

aqui os casos de *béri-béri* são bastante esporadicos, o que não acontece por ahi, e no Maranhão.

O tempo, a observação, e as sans experiencias, é que hão de demonstrar, se este meio therapeutico, de que tenho lançado mão, deva ser preferido aos que andão em vóga lá pelo Sul, ou se tido na mesma conta e apreço desses.

Digne-se dispôr do fraco prestimo de quem se preza ser

De V. S.

Amigo obrigadissimo, collega, e criado respeitador

Dr. *Francisco da Silva Castro.*

GYNECOLOGIA

RUPTURAS DO PERINEO E PERINEORRAPHIA

Pelo Dr. A. PACIFICO PEREIRA

São frequentes os casos de ruptura do perinêo que aqui se encontram na clinica gynecologica, e a causa principal d'esta frequencia é sem duvida a falta de auxilio medico adequado nos partos, o habito do decubito dorsal durante este trabalho, e além d'isto o abuso que commettem as pessoas leigas que se occupam no mister de parteiras, obrigando as parturientes a posições inconvenientes e perigosas no periodo da expulsão do feto, e não protegendo devidamente o perinêo no momento opportuno.

Alem d'estas causas, faceis de obviar pela applicação das indicações obstetricias, outras existem, menos frequentes, que dependem de condições anormaes ou accidentaes, que impedem ou embaraçam o processo preliminar da dilatação da vagina e do perinêo, ou que

occasionam a desproporção entre os diâmetros da cabeça do feto e o orifício da vulva. Na penultima ordem de causas, a de mais consideravel influencia é a idade avançada nas primiparas; em geral, além dos trinta annos, o perinêo pela sua rigidez e falta de elasticidade não permite facilmente a extensa dilatação necessaria ao trabalho da expulsão do feto.

Nos casos em que a vulva muito estreita ou o perinêo muito rigido tornam imminente a ruptura no momento da passagem da cabeça do feto, tenho muitas vezes praticado a episiotomia, que tem a incontestavel vantagem de limitar a uma extensão menor e a uma séde mais favoravel, a lesão que na ruptura espontanea seria inevitavelmente extensa e mal situada. Com um bistouri longo, convexo e abotoado, faço, durante a distensão do perinêo, uma incisão de cerca de 2 centímetros d'extensão, comprehendendo a mucosa e o sphincter cunni, sem interessar a pelle, de cada lado da vulva, e na direcção da tuberosidade ischiatica.

A este meio preventivo tive muitas vezes necessidade de recorrer quando confiava á parteira o cuidado de proteger o perinêo com a mão aberta, applicando sobre elle a face palmar, de modo que a curva formada pelo pollegar e pelo index circumscreviam o bordo posterior da vulva, exercendo moderada pressão afim de se oppôr á descida rapida da cabeça do feto, e dar ao perinêo o tempo necessario para dilatar-se convenientemente. O meio, porém, mais effcaz, e que actualmente emprego, para impedir a sahida rapida da cabeça do feto, e proteger portanto o perinêo, é o processo manual de Ritgen e Hohl, a simples applicação de tres dedos, o pollegar, o index e o medio, sobre a cabeça do feto, de modo que o pollex fique para diante, e os outros dois dedos para traz, e fazendo pressão sobre a cabeça do feto, forcem a flexão e descida do occiput até a nuca sob a arcada do pubis, antes da passagem do frontal pelo perinêo, impedindo assim, com a

sahida gradual e lenta da cabeça, a distensão extrema e brusca do canal vulvo-perineal, e convertendo aos de menores dimensões os diâmetros que tem de atravessar a vulva.

Nas rupturas incompletas o tratamento variava conforme as dimensões que attingia a solução de continuidade, que, começando na commissura posterior da vulva, ia geralmente ao lado da linha media, n'uma extensão maior ou menor, até perto do sphincter do anus, sem interessal-o.

