterina deva às vezes ser ligada antes da hipogástrica. (Figs. 4 e 7.)

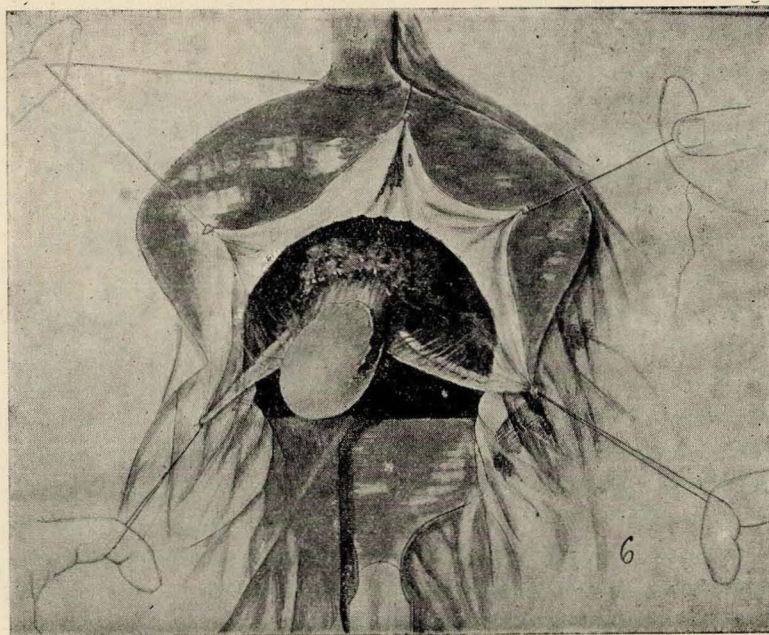
8.^o — Tratamento das fossas para-retais e para-vesicais: — aquelas já facilitadas pelo tratamento do ligamento útero-sacro e estas pela ligadura do vésico-uterino e seus vasos.

9.^o — Abertura do canal ureteral, deixando, entretanto, preso ao peritônio, o seu trajeto superior, desde a bifurcação da ilíaca primitiva até a divisão da hipogástrica. (Fig. 4.)

10.^o — Ligadura do paramétrio lateral e do paramétrio anterior ou horizontal, de cada lado, com os seus vasos, adaptando ao caso particular um dos vários processos de cada uma das escolas acima referidas.

11.^o — verificação da sutura da bexiga; (apertada, não deve deixar sair o ar de dentro.)

12.^o — Abertura de uma janela na vagina, levantada a bexiga, para ver se a gaze ainda está embebida de iodo. Se não estiver, aplicar iodo, retirar a gaze, depois de aumentar a incisão, fazendo puxar essa gaze pela vagina, depois de lhe



adaptar outra, que irá ficar na cavidade para ser do mesmo modo retirada, mas levando um dreno. O dreno é suturado ao bordo vaginal, e a vagina é então cortada completamente. (Figura 8.)

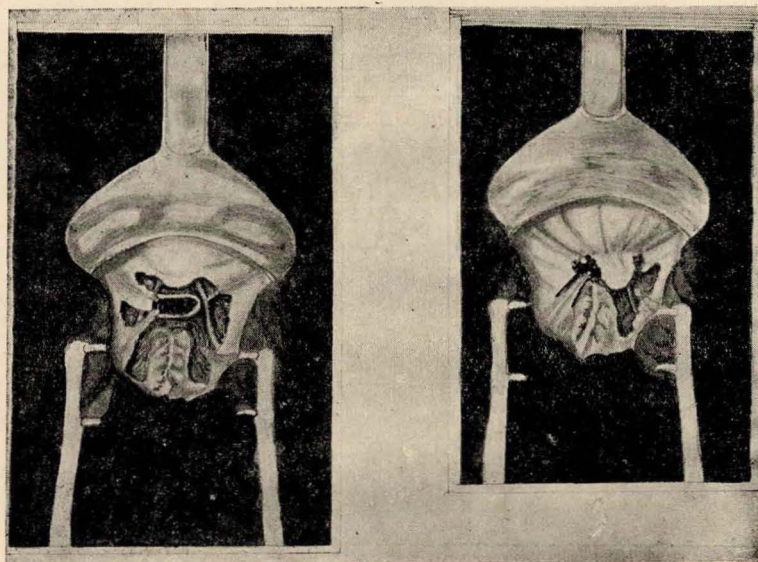


Figura n.º 8

Figura n.º 9

13.º — Peritonização com a drenagem “*valvular*” do meu processo, conforme as figuras 8 e 9, (que mostram o começo da peritonização.)

