

1904

1157

1157

Hermenegildo Tavares

N.º 7.

BREVE ESTUDO

SOBRE

O alongamento hypertrophico da região
supra-vaginal do collo do utero
(CASO CLINICO)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

Apresentada á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



Typographia Vasconcellos

11717 ENC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

SECRETARIO

Clemente Joaquim dos Santos Pinto

LENTE SERVINDO DE SECRETARIO

José Alfredo Mendes de Magalhães

Corpo Cathedratico

Lentes Cathedratcos

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva geral | Luiz de Freitas Viegas. |
| 2. ^a Cadeira — Physiologia | Antonio Placido da Costa. |
| 3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica | Illydio Ayres Pereira do Valle. |
| 4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa | Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |
| 5. ^a Cadeira — Medicina operatoria. | Clemente J. dos Santos Pinto. |
| 6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos. | Candido Augusto Corrêa de Pinho. |
| 7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna | José Dias d'Almeida Junior. |
| 8. ^a Cadeira — Clinica medica | Antonio d'Azevedo Maia. |
| 9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica | Roberto B. do Rosario Frias. |
| 10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica. | Augusto H. d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira — Medicina legal | Maximiano A. d'Oliveira Lemos. |
| 12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica. | Alberto Pereira Pinto d'Aguiar. |
| 13. ^a Cadeira — Hygiene | João Lopes da S. Martins Junior. |
| 14. ^a Cadeira — Histologia e physiologia geral | José Alfredo Mendes de Magalhães. |
| 15. ^a Cadeira — Anatomia topographica | Carlos Alberto de Lima. |

Lentes jubilados

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| Secção medica | } José d'Andrade Gramaxo. |
| Secção cirurgica | |
| | } Pedro Augusto Dias. |
| | |
| | } Dr. Agostinho Antonio do Souto. |
| | |

Lentes substitutos

- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| Secção medica | } Vaga. |
| | |
| | } Vaga. |
| | |
| Secção cirurgica | } Antonio Joaquim de Sousa Junior. |
| | |
| | } Vaga. |
| | |

Lente demonstrador

- | | |
|----------------------------|-------|
| Secção cirurgica | Vaga. |
|----------------------------|-------|

A Escóla não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da Escóla, de 23 de abril de 1840, artigo 155.º)

A MEMORIA

DE

Meus Paes

•

À SAGRADA MEMORIA

DE

Minha tia e madrinha

A

Meus Irmãos

A

MEUS TIOS

A MEUS SOBRINHOS

A meu cunhado

Aos meus amigos

AO EX.^{mo} SNR.

Dr. Antonio Maria Esteves Mendes Corrêa

DISTINCTO CLINICO

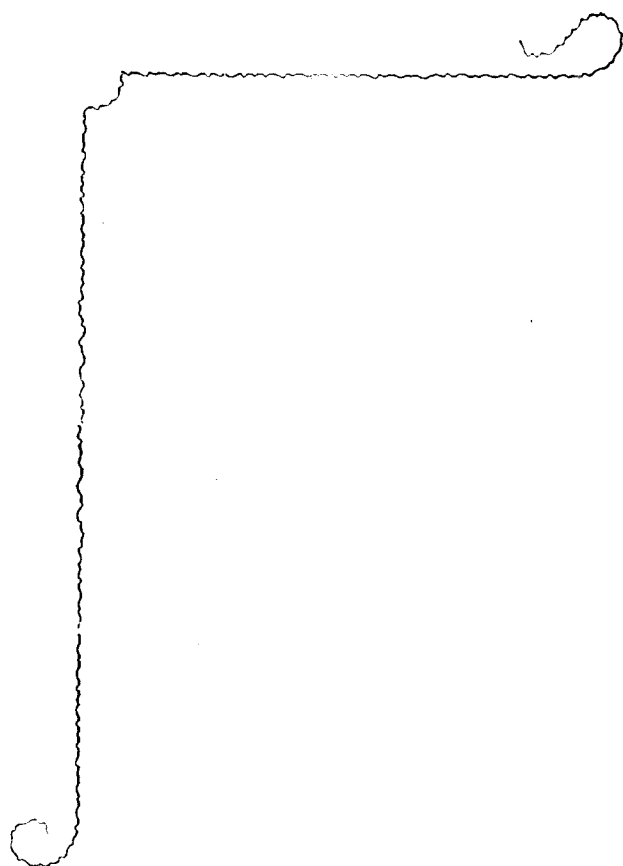
Com muita gratidão.

AO

Preclarissimo professor e nesso illustre

PRESIDENTE

Candido Augusto Corrêa de Pinho



Todos aquelles que queiram ter o desgosto de lançar um golpe de vista sobre este nosso trabalho, depressa ficarão desilludidos. Se fosse possível conservar em nosso poder os exemplares que, por lei, somos obrigados a apresentar, seria para nós uma grande satisfação. Porém, como isso é irrealizavel, não imprecaremos benevolencia, por isso que seria necessario que ella fosse extrema. E' de suppor que um indiduo chegando ao fim d'uma carreira como esta, tenha obrigação de apresentar um trabalho de valor!

Porém os conhecimentos por nós adquiridos são tão dispersos e tão variados, que nunca nos seria facil produzir um trabalho homogeneo sem grande difficuldade. — Nem valor scientifico, nem fôrma litteraria ali

encontrarão; o colligir aqui e acolá conhecimentos indispensaveis para o fim que tinhamos em vista, foi-n'os ainda assim bastante difficultoso, certamente em virtude de, pela vez primeira, a isso sermos obrigados.

