

Trabalhos originais

Algumas considerações sobre a cesareana segmentar *)

Dr. Oddone Eugenio Frederico Marsiaj

O capítulo da cesareana segmentar é um dos que maiores discussões levantou dentro da obstetricia. Não é nossa finalidade fazer história ou rememorar dados que todo o tratado da especialidade traz com abundância de detalhes.

A questão do parto cesáreo, entretanto, após discussões que se prolongaram por séculos, chegou em nossos dias numa situação feliz de harmonia quasi unânime quanto às opiniões, no que diz respeito à essência do assunto.

E² que, sendo as técnicas antigamente deficientes e falhas, as estatísticas somente poderiam ser péssimas, quer para o lado materno quer para o lado fetal e daí a luta de partidários de diferentes métodos.

A melhora da técnica, as idéias de Semmelweis e Lister e a descoberta de Pasteur, fizeram abrandar as furiosas opiniões adversas, pois novas esperanças surgiram, baseadas em melhores e maiores estatísticas.

No início do presente século, ensaios felizes da técnica segmentar, já tentada aliás com insucesso por cirurgiões do século passado, a melhor proteção do peritônio e os cuidados na seleção dos casos, pouco a pouco fizeram com que o número de intervenções abdominais aumentasse na gestação a termo ou próximo.

Fernando Magalhães, o grande mestre da obstetricia brasileira, foi um dos primeiros a romper a rotina, não encarando mais com timidez os casos em aprego. Tratou de melhorar sua técnica e conseguiu a brilhante estatística de 161 intervenções com 11 de morte, numa época em que obstetras de valor apresentavam, como von Amon e Winter, em 1930, estatísticas de 146 casos infectados com 27% de mortalidade.

Fernando de Magalhães inicialmente, em seu período de lutas, não empregou nunca a técnica segmentar. Praticava a cesárea clássica e imaginou e descreveu a cesareana média.

Inteligência brilhante e técnico admirável, aquele mestre foi um pioneiro da cirurgia abdominal em obstetricia, no Brasil. Com a proteção do campo com lençóis de borracha, com a separação do material usado, com sua presteza e técnica, Fernando de Magalhães conseguiu estatísticas admiráveis, sem escolha de casos, rompendo preconceitos errôneos que uma maioria com má orientação cirúrgica, mas clássica, uma técnica falha e a timidez respeitosa de indicações tardias, mantinham de pé.

*) Estatística de 1935-1939 — Apesar de termos 0% de mortalidade em 100 casos de 1931-1941, foi-nos impossível, por motivos alheios à nossa vontade a apresentação daquela estatística na presente data.

Seu método e seus ensinamentos espalharam-se pelo país. Entretanto, o mestre não empregava nesta época a segmentar. Sómente em 1929 converteu-se a ela.

A cesareana baixa vulgarizou-se no Brasil depois da Grande Guerra 1914—1918. Fomos, junto com nosso irmão Dr. Enio Marsiaj, dos primeiros a praticá-la e vulgarizá-la em Porto Alegre, e após 1930, em nossa clínica particular, sempre seguimos a segmentar.

A princípio, ainda cheios das noções clássicas, respeitamos por muito tempo a escolha dos casos, classificando-os conforme o costume em puros, impuros ou infectados. Após uma série feliz de casos em que mãe e feto conseguiram a vida em situações onde sómente a incisão segmentar poderia dar sucesso, fomos adquirindo maior confiança e nos desvencilhando pouco a pouco de regras mais teóricas do que práticas.

Iniciamos nossas intervenções segundo a técnica de Krönig, com incisão longitudinal para os casos chamados puros, com bolsa íntegra ou com rotura de poucas horas, sem febre. Modificávamos o proceder nos casos infectados e febris.

Empregávamos então, nestes casos, a técnica de Hirst-Phanoef, com sutura do peritônio visceral ao parietal e drenagem do espaço assim formado.