14.º — Quando a infiltração de paramétrio, mesmo não cancerosa, como no caso da figura 10, não deixou tanto peritônio que seja possível a “*valvula*”, o epíplon e o intestino ajudarão a fechar a brecha.

15.º — Fechamento do ventre, depois de colocar dentro da cavidade peritoneal: —a— uma ou duas empôlas de sulfamida ou electrargol; —b— uma empôla da vacina ou sôro requeridos pelo histórico da enferma.

16.º — Determinação do tratamento da moléstia operatória baseado no comportamento dos aparelhos mais importantes, durante a intervenção, e no exame pre-operatório.

Durante a intervenção, uma ou mais vezes são mudados os campos e reidos os bordos da incisão, (assim que o sangue possa ter eliminado o iodo,) e também ao fechar o ventre, mesmo que ele não tenha sido consumido pelo sangue. Também em alguns casos, faz-se a irradiação pelos raios ultra-violetas.

A anestesia é quase sempre a raquidiana, pela percaína. A paciente é tanto quanto possível, operada do improviso para ela, e também longe de purgativos, e envolvida na atmosfera psíquica em que domina o entusiasmo das operadas com um resultado animador. Tudo significando o lado psicogênico da prevenção do choque; (evitando a tendência hipotensiva da emoção excessiva.)

EM RESUMO,

eis os caracteres principais desta técnica:

1.º *Ela é extraperitoneal em toda a fase em que essa via de labor é conveniente:* e isso se viu, pela descrição acima feita, pouco depois de abrir e um pouco antes de fechar o ventre. Mas em certas condições pode ser conveniente um comêço extraperitoneal: É quando se desconfia que a alteração do colo uterino já abriu e contaminou a barreira que separava a cavidade uterina do tecido periuterino. Nesses casos, para evitar a extensão inadvertida da infecção ao peritônio, e para examinar a operabilidade, e ainda principalmente para tratar o feixe anterior do retináculo, e ligar as suas veias, e as do ligamento vésico-uterino, para alguma dessas eventualidades pode ser útil não abrir o peritônio, no início: separá-lo da parede, caminhar na direção do lado suspeito,