Accrescia ainda a difficuldade na selecção d'esses elementos, assim como a falta de tempo para, d'um modo consciencioso, o podermos fazer, alliado isto a circumstancias varias que nos obrigaram a apresentar este trabalho n'esta epocha.

Podiamos certamente ter estudado um assumpto, cujo valor scientifico tivesse mais merecimento; porém, como só depois de o ter estudado bem, então poderíamos por elle optar, e como os dias passassem rapidos, n'esta hesitação aproveitamos este caso,

para que, com maior addiamento, não perigasse a resolução que tínhamos em vista.

Ao Ex.^{mo} Jury que nos ha-de julgar, não seriam cabidas estas considerações. Por isso, que veja n'este nosso trabalho apenas uma obediencia á lei, eis a nossa petição. Apesar de elle não ser merecedor da sua elevada apreciação scientifica, não deixará por certo de ser mais uma vez benevolente para com o alumno agradecido.

*

*

*

Por algum tempo nos encontramos embaraçados na selecção do methodo de exposição. Por fim optamos por aquelle que menos escabroso se nos tornasse, no desenvolvimento do assumpto. E francamente não

nos arrependemos, por isso que a ordem que seguimos, auxiliou-nos um pouco em colligir elementos dispersos, que a não ser assim, certamente deixaríamos de mencionar.

Eis, em poucas palavras, o methodo: Dididimos o trabalho em varios capitulos, certamente uns mais completos do que outros; porém, demos um desenvolvimento maior áquelles que mereciam mais interesse. Finalmente fizemos umas leves considerações sobre a conducta que tomaríamos em face das circumstancias em que pôde apparecer o caso; e por ultimo, tambem não deixamos de nos referir, posto que succintamente, á gravidez e ao parto, visto o collo uterino desempenhar, n'estas condições, um lugar digno de todo o interesse.

Historia

O assumpto sobre que vae versar o nosso trabalho já tem sido mais ou menos tratado por varios gynecologistas a proposito de prolapsos genitales. Não porque o alongamento hypertrophico da região supra-vaginal do collo seja um prolapso, mas sim pelas relações mais ou menos proximas que teem estes dois phenomenos. Umas vezes o prolapso genital, completo ou incompleto, é por esse alongamento produzido; outras vezes não parece mais do que uma sua complicação. Durante muito tempo o alongamento primitivo da região supra-vaginal do collo foi considerado um prolapso completo. Foi, porém, Huguier o primeiro gynecologista que, n'uma memoria muito interes-

sante apresentada á Academia de Medicina de Paris em 1859, e no anno seguinte publicada, descreveu d'uma maneira muito completa esta curiosa affecção, indicando, ao mesmo tempo, os caracteres que permitiam distinguil-a dos prolapsos genitales. Depois de varios trabalhos, quer clinicos quer anatomo-pathologicos, comprehendidos por este distincto homem de sciencia, e depois de varias observações que se lhe depararam, chegou á seguinte conclusão: O apparecimento do collo uterino na vulva ou fóra d'ella, não denota um prolapso genital como até aqui se tem supposto, mas sim, na maior parte das vezes, um alongamento hypertrophico primitivo da sua região supra-vaginal. Durante muito tempo prevaleceu na sciencia esta doutrina. Gallard nas suas *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, publicadas vinte annos depois do apparecimento da memoria de Huguier, a ella se reporta, attribuindo a Huguier esse importante character differencial com o qual muito veio a lucrar a cirurgia. Depois d'este auctor, varios gynecologistas têm referido casos de alongamento primitivo em mulheres virgens, com e sem procedencia das paredes vaginaes.

Todavia devemos acceitar este exclusi-

vismo de Huguier com uma certa reserva, por isso que o alongamento hypertrophico nem sempre é primitivo. A attestar este modo de vêr estão as grandes notabilidades cirurgicas modernas como Virchow, Hegar, Duplay, Chaput e outros. Virchow diz que de modo algum pôde deixar de reagir contra o modo de vêr de Huguier; se esse alongamento, diz elle, algumas vezes é primitivo, a maior parte das vezes não é mais do que uma complicação secundaria dos prolapsos.

Em virtude do pequeno numero, o mais diminuto possível de observações que colhemos, não podemos apresentar a nossa humilde opinião sobre estes diversos modos de vêr; ainda assim, sem querermos que o que vamos apresentar seja tomado em conta de opinião, vamos, em poucas palavras, emittir a impressão que nos deixou o nosso estudo, suggerido pela observação clinica que apresentamos.

Por maiores esforços empregados, não conseguimos haver á mão a *Memoria* de Huguier. Ainda assim, pelos auctores gynecologicos consultados com esse fim, alguma coisa vimos, sendo incompleto o nosso conhecimento, por isso que todos se referiam ao assumpto muito succintamente. A proposito de alongamento hypertrophico

primitivo, lemos um caso relatado por Olivier, traduzindo a *Pratique des maladies des femmes*, de Emmet. N'uma mulher virgem foi feita a operação de amputação n'um collo, cuja hypertrophia era ao mesmo tempo supra e intra-vaginal com procidencia da vagina. Este caso é relatado como alongamento primitivo; é de crêr que o fosse, por isso que os prolapsos nas mulheres virgens são raros; mas ainda assim, se o argumento não é outro, fica o caso um tanto obscuro. Para nós, os casos de alongamento primitivo são raros; é possível que todos os casos observados por Huguier fossem d'essa natureza. Porém, sobre esta possibilidade devemos estar n'uma certa duvida. Não nos deixaremos também levar pelas opiniões d'aquellas notabilidades cirurgicas, que ha pouco acabamos de nos referir. Como havemos de destringir se o alongamento hypertrophico é primitivo ou secundario, quando este vem acompanhado de procidencia vaginal? Parece-nos de uma difficuldade extrema fazer, á primeira vista, um diagnostico seguro! Quando não ha procidencia vaginal o caso parece-nos evidente. Segundo a nossa opinião, Huguier diria melhor, se restringisse a sua asserção ás mulheres virgens; do mesmo modo diremos da opinião das celebridades cirur-