Nos casos mais graves, com corrimento fétido e temperatura, colocávamos, após a sutura acima referida, um dreno à moda de Mickulicz, com gase iodoformada, sobre a sutura uterina, que permanecia assim artificialmente extraperitonal.

Este modo de agir mantivemos até Janeiro de 1936. A partir desta época sómente praticamos a cesareana segmentar seguindo a técnica de Michon.

Até 1936 praticamos cerca de 50 cesareanas segmentar seguindo o critério acima exposto.

Tivemos ocasião de seguir o Hirst-Phanoef com Mickulicz em 10 casos (até 1936 — e 4 casos de 1936 a 39, em virtude da modificação de técnica).

Nossa estatística 1935—1939 é de 0% de mortalidade materna e 4% de mortalidade fetal (2 fetos em 50 intervenções: um nasceu morto em virtude da espoliação sanguínea em caso de placenta praevia e o outro morreu ao nascer, em virtude de trabalho demorado). Daquela data seguimos a técnica de Michon e sómente 4 vezes, de 1936 até 1939 e uma vez em 1941, como auxiliar do Dr. Zeferino Bitencourt, tivemos ocasião de indicar a drenagem ao Mickulicz com gase iodoformada, em casos de particular gravidade, com 0% de mortalidade.

O detalhe de técnica de Michon permite-nos suturar um ventre sem drenagem em casos onde antigamente não seria sequer admissível pensar em fazê-lo.

Preferimos descrever a técnica de Michon segundo sua publicação na *Revue de Gynécologie et d'Obstétrique* de fevereiro de 1932:

“Primeiro tempo — Laparotomia mediana infra-umbelical, uma incisão de 15 cm. é suficiente.

Segundo tempo — Incisão do peritônio vésico-uterino. Um auxiliar mantém uma grande valva pubiana. O operador, colocado à direita da mesa de operações, mantém com a mão esquerda a apresentação fetal, que é geralmente a cabeça e a impele para o diafragma. Este gesto primordial na realização do processo tem por fim descobrir a zona que se esconde atrás do pubis, distende o fundo de saco vésico-uterino e torna o segmento abordável. O bisturi incisa transversalmente o peritônio no ponto de união com a bexiga. Depois, com tesouras longas e curvas introduzidas na boteira, aumenta-se a incisão para a direita e para a esquerda até aos pedículos venosos laterais uterinos que são vistos por transparência.

Terceiro tempo — Dissecção do retalho peritonal. Sem ocupar-se com o retalho vesical, o operador tendo fixado uma pinça em coração sobre o retalho superior, destaca-o por meio do indicador para cima, para a esquerda e para a direita. Nesta dissecção fácil e rápida obtem-se um retalho mais resistente, si tivermos o cuidado de descolar o tecido celular sub-peritonal, que é às vezes bastante desenvolvido. Esta dissecção deve interromper-se sobre os lados, ao nível dos pedículos venosos na vizinhança dos quais deve-se evitar qualquer manobra instrumental e para cima em um limite variavel (12 cm. da bexiga, segundo os clássicos). O retalho assim destacado forma um todo inextensível. Agora é necessário fazer uma abertura mediana deste retalho que o divide incompletamente em duas metades direita e esquerda.

Quarto tempo — Exclusão da zona de histerotomia. Torna-se muito fácil solidarizar com pinças de Kocher o peritônio visceral com o peritônio parietal. Geralmente uma pinça mediana e quatro laterais são suficientes para realizar uma exclusão tal que a grande cavidade peritonal fique hermeticamente fechada. E' possível continuar a exclusão para o lado do pubis graças ao peritônio vesical, esta manobra não sendo indispensavel em virtude da posição inclinada da doente. Neste momento deve-se retirar a valva pubiana que deixou de ser util e pode mesmo prejudicar a extração da cabeça fetal.