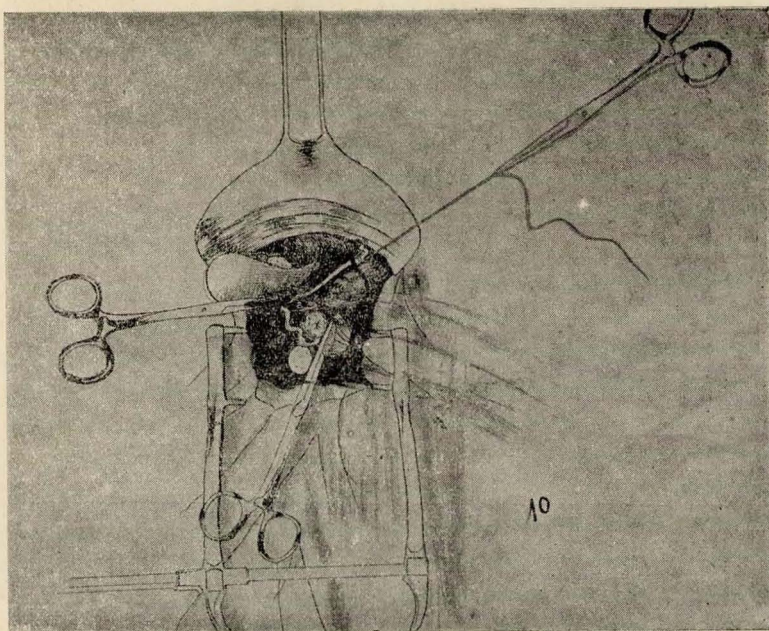


Figura n.º 10

como quem vai ligar a artéria ilíaca, fazer o que está fotografado na figura 11, afastar com a gaze o peritônio que cobria o ligamento vésico-uterino, expor a vagina, depois de ligar os vasos, afastando para o lado a parte anterior do retináculo; o que demonstrou que não havia, no caso, perfuração realizada, nem perfuração a realizar *inconscientemente nas manobras clássicas dentro do peritônio*. Essa parte prévia da operação é fácil nas pacientes cujo biótipo se revela nos triângulos da figura 12; mas é difícil para os ventres do tipo da figura 13. (Veja-se o meu trabalho "*Biotipologia Praticada na Mesa do Cirurgião*") Permita-se-me, contudo, dizer que êsses triângulos são determinados pela sínfise, umbigo, ponta do esterno, ponta da XI.^a costela, e parte mais alta da e. i. ântero-superior.

IIº — *A última desinfecção com iodo se faz de dentro para fóra. Isso evita a infecção habitual, que mata muitas doentes, cujo óbito não raro é registado*

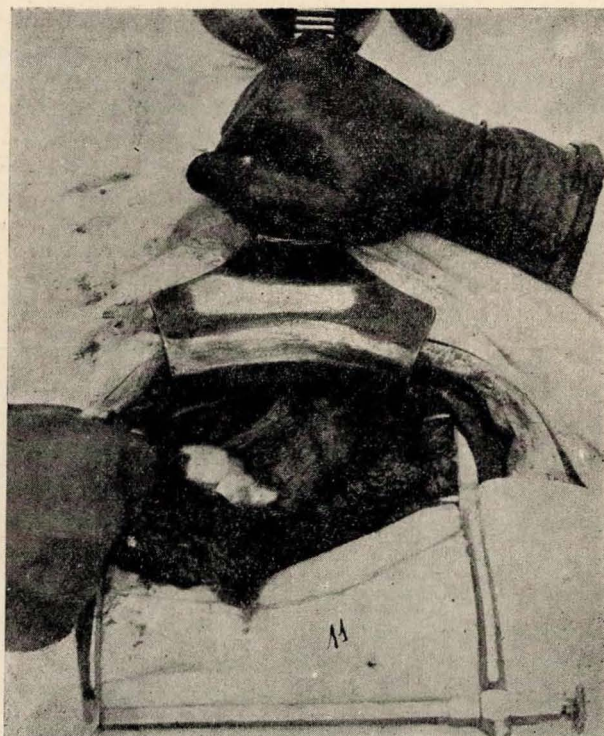


Figura n.º 11

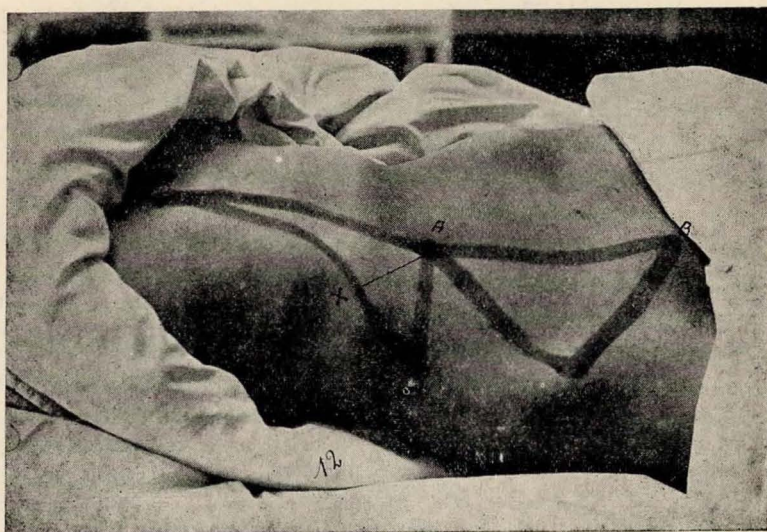


Figura n.º 12

como *fraqueza cardíaca, miocardia, acidose*. É certo que, ao cortar a vagina, o útero é fechado com uma pinça poderosa. Mas também é certo que, dêse útero, e antes de fechá-lo, se espremeu, para a vagina, um conteúdo, tanto mais perigoso, quanto mais antiga era a retenção dentro da cavidade. Não é só nos nódulos fibromatosos que aparece a retenção. Qualquer vegetação ou irregularidade do anterior de um útero canceroso pode provocá-la.