Nas rupturas recentes, de pequenas dimensões, era bastãnte, quasi sempre, a applicação das pequenas garras ou *serre-fines* de Vidal de Cassis.

Nos casos de ruptura incompleta, mas extensa, empregamos com excellent resultado a sutura de Neugebauer, com seus longos alfinetes, fixos por botões de madeira parafusados nas extremidades.

Entre todos os casos de ruptura do perinêo que temos visto e operado, os mais interessantes são tres de ruptura completa, interessando profundamente todo o perinêo propriamente dito, o sphincter do anus, a parede posterior da vagina e a anterior do recto, até a altura de 2 a 4 centimetros.

Em todos estes casos de ruptura completa o symptoma afflictivo que obrigou o doente a recorrer a assistencia medica, depois do estado puerperal, foi a incontinencia das fézes. Em regra geral, as mulheres preferem conservar a lesão do perinêo, embora com uma cicatriz viciosa que produz a retracção dolorosa dos tecidos, e as impossibilitam de se sentarem bem, a soffrerem a perineorrhaphia, operação aliás geralmente sem gravidade, e de resultado quasi sempre brilhante.

Entretanto, se é a incontinencia das fézes o symptoma que se torna mais vexatorio n'estes casos, ha outros não menos graves, que se manifestam mais tarde,

se a perineorrhaphia não vem opportunamente remediar a lesão.

O prolapso do utero é d'entre estes o que merece mais seria attenção. A vagina pode ser comparada quando conchegadas suas paredes, como bem demonstram West, Hildebrandt e outros, a uma columna solida, que offerece bastante resistencia pela sua curvatura para diante e para baixo, e por suas adherencias á fascia pelviana e ao levantador do anus, ao constrictor cuni, ao sphincter do anus e aos transversos do perinêo, sem perder a elasticidade que dá-lhe as propriedades de um coxim de molas, onde o utero e seus annexos repousam. Rôto porem o perinêo desaparece na puerpera o apoio da base d'esta columna, e a retracção da musculatura abrindo o orificio vaginal, e encurtando-a parede posterior da vagina dispõe muito facilmente ao prolapso do utero.

Por estas causas, e pela maior facilidade da operação muitos gynecologistas notaveis sustentam que a sutura do perinêo deve ser praticada immediatamente depois da lesão, quando os tecidos ainda sangrentos estão dispostos á reunião por primeira intenção.

É certo porem que nas rupturas completas a operação immediata não é muitas vezes bem succedida, e será então preferivel esperar a terminação de todo o processo puerperal para pratical-a.

Os bordos da ferida, dilacerada e fortemente contundida pela cabeça do fêto, tendem á gangrena, de sorte que seria imprudente applicar sobre elles uma sutura, antes da eliminação dos detritos e terminação do processo inflammatorio.

A falta do apoio offerecido pelo perinêo e pela parede posterior da vagina faz descer para a solução de continuidade a parede vagina lanterior, hypertrophiada e distendida, produzindo assim um prolapso anterior da vagina, que arrasta em alguns casos uma cystocele vagi-

nal, e consequentemente o catarrho vesical devido á estagnação da urina.

Em dois dos casos de ruptura completa em que pratiquei a perineorrhaphia, a operação foi feita de 50 a 60 dias depois do parto em que se produziu a lesão; e n'um terceiro caso cerca de seis mezes depois.

Em todos tres segui o processo de Baker Brown, pondo em pratica tambem alguns conselhos de Simon, Hildebrandt e outros.

Um dia antes da operação a doente tomava um laxante de oleo de ricino, e no dia mesmo do trabalho operatorio um clystér para desembaraçar completamente o recto das materias fecaes.

Para a operação era a doente mantida na posição da lithotomia, com as nadegas levantadas por um coxim. Um ajudante ao lado esquerdo levantava com um speculo de Simon a parede anterior da vagina, alargando assim o campo da operação, e outro separava os grandes e pequenos labios de um e outro lado, enquanto eu procedia ao avivamento, excisando o tecido cicatricial dos bordos da ruptura em toda sua extensão, na vagina, no recto e no perinêo, de modo que as duas superficies sangrentas se pudessem coaptar largamente em toda a extensão, não ficando entre ellas a minima porção de tecido, que não tivesse soffrido o avivamento.