Quinto tempo — tempo uterino: Assim, o segmento sobre o qual se fará a histerotomia acha-se sob os olhos, facilmente abordável. O bisturi pratica uma boteira que abre a cavidade amniótica; os dois indicadores introduzidos através desta boteira afastam o músculo uterino: a histerotomia está feita.

Esta maneira de proceder tem a vantagem de dar uma ferida uterina sem perda de sangue e de determinar as dimensões da histerotomia proporcionalmente às medidas da cabeça fetal, cujo diâmetro percebe-se com os dedos. Pro-

cede-se a extração do feto. Duas pinças em coração fixam os bordos da incisão uterina durante a extração da placenta e das membranas. Neste momento, faz-se uma injeção de ergotina ou de post-hipofise. A sutura muscular se fará segundo a preferência de cada um. Temos o costume de fazer um primeiro plano de cat-gut com pontas separadas e um segundo plano igualmente de cat-gut com grandes pontas em U.

Sexto tempo — Fechamento. Retira-se as pinças de Kocher e destaca-se um do outro o peritônio parietal e visceral que permanecem colados apesar da retirada das pinças. Durante um momento coloca-se um separador com duas valvas.

Examina-se a cavidade abdominal para verificar-se que ela está absolutamente sêca. Nenhuma gota de líquido penetrou. A sutura do peritônio se faz rapidamente e simplesmente por um chuleio em bolsa com cat-gut, que tem a vantagem de plissar o peritônio e não deixa, uma vez terminada, nada mais do que uma superfície muito pequena escondida da plica vésico-uterina, o que diminui tanto as possibilidades de aderências post-operatórias. Não resta mais nada senão fechar a parede abdominal.

Este é o processo original de Michon. Com o tempo e as circunstâncias modificamos alguns pequenos detalhes:

- 1.º tempo — Colocamos a paciente em posição de Trendelenburg. Praticamos sempre a incisão vertical como recomenda Michon. Algumas vezes fomos obrigados à incisão de Pfannenstiel em virtude de excessivo desenvolvimento do panículo adiposo da paciente.
- 2.º tempo — Praticamos a incisão em T no peritônio que recobre o segmento inferior, sendo que a incisão transversal incide sobre o peritônio no ponto de união com a bexiga e a incisão longitudinal ascendente 12 cm. mais ou menos, conforme os casos.
- 3.º tempo — Descolamos os retalhos assim traçados com tesouras. Em sua porção superior, sobre o corpo do útero, dissecamos às vezes a bisturi um retalho de peritônio quando em casos de segmento inferior mal formado necessitarmos de tecido suficiente para a sutura em bolsa.
- 4.º tempo — Empregamos geralmente 10 a 12 pinças de Kocher ou Péan na fixação dos folhetos peritoniais.
- 5.º tempo — A botoeira é alargada a tesoura para cima e para baixo. Não praticamos a incisão transversal não excepcionalmente.

A extração do feto é praticada a forceps. Empregamos o de Simpson ou de preferência o de Kjelland.

Em casos de *Urgencia*



o novo tônico circulatório e cardíaco
em gotas e ampôlas

Trico Zambeletti

Preparado organico tri-iodo-azotado

Máxima eficiência curativa — Destacado neurotropismo. —
Ausência de retenção — Perfeita tolerância local e geral.
Indicações: Artritismo — Artrite deformante — Localiza-
ções microbianas e tuberculares — Adenopatias — Afecções
para-lueticas — Intoxicações exogenas e endogenas também
dos centros nervosos — Arteriosclerose — Polissarcia —
Anexites.

Injeções intra-musculares e endovenosas.

Ampolas de 2 e 5 cc.

Via bucal: comprimidos em vidros de 50.