gicas em que ha pouco fallamos, se ellas fizessem o mesmo, applicando a sua, ás primiparas ou multiparas. Não queremos entrar desde já na explicação do que acabamos de referir, por isso que em breve o faremos, quando entrarmos na pathogenia. Em virtude do pequeno numero, o mais diminuto possível, de observações que pudemos colher, não deviamos de modo algum fazer taes considerações; ainda assim, pelas obras que mais ou menos tratam d'este assumpto, alliando a isto um aturado raciocinio, ousamos apresentar esse nosso modo de vêr, sem com isto deixar de respeitar opiniões tão abalisadas como as d'esses tão illustres cirurgiões com quem tanto se honra a moderna cirurgia. E' possível que a nossa observação clinica nos incutisse no espirito tendencias para estas affirmações; é muito provavel tambem que a pathogenia que tentamos dar ao facto, cabalmente nos não satisfizesse. Todavia ahi fica o nosso criterio, sem com isso deixar de respeitar opiniões tão auctorisadas como Huguier e seus adeptos, assim como as de celebridades tão eminentes como Virchow com todos os que teem o seu modo de vêr.

Etiologia e Pathogenia

Alongamento primitivo. — Sobre as causas d'este modo de alongamento nada se sabe de cathgorico a esse respeito; alguma coisa que se encontre, isso mesmo é muito duvidoso. Para preencher esta lacuna que por tanto tempo nos trouxe embaraçados, recorreremos ao desenvolvimento dos órgãos genitales com o fim de ver se por qualquer fórma poderíamos ser collocados na pista da descoberta de causa que nos satisfizesse. Digamos alguma coisa, e o mais resumido possivel a este proposito.

Sabemos que desde os primeiros tempos do desenvolvimento do corpo de Wolff, apparece um canal especial chamado de Müller, em connexão estreita com elle.

Quando este canal está completamente constituido, dirige-se da extremidade anterior do corpo de Wolff para o seu bordo interno, abrindo-se no peritoneo por um ou mais orificios infundibiliformes; d'ahi procura o bordo exterior do corpo de Wolff percorrendo o rim primitivo; chegando á extremidade inferior d'este ultimo dirige-se para a sua parte posterior, ligando-se ao seu homonymo do lado opposto. Quer o conducto de Müller seja o desdobramento do corpo de Wolff, quer seja um cordão, partindo do epithelio peritoneal, alongando-se pouco a pouco á custa da sua extremidade posterior, como querem Kölliker e Egli, quer appareça sob a fórma d'uma gotteira peritoneal, percorrendo o bordo externo do corpo de Wolff, fechando-se consecutivamente, o caso é que, uma vez formado o conducto de Müller, está terminada a constituição dos canaes sexuaes.

Os canaes de Müller, uma vez formados, soldam-se ambos na parte media do seu segmento terminal, e, seguindo-os de baixo para cima, vê-se que primeiramente estão separados; acima um pouco, confundidos quasi n'um só; mais acima ainda, novamente separados. Logo que se dê a soldadura do segmento terminal, confundem-se na sua extremidade inferior dando

logar ao utero e á vagina. Ora o desenvolvimento do utero começa pelo collo que nos ultimos tempos da vida embryonaria é relativamente mais volumoso que em qualquer epocha da vida; o corpo do utero distingue-se por um ligeiro engrossamento no ponto de encontro das duas trompas, que mais tarde, para o fim da vida intra-uterina, se desenvolve sensivelmente. Ora, não se poderá admittir um desenvolvimento anormal do collo nos primeiros tempos do seu desenvolvimento? Será, como lembra Pozzi, uma predisposição congenita, que não manifestaria os seus effeitos senão no desenvolvimento completo do órgão sob a incitação da puberdade ou depois d'um exag-gero na actividade nutritiva do mesmo, por effeito do traumatismo d'uma gravidez? Será, como quer Gallard, o resultado de uma metrite parenchymatosa localisada ao collo? Que nos diz o exame histologico dos collos amputados. Olivier, no seu resumo de exames histologicos, feitos sobre collos amputados pelo methodo de Huguier, notou apenas uma arterio-sclerose localisada. E' necessario attender que este ultimo histologista encontrou estas modificações vasculares em collos cujo alongamento não excedia quatro centimetros, isto é, nos primeiros tempos da affecção. Em breve en-

traremos no exame, por elle feito, a collos de dimensões mais manifestas. Que que-
rerão dizer Pichevin e Bonnet, invocando
uma perturbação dystrophica vaga? Para
nós, nada quer dizer esta explicação, antes
obscurece mais o caso.

Para podermos formular uma opinião a
este proposito, era necessario que tivessemos
a certeza sobre exames histologicos
feitos sobre collos, cujo alongamento fosse
primitivo. Para nós, a arterio-sclerose em
que nos falla Olivier, parece ser o inicio das
diversas modificações que, mais tarde, os
tecidos do collo veem a soffrer. Resta-nos,
pois, explicar a causa do apparecimento
d'essa arterio-sclerose.