O bistouri de Sims ou os de Simon são commodos para a execução d'esta parte do processo operatorio.

Nos tres casos puzemos em pratica o preceito de Baker Brown, de dividir o sphincter do anus, de ambos os lados, cerca de um quarto de pollegada adiante da sua inserção no coccyx, com uma incisão de uma pollegada, para fóra e para traz, feita com um bistouri abotoado guiado pelo dedo index da mão esquerda introduzido no anus.

O 3º tempo da operação consistia na applicação d'uma sutura encavilhada profunda, em tres pontos, no pe-

rinêo, com fio duplo de sêda; e quatro pontos separados, superficiaes com fio de prata. No septo recto-vaginal eram igualmente applicados 3 á 4 pontos separados, com fio de prata.

As superficies avivadas eram mantidas em perfeito contacto em toda a extensão, e os pontos d'entrada e sahida dos fios metallicos eram sempre no tecido são limitrophe das superficies sangrentas.

O tratamento consecutivo consistia em meio grão de opio pela manhã e á noite, e injecções vaginaes frequentes com uma solução brandamente phenicada (Acido phenico 1 parte, Glycerina 60 partes, Alcool 40 e Agua 400 partes), especialmente depois de cada vez que a doente urinava, para impedir d'este modo a acção irritante da urina sobre a ferida.

A exemplo de alguns praticos allemães deixei de praticar o catheterismo nos dois ultimos casos, tendo-o feito no primeiro, durante os tres primeiros dias, regularmente de 6 em 6 horas. Com a ommissão d'esta pratica, entretanto, não soffreo a marcha da cicatrisação, nem foi menos completo o resultado.

As suturas profundas, encavilhadas, foram retiradas do 2º ao 3º dia, e as superficies do 10º ao 12º dia.

A primeira operação foi praticada a 28 de maio de 1873, e ajudada pelo collega Sr. Dr. F. J. Teixeira. No 12º dia a cicatrisação era completa.

A segunda foi feita a 20 de março de 1876. No fim de 10 dias, levantados os pontos separados de sutura metallica, restava uma pequena fistula recto-vaginal, obliqua de cima para baixo e de deante para traz, a qual cicatrisou completamente no fim de 15 dias com toques de nitrato de prata.

A terceira operação foi praticada em 15 de dezembro de 1878, estando a operada no segundo mez de gravidez.

No fim de 12 dias a cicatrização era completa, e foram retirados os ultimos pontos.

As duas ultimas operações foram ajudadas pelo Dr. Victorino Pereira.

Os tres casos foram em primiparas. Da primeira operada tive noticia alguns annos depois; tivera já dois partos muito felizes. A segunda não teve mais filhos depois d'aquella data, e a terceira teve sete mezes depois da operação uma robusta creança, sem accidente algum.

CORRESPONDENCIA SCIENTIFICA

A HYPOEMIA, O BERI-BERI, E A MOLESTIA DOS OPERARIOS DO TUNNEL DE S. GOTHARDO

A carta que abaixo se lê foi por mim dirigida, durante a interrupção da *Gazeta Medica*, ao jornal o *Monitor*, desta cidade, e no mesmo publicada em 30 de Maio ultimo. Julgo conveniente reproduzil-a aqui com algumas notas e correccões.

Julho — 1880.

J. F. DA SILVA LIMA.

« Illms. Srs. Redactores — Rogo a Vv Ss. o especial favor de conceder espaço nas columnas do seu apreciado jornal para as breves considerações que me proponho a fazer aos topicos finaes da carta do seu illustrado correspondente de Berlim, publicada no *Monitor* de 22 do corrente.