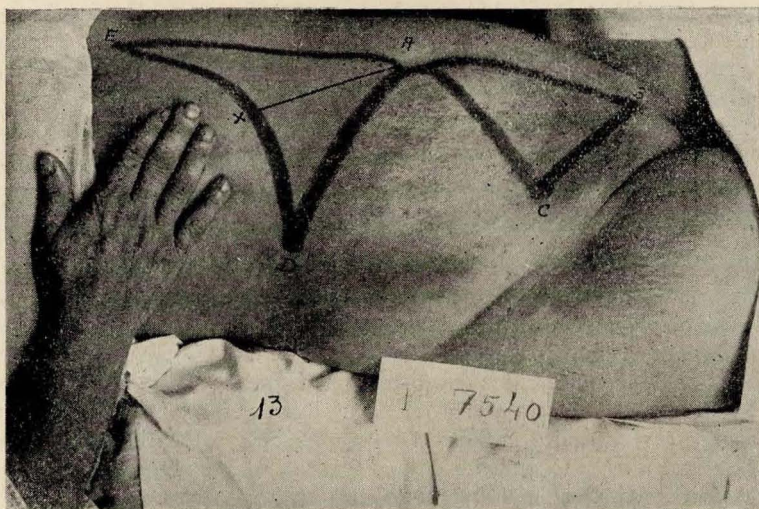


Figura n.º 13

IIIº — *A peritorização se faz em geral pela sutura do peritônio poupado, e pelo processo da válvula*. Isso permite sustentar a bexiga, deixar a vagina aberta para a drenagem e fechada para o intestino, conforme se percebe nas figuras 8 e 9. Esse meio rompe o círculo vicioso da eliminação hepática das toxinas, diminui a taxa de polipeptidemia, e facilita os meios de luta contra a moléstia operatória, tais como a ação da glicose e do clorureto hipertônicos, da insulina, e das vitaminas C e B₁ etc.

Nós não consideramos que os acidentes post-operatórios sejam só traumatismo nervoso, nem só alteração química, psíquica, infecciosa, cardíaca, hipotensiva, anemia aguda, desequilíbrio ácido-básico, etc., etc.: pensamos que o mecanismo é complexo, mas que essa complexidade varia; e ainda mais que essa variação poder-se-ia classificar em dois grupos principais: o grupo das mulheres longilíneas excessivas e o das brevilíneas excessivas. Essas duas tendências se revelam no ventre, aos olhos do cirurgião, sem necessidade prática de medir os graus exatos, centesimais, do erro específico da longi ou braquiptipia... O que importa, chamente, é apenas saber que quando os triângulos do ventre são, por exemplo, do tipo figurado em 12, a pressão custará mais a subir o suficiente para a anestesia raquidiana, etc. Como quer que seja, porém, os meios preventivos da moléstia operatória têm que ser complexos o adaptados à totalidade constitucional do indivíduo.

RECAPITULAÇÃO

É evidente que essas três características principais da histeroectomia extraperitoneal só podem ser bem avaliadas por meio da experiência operatória. E, nessa experiência, somente será possível abeirar-se da verdade, compreendendo e executando o que a técnica ordena. Por essa razão, vamos aludir rapidamente aos pontos mais necessários a essa compreensão. Nesta recapitulação, para brevidade e clareza, olharemos algumas figuras, e por elas mostraremos os erros mais frequentes, e em virtude dos quais a operação extraperitoneal torna-se desviada, falseada, e o operador julga irrealizável ou difícil uma técnica que é muito simples em realção às suas grandes vantagens.