E' para nós um ponto este, cuja inter-
pretação não é facil. Eis o que se nos offe-
rece dizer sobre a causa do alongamento
primitivo.

Alongamento secundario. — Este alongamen-
to da porção supra-vaginal do collo vae
agora ser objecto de varias considera-
ções, que julgamos egualmente necessa-
rias, para darmos a entender o que pensa-
mos a proposito do alongamento do collo
como complicação secundaria de prolapsos
genitales.

Não podemos conceber que o prolapso

do utero seja causa productora d'este phenomeno. Por consequencia, seria mais proprio dizer-se restringindo esta asserção ao prolapso das paredes vaginaes. Vamos vêr em que circumstancias se dá este facto, e consecutivamente entraremos na pathogenia da sua producção.

Nós sabemos que a gravidez, sobretudo repetida, constitue, por si só, uma causa importante para a producção de prolapsos genitales; amollecendo e distendendo os tecidos, augmentando o peso dos órgãos, afastando-os das suas primitivas relações, distendendo os ligamentos, emfim com um cortejo symptomatico d'esta natureza é impossivel que, quer durante esse estado, quer mais tarde, todas estas manifestações não vão exercer as suas funestas consequencias sobre os diversos órgãos, nomeadamente sobre aquelles que, mais de perto, participam d'esse estado.

E já que fallamos n'isto, não deixaremos de nos referir a uma causa que julgamos da mais alta importancia: o parto dystocico. Sabemos bem quaes os traumatismos que, n'estas circumstancias, elle acarreta; as lesões produzidas são, na maioria dos casos, mais ou menos generalisadas a todo o canal pelvi-genital; e se muitas vezes ellas não manifestam as suas

consequencias na occasião do trabalho, não deixaremos de presumir que se venham a manifestar, mais ou menos longe d'essa occasião.

E' verdade que o nosso trabalho não versa propriamente sobre prolapsos genitales; todavia, como a cada passo teremos que nos referir ao prolapso da vagina, não poderíamos ficar silenciosos n'esta passagem.

Na occasião do trabalho do parto, sejam quaes forem as modalidades de posição e apresentação fetaes, é evidente que a pressão, mais ou menos prolongada, exercida sobre as paredes vaginaes, pelo occiput, pela pelve, ou por qualquer outra parte fetal, é causa de fissuras medianas ou lateraes, retenção de urinas, de compressão e dissociação das fibras musculares do levantador, lesões estas que facilitam o descollamento da vagina e por consequencia a sua procidencia.

Ora vamos vêr como se comporta a vagina com o collo, normalmente.

A extremidade superior da vagina é um orificio circular, obliquamente talhado de cima para baixo e detraz para diante, e que se insere, vamos já vêr como, ao collo do utero na união do seu terço inferior com os dois terços superiores.

N'esse ponto a tunica muscular da vagina dirige-se para o utero, vindo a fazer parte da sua estrutura; porém, a tunica mucosa vaginal reflecte-se n'esse ponto, de cima para baixo sobre a porção intra-vaginal do collo, indo depois tapetar a sua cavidade. D'esta reflexão resulta um sulco, mais ou menos circular conhecido mais vulgarmente por fundos de sacco vaginaes, que para facilidade de investigações clinicas se convencionou dividil-o sem anterior, posterior e lateraes.

O fundo do sacco anterior é mais inferiormente situado que o posterior; é sobre elle que repousa a face inferior da bexiga, ou melhor o baixo-fundo.

Entre a vagina e a bexiga, existe uma camada de tecido cellular bastante laxo, onde serpenteiam os vasos vesico-vaginaes.

Da maior adherencia da bexiga á vagina que d'esta ao recto, resulta a maior frequencia de cystoceles do que de rectoceles. Posto que a bexiga tenha os seus meios de fixação, na maioria dos casos declaram-se impotentes para evitar o seu deslocamento n'esse sentido, d'onde as grandes perturbações urinarias que frequentemente acompanham a procidencia vaginal.

O fundo de sacco posterior tem a sua séde um pouco mais superiormente que o

anterior, como ha pouco fizemos vêr; por detraz d'elle encontra-se o fundo de sacco recto-vaginal, tambem conhecido por espaço de Douglas, e por detraz d'este, a parede anterior do recto.

Entre o folheto peritoneal e a vagina, existe uma espessa camada de tecido celular, encontrando-se ahi veias anastomozadas em plexos, estabelecendo a communição venosa vaginal e rectal. Posto isto, vejamos a attitude do collo do utero em face da vagina procidida.

A vagina n'estas circumstancias, á medida que a procidencia progride, vae exercendo sobre o collo do utero tracções successivamente crescentes; por um lado sobre as suas fibras musculares e por outro sobre a mucosa, desde o momento em que deixaram de existir os fundos de sacco vaginaes. Ora, a tracção exercida sobre o conjuncto das fibras musculares, obri-gal-as-ha á sua distensão se o trabalho fôr consideravel; e como estas fibras musculares entram na constituição do utero, é facil de conceber que nas multiparas seja causa sufficiente para mais tarde ou mais cedo, abandonando o caso, produzir então prolapso do utero, e com elle os annexos.

Porém, desde que os meios de fixação do utero não estejam mais ou menos le-

sados na sua constituição, haverá da sua parte uma certa resistencia, e então as modificações dos tecidos a que isto vem a dar lugar, terão a sua séde no ponto de applicação da força, assim como nos pontos que lhe ficam mais proximos.

Logo, qual será o papel dos elementos anatomicos sob a acção d'uma força que põe em perigo a sua continuidade, obrigando-os a dissociarem-se? Naturalmente reagem; e como se manifesta essa reacção? Certamente hypertrophiando-se.