LABORATORIO ZAMBELETTI LTDA. — Caixa 2069
SÃO PAULO

IODORISMAN

RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

TROPHOLIPAN

MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTERES: MORRUEO E CHALUMMOGRICO, SUPERSATURADOS DE LÍPIDIOS: TOTAIS DO CEREBRO

LITERATURA E AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DA CLASSE MÉDICA

PIO MIRANDA & CIA. LTDA
RUA S. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523
RIO

Amostras em Porto Alegre:

SCHUETZ & COMP. — Rua Senhor dos Passos, 94.

Logo após a extração praticamos injeção endovenosa de orastina e injeção intramuscular de basergéne ou ergotina.

A dequitação geralmente é espontânea com a orastina endovenosa. Em alguns casos somos obrigados a praticar a expressão.

São feitas duas suturas na parede uterina. A primeira, continúa com cat-gut n.º 1. A segunda, com pontos separados em U, com cat-gut n.º 2.

6.º tempo — Após fechada a bolsa do peritônioc visceral damos um ponto em U fixando a bexiga sobre a mesma. Ultimamente usamos sulfamida peritonial entre a parede uterina e o peritônio e na cavidade peritonial.

Anestesia: De 1935 a 1939 empregamos unicamente a rachipercaina (em 48%) e o balsoforme (em 52%). Do ano 1939 até a época presente substituímos o balsoforme pelo eter em virtude de certos pequenos acidentes que atribuímos àquele anestésico, tais como: cianose frequente durante a intervenção com iminência de síncope, aumento da hemorragia e vômitos mais frequentes. Toda a vez que pudermos, empregaremos a rachipercaina, anestesia admirável na cirurgia abdominal e que, na cesareana segmentar além do fator anestesia coadjuva dando-nos silêncio abdominal, diminuindo a hemorragia e facilitando a sutura, pois, em virtude de sua ação sobre a contração uterina favorece a dequitação e apresenta ao operador os bordos da incisão com mais clareza, além de não ter ação sobre o feto.

Entretanto, o estado de espírito das parturientes e o temor que tal anestesia inspira à paciente faz com que, ao lado de alguma contraindicação, seu emprego seja reduzido.

Várias causas influíram em nossa estatística na indicação da via abdominal. Das operadas, 32 ou 64%, eram primíparas e 18, ou 36%, eram múltiparas. Duas operadas, ou 4%, sofreram a intervenção pela segunda vez. Em 90%, a apresentação era occipital, em 2%, apresentação de face em M. P., 6%, apresentação pélvica pura e 2%, apresentação cormica.

Em 6% dos casos houve tentativa de versão ou forceps.

Entre as causas que motivaram a intervenção citaremos:

Desproporção feto-pélvica	34%
Obstáculo cervical: edema, rigidez etc. . .	32%
Sofrimento fetal	12%
Inserção viciosa de placenta	8%
Gravidez prolongada: 11 meses	2%
Tumor praevio	2%
Eclâmpsia e bacia raquítica	2%
Distocia anular	2%
Morte habitual do feto (diabética)	2%
Apresentação cormica insinuada	2%
Apresentação de face M. I. D. P.	2%

Praticamos 72% das intervenções pela técnica de Michon, 20% pelo processo de Hirst-Phanoef com drenagem a moda de Mickulicz com gase iodoformada e 8% pela técnica de Krönig com mortalidade materna total = 0%.

De 1939 até a presente data 90% das nossas intervenções foram feitas segundo Michon, com pequenas modificações, continuando, apesar da diversidade dos casos, nossa estatística em 0%.

Sendo nosso serviço organizado com pacientes da clínica particular em hospitais particulares e principalmente no que dirigimos, que pertence à Sociedade Portuguesa de Beneficência, explica-se em parte o sucesso de nossa estatística. Não costumamos atender parturientes fora do hospital e só por exceção atendemos alguma que não acompanhamos durante a gestação ou que iniciou o trabalho em domicílio, em mãos de parteiras estranhas.