Figura 4

É o comêço da entrada no espaço subperitônio-pélvico. Essa entrada começou sendo um triângulo: os ângulos eram formados: 1.º — pelo pedículo do ligamento redondo, que foi cortado junto do útero; 2.º — pelo pedículo anexial interno, que ficou na pinça que prende o bordo do útero; 3.º — pelo pedículo anexial externo, *que deve ser cortado muito em cima*, porque, do contrário, não se poderá nunca obter o que está na figura 6. E, não se obtendo aquela exteriorização dos cinco pedículos expostos na figura 6, não será possível uma intervenção simples e de mais alta eficiência. Para que a operação esteja correta, é indispensável cortar muito em cima o pedículo anexial externo, e tão alto que permita logo, com o dedo indicador e o “farabeuf” da figura 4, transformar o triângulo primitivo nesse polígono que mostra, na mesma exposição, a bexiga, os feixes do tecido parametrial, ilíaca primitiva em sua bifurcação, o uréter por cima da inserção externa do feixe cardinal, e a possibilidade de ligar a hipogástrica poupando a nutrição do uréter com muito mais segurança, porque o dedo o levanta com o folheto peritoneal, e o torna muito mais acessível, com uma manobra insinificante. Além disso, se o pedículo anexial externo fôsse cortado para baixo da linha inominada, como é clássico, *a operação extraperitoneal só seria possível mediante um talho à bumm, mas entre o ligamento redondo e o pedículo anexial externo*: ora, com êsse talho, o peritônio não passa para cima da valva, deixando a sua posição da figura 6 para desaparecer por trás da valva, como na figura 5. Além disso, com êsse talho, o ligamento redondo aparece depois, no resto da operação, como um simples cordão, que não mobiliza peritônio ao mover-se, e não o leva para cima, e portanto não o esconde atrás da valva, o que malogra o duplo objetivo da operação que tem de ser *extraperitoneal*, e também *o levantamento da bexiga presa a essa parte escondida, do peritônio*; levantamento êsse que, combinado com o precoce tratamento de ligamento úterosacro, permite descobrir e tratar os diversos feixes do paramétrio como nenhum outro processo operatório conhecido. Só assim se consegue facilmente o aspecto representado na figura 5.

Figuras (8) e (9)

A figura 8 mostra o ligamento redondo esquerdo já preso ao bordo da vagina, por cima da ligadura do feixe horizontal. Isso quase realizou a peritonização nesse lado: por que? Porque o ligamento redondo, graças à ligadura *muito em cima*, do pedículo anexial externo, pôde ser conservado com abundante peritônio, que não foi obrigado a perder, com um talho posterior. Na figura 9, já se fez o mesmo com o ligamento redondo direito, e o retalho peritoneal vésico-

uterino, sendo prendido na vagina, evita o traumatismo do intestino contra o dreno, e assegura a drenagem espontânea. A bexiga ficou protegida. O mesmo serviço que prestou adiante o peritônio vésico-uterino, vai prestar, atrás, o peritônio reto-uterino, e tanto mais facilmente quanto maior cuidado teve o operador ao descolar contra o útero e não contra o reto, como se costuma fazer: mas, para isso, é preciso que se tenha tido o cuidado de, ao destruir o colo, com o bisturi elétrico, e a consequente coagulação final, — estabelecer bem claramente que não ficou tecido neoplásico ou infetado na parede posterior do útero, de tal forma que o cirurgião possa estar certo de não abrir um foco de contaminação com êsse ataque da parede posterior do útero, em vez da parede do reto, para descolar o peritônio. Na verdade, descolar contra o útero é preparar uma bolsa de peritônio, que é a própria serosa que reveste a bolsa do Douglas. Ora, na figura 8 e na nove se vê que a parede do reto está cruenta, e não conservou essa bolsa peritoneal; olhando a figura 5, vê-se que a bolsa aí foi conservada, como um saco, (que a pinça inferior fecha,) para completar a exclusão do folheto peritoneal do campo de trabalho; outras vezes, em vez de fechar com uma pinça, introduz-se uma compressa, o que também torna a operação uma operação extra-peritoneal. A vantagem da bolsa, também é um objetivo duplo: não só permite excluir a cavidade peritoneal, senão que permite um novo auxílio à peritonização. Esse auxílio é importante: uma tesourada abre até ao fundo a parede anterior da bolsa; e cada um dos dois retalhos laterais dela será depois adaptado na direção do peritônio que veio suturar-se na vagina, o que completa o dispositivo em válvula para fechar o peritônio, resguardando o intestino e aumentando a drenagem salvadora. O esvaziamento ou destruição do colo, pelo bisturi elétrico, via vaginal, auxilia, naturalmente, qualquer operação a prevenir a infecção, mesmo quando não haja grandes massas de vegetação maligna.