Vejamos agora como se comporta a outra tunica, a mucosa. Esta por seu turno, seguindo nós o mesmo raciocinio, começa por se exfoliar, d'ahi ulceração; se nos lembrarmos da riqueza bacteriana propria do conducto genital, não nos repugna de fórma alguma, conceber uma infecção; d'ahi endometrite propagada ás partes profundas, d'onde uma metrite parenchymatosa, e por consequencia mais um elemento contribuindo para a marcha mais rapida do processo, derivado agora d'uma endometrite ulcerosa do collo.

Perguntar-se-nos-ha ainda, qual a razão porque o collo uterino, invadido por este processo morbido, se nos manifesta mais no sentido do seu comprimento.

Sobre este ponto, não deixaremos tam-

bem de dizer o que se nos offerece. Até L. Frarier, os diversos histologistas andavam em grande discordancia sobre a estrutura do collo do utero. Durante muito tempo respeitou-se a opinião classica que considerava o collo com a mesma estrutura que a do corpo do utero, isto é, entrando na sua constituição fibras musculares lisas, na sua maior parte provenientes do corpo, vindo uma pequena porção apenas da vagina.

Acconci, em 1890, declarou que as fibras musculares são raras no collo, encontrando apenas algumas á superficie; e que o tecido predominante era o elastico.

Dührssen partilhava da mesma opinião.

Em 1899, appareceu um trabalho de Fieure em que regêita por completo o elemento muscular em toda a sua espessura; que a parede uterina distante do isthmo 4 a 6 millimetros, só na sua metade externa é muscular, predominando ali os feixes longitudinaes; diz elle mais, que a região supra-vaginal do collo é constituida por feixes longitudinaes no seu terço externo, e por feixes conjunctivos nos seus dois terços internos.

Keiffer, Werth e Grusdew são de opinião que na constituição do collo entram fibras longitudinaes para as camadas mais externas, e circulares para as internas.

Frarier, mais modernamente, depois de varios exames histologicos observados com Renaut, chegou á conclusão de que o tecido conjunctivo occupa, no collo, apenas um logar secundario, predominando os feixes musculares, e estes longitudinaes, ao passo que são raras as fibras circulares e desordenamente dispostas.

E' esta a doutrina mais modernamente seguida. Sendo assim, o processo hypertrophico dar-se-ha no sentido dos feixes longitudinaes e por consequencia, alongamento. Em conclusão, todas as metrites do collo, quer ulcerosas, quer pareuchymatosas, todas as causas que a ellas dão logar, como sejam mais frequentemente as lacerações do collo por occasião do trabalho do parto, são causas que podem dar logar a tão incommoda como grave affecção.

Comtudo, todas estas causas tornar-se-hão mais evidentes e actuarão mais rapidamente quando se fazem acompanhar de prolapso vaginal. Na maior parte das vezes é este que abre a scena, e quando assim acontece, a evolução do alongamento é muito mais rapida, e por consequencia os incommodos a que esta procidencia dá logar obrigam a portadora a buscar, o mais depressa possivel, allivio aos seus pa-

decimentos que muitas vezes chegam a tornarem-se intoleráveis.

Por ultimo, o prolapso vaginal, é indubitavelmente a causa que deve occupar o primeiro logar na escala, como causa de alongamento do collo do utero da sua região supra-vaginal, quando os dados que nos fornece o exame são insufficientes para nos convencer de que se trata do alongamento hypertrophico primitivo.

Anatomia pathologica

Ainda ha pouco nos referimos ao exame histologico feito por Olivier sobre collos cujas dimensões não excediam tres a quatro centímetros. Antes d'elle, já Huguier tinha dado a sua opinião sobre o caso. Para elle havia somente augmento em quantidade dos elementos constitutivos do collo e esse augmento era proporcional.

Vamos vêr as lesões que Olivier encontrou em todos os casos de alongamento excedendo o comprimento que acabo de deixar mencionado.

Diz elle que a mucosa do collo é quasi normal, faltando em alguns pontos a camada de epithelio cylindrico, e desaparecendo as celhas vibratéis. A camada fundamental

formada pelo tecido conjunctivo tem a sua espessura normal. As glandulas não estão ectasiadas; esta camada glandular continua-se sem linha de demarcação com o tecido submucoso.

Examinando os elementos constitutivos d'este tecido encontrou elle o seguinte: as fibras musculares lisas não estão sensivelmente hypertrophiadas; parecem-se com aquellas que se encontram no fibroma uterino; perderam-se no meio d'uma espessa camada de tecido fibroso, apresentando-se este sob a fórma de feixes entrecruzados em diversos sentidos, limitando entre si espaços cheios pelos vasos; estes são ou parecem mais volumosos que no estado normal; parecem, além d'isso, dilatados, apresentando paredes muito espessas; examinando, com cuidado essas paredes, notou elle que o augmento de espessura é devido á transformação fibrosa da sua tunica cellulosa; o numero de camadas fibrosas varia para cada vaso, mas, posto que o diametro de abertura do vaso seja normal, o diametro total é duplo e muitas vezes triplo do primeiro.

Referindo-se ao modo de dizer dos vasos, que são ou parecem mais numerosos do que no estado normal, elle explica-se da maneira seguinte: é realmente difficil de dizer se o grande numero de vasos que se

vê, é realmente um augmento real, ou se será o apparecimento dos pequenos vasos que, n'um côrte de tecido normal, se percebem pouco, ao passo que agora se tornaram mais apparentes em virtude do volume produzido pela transformação da sua bainha.