Post-operatório

A maior parte de nossas pacientes passa como se não tivesse sofrido intervenção grave. As que sofreram a rachiperecaina costumam passar quasi como num parto normal. Poucas nos preocupam e estas são as que vinham já em trabalho prolongado, esgotadas e submetidas a anestesia geral.

Costumamos tomar precauções de ordem cirúrgica e obstétrica.

Algumas operadas apresentam já no primeiro dia exagerado timpanismo abdominal e certo grau de distensão gástrica que pode culminar na dilatação aguda do estômago. Aconselhamos o emprego do sôro glicosado com insulina e sol. de cloreto de sódio a 20% em doses que variam de 20 a 100 cc. em 24 horas, podendo ser aumentada em caso de necessidade.

A persistência da distensão abdominal, principalmente acompanhada de vômitos e quadro tóxico, indica o uso da sonda retal alta e o emprego da sonda duodenal de demora com lavagem de estômago.

Tem-nos dado excelentes resultados a associação do cloreto de sódio com prostigmina endovenosa.

Existem quadros peritoniais que são unicamente provocados por acidose ou uremia cloropênica.

Quantas pacientes terão sucumbido com diagnóstico de peritonite?

A medicação alcalina, as soluções salinas e glicosadas, a insulina, a sonda duodenal, teriam certamente salvo estas pacientes.

Nunca tivemos ocasião de observar um quadro de peritonite em nossas operadas. Todos os quadros peritoniais corresponderam a formas tóxicas que a medicação acima citada removeu.

A transfusão de sangue deve ser feita nos casos de choque, hemorragia, anemia, insuficiência suprarrenal.

Diante de um caso grave impõe-se no post-operatório dosagem sanguínea de cloretos, CO_2 , uréia e cloro plasmático e globular.

Observamos diariamente a pressão arterial, pulso, temperatura, quantidade de urina e respiração.

A retenção de urina nos três primeiros dias é frequente. Costumamos sondar estas doentes três vezes nas 24 horas e injetar urotropina

endovenosa e doril Merck intramúscular. Raramente esta complicação persiste três dias.

Nunca atendemos hemorragias no post-operatório. Em 30% das doentes fomos obrigados ao uso da drenagem metálica.

Atualmente reduzimos muito o emprego do Mouchotte. Preferimos o uso do sulfato de quinino em doses de 0,15 repetidas 3 a 5 vezes por dia, e a mudança de posição no leito, e somente a persistência da temperatura ou da retenção de lóchios nos faz pensar na drenagem metálica.

A maioria de nossas operadas, quando não apresentou quadro tóxico usou a sulfamida per os depois do aparecimento desta droga.

Apesar da mortalidade hoje ser reduzida (a nossa é de 0%) a morbilidade é elevada; a nossa acusa: 48% de puerperios febris e somente 52% de puerperios normais; 8% de flegmatia alba dolens e 4% de embolias pulmonares não mortais.

As grandes vantagens da técnica de Michon são o isolamento da cavidade peritonal e a sutura em bolsa. O número de abscessos da parede reduz-se em virtude de menor contaminação, e é frequente seu esvaziamento pelo segmento inferior, pois, na maioria das vezes, eles são inicialmente sub-peritoniais.

O aperfeiçoamento da técnica da cesareana segmentar e o sucesso das estatísticas, trouxeram consigo um grande inconveniente, a facilidade do acesso à via abdominal, com prejuízo da observação em partos que, bem conduzidos, poderiam ter outra solução pelas vias naturais.

As indicações por chamadas desproporções feto-maternas e por distocia do colo e distocia de força sómente deveriam ser feitas após a prova de trabalho, reservando exceções que impõe a intervenção, tais como bacia geralmente estreitada, cicatrizes extensas do colo etc.

Fernando Magalhães disse que o parto do futuro será normal ou cesáreo. Com estas palavras devemos compreender que todo o obstetra deve esforçar-se por um parto normal e só torna-lo cesáreo após ter esgotados os recursos que o caso exige sem prejuízo para a gestante e o feto.