Conclue este histologista, que observando as mesmas lesões em sete exemplares, a doença começaria pelos vasos e que a marcha da affecção se faria das partes superficiaes para as profundas.

Em summa, diz elle que a doença descrita por Huguier não se pôde considerar uma hypertrophia; apresentaria antes os caracteres histologicos do fibroma disseminado. Comtudo o exame mais completo que tem apparecido n'este genero, deve-se a Pilliet, publicado nos (*Annaes de Gin. e Obst. em 1896*), exame que mais nos seduz, por ter sido feito sobre um grande numero de exemplares.

Eis as conclusões a que chegou tão habil como paciente histologista. «O collo é inteiramente epidermisado, de epiderme espessa cobrindo papillas deseguaes e profundamente modificadas; as cellulas do corpo de Malpighi foram transformadas, havendo grandes vacuolos, e por consequencia, diminuindo a solidez do epithelio.

Encontram-se de onde a onde, debaixo

d'esta epiderme, e muitas vezes á sua superficie, por causa da eliminação do tecido protector, glandulas em cacho, cellulas mucosas distendidas, cheias de elementos descamativos misturados com leucoeytos, e, em volta d'estas glandulas, muitas cellulas redondas, formando no conjuncto verdadeiros fulliculos inflammatorios.

As arterias apresentam lesões de endoperiarterite avançada, sendo reduzidas pelo corte a pontos fibrosos cercados por cellulas embryonarias.

As veias foram transformadas em seios irregulares de paredes espessas.

As fibras musculares, são na maior parte, hypertrophiadas, sendo os seus feixes pouco abundantes.

O tecido conjunctivo do collo é muito laxo, e edematisado, e de aspecto mucoso, sobretudo em volta dos lymphaticos que estão enormemente dilatados.

Em conclusão, o alongamento hypertrophico é uma consequencia de infecção da mucosa e dos tecidos profundos do collo.

Symptomatologia

Quer o alongamento hypertrophico do collo seja primitivo, quer uma complicação de prolapso vaginal, isto é secundario, os symptomas accusados pela portadora são mais ou menos identicos; comtudo devem ser um pouco mais accusados n'este ultimo caso.

Para facilidade de exposição dividil-os-hemos em subjectivos locaes ou geraes e objectivos.

Symptomas subjectivos locaes.—A paciente começa por nos dizer que, pouco tempo depois d'um parto, sentiu um mal estar no baixo ventre e que isso augmentava progressivamente; a marcha tornava-se de cada vez

mais difficil, em virtude do cansaço experimentado e dores nos órgãos genitales, localizando essa dôr na madre, na maioria dos casos; é para ella, á medida que os soffrimentos augmentam, um pouco difficil conservar-se em pé, assim como empregar alguns esforços para levantar quaesquer objectos.

Incommoda-a deveras a tosse quando esta sobrevem, por qualquer razão.

Em seguida vem a incontinencia de urinas, assim como tambem pôde acontecer vir a sua retenção, dysuria e pollakyuria; a incontinencia apparece já n'um grau um pouco adiantado da doença.

Esta complicação é devida ao relaxamento do collo vesical assim como á distensão por retenção, manifesta-se geralmente por oliguria, ou pela sahida d'algumas gottas na occasião do riso, da tosse, de mudança de attitude, etc.

Ha um signal, por assim dizer, pathognomónico d'esta perturbação urinaria; é a presença d'uma maior ou menor ulceração na vagina, immediatamente por baixo do meato urinario. A bexiga, primitivamente, mais ou menos adherente ao collo uterino, a sua parede inferior desce com elle, á medida que este se vae alongando; porém a parede superior, livre, fica por detraz do

pubis. Resulta, pois, d'ahi uma deformação da bexiga em ampulheta, cujo estrangulamento corresponde á arcada publica. Este é um dos casos mais ordinarios, principalmente no principio da affecção. Quando o cystocele é completo, a paciente é levada a fazer, pela vagina, uma certa pressão na bexiga de baixo para cima, para a poder esvasiar.

A pollakyuria é devida ás tracções exercidas sobre o collo vesical deslocado, assim como á congestão e inflamação da mucosa vesical. Além d'estas perturbações urinarias do lado da bexiga, ha-as também concomitante ou separadamente, do lado da urethra; quero referir-me ao urethrocele. Póde elle existir com ou sem cystocele. Ainda a proposito da fórma que a bexiga toma no caso de bisaco, a urethra solidamente fixa no seu terço anterior á arcada publica, descreve uma curva de concavidade anterior.

O diverticulo vesical inferior ao estrangulamento publico, faz com que a urina n'elle contido, tenha uma grande difficuldade em sahir; por consequencia, deposita-se; e uma vez ahi estagnada, póde dar lugar a cystites do baixo-fundo vesical, a calculos, a dilatação, assim como infecção ascendente das vias urinarias. Em virtude

da distensão a que a bexiga está sujeita, algumas vezes as paredes adelgaçam-se e vão perdendo a sua tonicidade normal; outras vezes hypertrophiam-se em virtude dos esforços empregados para a micção.

Nos órgãos que também estão em relação com a parede posterior da vagina, também não é raro haver complicações. Pelo deslocamento do fundo de sacco posterior, também se tem notado, posto que raras vezes, a existencia de enterocele. Porém, é mais frequente o rectocele, ordinariamente parcial, formado por ertasia da parede anterior do recto, onde se accumulam gazes e materias fecaes, que é, indubitavelmente um incommodo bastante grande no momento da defecação, principalmente.

Symptomas subjectivos geraes. — Osapparelhos sobre os quaes parece incidir mais o effeito d'esta doença são o digestivo, o circulatorio e o nervoso. Pelo que respeita ao primeiro, teremos a notar as seguintes perturbações: a anorexia é mais ou menos accentuada, assim como a dyspepsia, a dilatação gastrica; pelo que respeita ao intestino, temos a notar a constipação habitual e tympanismo; além d'isto também não é raro o encontrar-se relaxamento do esphincter rectal, por isso que a atonia vae pro-

gredindo; este estado coincide habitualmente com o rectocele. Além d'isto a paciente queixa-se de tracções exercidas nos órgãos da cavidade abdominal, certamente pela acção mais ou menos energica que as tracções vaginaes exercem directamente sobre o corpo do utero.

O apparelho circulatorio é egualmente interessado; são vulgares a tachycardia, intermittencias cardiacas, palpitações, em certos casos muito duradoiras. Pelo que diz respeito ao systema nervoso, tambem não é raro a existencia de insomnias, neuralgias intercostaes intermittentes, acompanhadas ou não de cephalalgias, que em certos casos são rebeldes a qualquer tratamento.

Signaes objectivos. — Estes são sobretudo mais manifestos no caso de procidencia vaginal quer intra, quer extra-vulvar.

No primeiro caso nota-se esta procidencia, principalmente na occasião d'um esforço, de riso, de tosse; n'este caso a vagina chega a sahir da vulva, cessando logo que termine a causa da sua producção. Umaz vezes é só uma das paredes que procide, e mais frequentemente a anterior, outras vezes são ambas.

A vagina na sua procidencia não se nos

depara sob a fórma de cylindro, como acontece com o recto; quando as duas paredes perderam as suas relações normaes por effeito da descida, apparecem, na verdade, simultaneamente; mas se repararmos, vemos-as deslizar uma após outra, ou então, o que é mais frequente, apparece em primeiro logar a parede anterior e consecutivamente a posterior.

Quando na vulva apparecem ambas as paredes, o orificio do collo occupa a parte mediana; porém quando a parede anterior, o que é o mais vulgar, é a unica que procide, como acontece no nosso caso clinico, o orificio está voltado para a parede posterior.

Pela palpação alliada ao toque, vê-se que o utero conserva a sua posição normal; por este ultimo processo reconhece-se a existencia atravez da vagina, d'um cylindro central resistente, de consistencia fibrosa que se continua para baixo com o collo intra-vaginal, e para cima, chega a passar para além do pubis.

Pelo toque rectal tambem se pôde seguir este cylindro até ao corpo do utero.

A hysterometria dá-nos um comprimento de 12, 15, 18 e 20 centimetros, muitas vezes até antes de attingir o fundo do utero.

Se tentarmos reduzir o collo, depressa reconhecemos que se elle cede, dobra-se sobre si mesmo, não se reduzindo, como á primeira vista parece.

Marcha. — A evolução d'esta doença é fatalmente progressiva, sendo muitas vezes variavel e dependente de varias circumstancias como sejam a idade, a potencia muscular, o estado geral da portadora, a alimentação, a hygiene, o estado social, as profissões, as doenças intercorrentes, emfim todas as condições que visem a favorecer a hypotonicidade dos elementos organicos.

Assim como nos prolapsos as pacientes buscam o repouso aos seus soffrimentos, assim estas, para o mesmo appellam com o mesmo intuito; porém, em breve, apparece o desanimo e a incredulidade á sua cura augmenta de dia para dia.

Prognastico

Não se póde affirmar que o prognostico d'esta doença seja benigno; abandonado o alongamento hypertropbico supra-vaginal do collo a si mesmo, em breve tempo arrastará comsigo o utero, uma das complicações muito sérias, e que se torna urgente o mais depressa possivel remediar; todavia, em face dos recursos therapeuticos de que hoje felizmente podemos dispôr, o que não acontecia na epocha de Huguier, em que a asepsia e a antisepsia, por assim dizer, ainda não existiam, devemos considerar esta doença de relativa benignidade, desde o momento em que ainda esteja no seu inicio.

Diagnostic differencial. — Pelos symptomas apresentados, estamos certos de que a confusão com qualquer outra doença não é facil; ainda assim, vamo'-nos referir áquellas com as quaes, á primeira vista, têm relações de similhaça.

Quando a doença está no seu principio, não nos parece facil fazer um diagnostico seguro. Porém quando as paredes vaginaes procidem, ou mostram tendencias para isso, é relativamente facil, pelo exame local, reconhecer a sua existencia.

Ponhamos de parte o alongamento intra-vaginal, pois que, pela sua benignidade, assim como pelo seu diagnostico relativamente facil, pouca importancia nos merece.

Ora, é verdade que ambos podem existir, e a este proposito já nos referimos a um caso d'este genero, relatado por Pozzi, no serviço do seu professor Gallard. Comtudo, ainda não é dos diagnosticos mais faceis, á primeira vista, para os que principiam.

Filiados n'este modo de vêr, exporemos do modo mais completo quanto possivel, o que se torna indispensavel conhecer.

Uma vez o orificio do collo na vulva ou perto d'ella, ou ainda apenas o prolapso da vagina, vejamos o que nos suggera este facto.

Podemos d'isto presumir um cystocele,

um rectocele, um urethrocele ou ainda um prolapso uterino incompleto.

No cystocele, a parede vaginal procide, sobretudo quando a mulher está de pé, ou ainda quando tosse.

Se introduzirmos uma sonda metálica na bexiga, vê-se, no caso affirmativo, que o bico da sonda seguiu para a parede vaginal, fazendo volume n'esta parede; aliadas a isto as perturbações urinárias que atraz deixamos mencionadas, ficamos convencidos de que se trata realmente d'um cystocele.

O urethrocele, sob uma influencia, ás vezes pouco facil de constatar, reconhece-se pela facilidade com que a parede inferior da urethra se deixa deprimir n'um ponto qualquer do seu trajecto, sendo esse ponto mais vulgar a 1 centimetro para traz do meato urinario.

A depressão vae-se progressivamente accentuando, resultando d'ahi uma bolsa que communica com a urethra por um orificio mais ou menos largo; fazendo pressão na parede anterior da vagina, começam a apparecer algumas gottas de urina, n'ella estagnada. Muitas vezes esta bolsa é dura á palpação; porém, se nos lembrarmos da frequencia dos calculos resultantes da estagnação prolongada da urina e consecutiva

alteração, estarão tiradas todas as duvidas.

O rectocele manifesta-se por uma saliencia na parede posterior da vagina, tambem a pequena distancia da vulva; umas vezes essa saliencia é pouco pronunciada, outras vezes é consideravel.

Tillaux refere que já viu um rectocele da grandeza d'uma cabeça de feto.

Posto isto, se introduzirmos um dedo no recto em forma de gancho, facilmente nos certificaremos quando virmos a parede vaginal levantar-se no sitio onde exercemos a propulsão.

Para o prolapso do utero, teremos a palpação alliada aos toques vaginal e rectal.

Para o caso da inversão, trataremos de descobrir o orificio do collo; porém como não é muito raro enconral-o obliterado nas mulheres idosas, a exploração dos saccos vaginaes e a palpação hypogastrica dissiparão todas as duvidas.

Finalmente, a hysterometria, (quando o orificio uterino não esteja obliterado), a presença do utero no seu logar habitual, a existencia d'um corpo duro alongado, manifestada atravez do recto ou da vagina, quando haja a sua procidencia, a irreductibilidade do tumor, são signaes preciosos para o diagnostico do nosso caso.

Tratamento

Podemos dividir o tratamento em medico e cirurgico.

Tratamento medico.—Começaremos por nos referir á prophylaxia; concebe-se bem que ella não constitua um tratamento completo, desde que o alongamento esteja diagnosticado; é um tratamento preventivo apenas.

Se nos recordarmos das causas da sua producção, veremos que este tratamento deve occupar um dos primeiros logares; primeiro que tudo por ser de facil alcance, e em seguida porque, de per si, póde obstar á manifestação d'uma doença, sem cujo concurso, fatalmente se declararia.

Este facto é-nos attestado diariamente, e de facil concepção.

No caso de alongamento primitivo, quando este se manifesta, é de extrema importância a applicação d'este methodo, porque apesar de os outros tecidos conservarem a sua tonicidade normal, pôde, muitas vezes, uma simples metrite ser a causa d'essa doença, e nos primeiros tempos esse alongamento ser a causa da descida da vagina, para depois, esta, por seu turno, fazer com que elle progrida d'um modo mais rapido.

Por isso, será sempre muito conveniente não deixar passar qualquer symptoma, por banal que nos pareça, porque nos primeiros tempos podemos atalhar o mal mais facilmente e com presumpções de melhor exito do que em qualquer outra occasião. Isto pelo que respeita á sua fórma primitiva.

Quando o alongamento é consecutivo ao prolapso vaginal, veremos, pela exposição do que vae seguir-se, a sua importância.

Como este ultimo caso é mais frequente nas multiparas, vejamos em que circumstancias devemos actuar. Principiaremos pelo parto.

Sabemos bem os cuidados que requer uma mulher durante e depois do trabalho do parto.

Todos os gynecologistas estão de ac-

cordo em admittir que é raro o parto que não deixe vestígios da sua passagem, frequentemente manifestados por soluções de continuidade expostas, em maior ou menor grau.

Durante a nossa permanencia hospitalar, o numero de metrites, salpingites, salpingo-ovarites, poderá ser representado por 90 %, em que as pacientes attribuiam a causa do seu mal a um parto mais ou menos affastado.

Portanto, durante o trabalho do parto a asepsia e a antisepsia devem ser rigorosamente applicadas; o nosso cuidado será extremo no exame das lesões que porventura se tenham dado no canal pelvi-genital.

Sabemos quão rapidamente se desenvolve a chamada febre puerperal e a extrema gravidade d'esta doença, infelizmente ainda tão frequente nos nossos dias!

Se todas as parturientes soubessem do perigo que as ameaça, durante esse trabalho, certamente que, do melhor grado recompensariam aquelle que as poderia ter livrado de tão amargos soffrimentos, e talvez da sua morte, termo final d'um labutar ás vezes tão prolongado!

Ainda assim, quantas vezes o profissional com os maiores cuidados de que póde dispor, alliados a uma grande habilidade,

não consegue a destruição completa dos germens que, por essa ocasião, parecem multiplicados ao infinito, e dotados de tão forte virulencia!

Se o nosso cuidado, n'estas occasiões, deve ser maximo, tambem não o deixará de ser nos primeiros tempos consecutivos ao trabalho.

Vejamos o que sobre este ponto diz Til-laux. «Une mauvaise hygiène post-puerperale est une cause fréquente de métrite, et le praticien ne saurait trop en prévenir les nouvelles accouchées. La cessation du repos complet doit être sabordonnée à l'état de retrait des organes, et rien n'est plus ridicule que de fixer à l'avance, ainsi qu'on le fait encore souvent, un laps de temps déterminé; la sotte habitude des neuf jours classiques de séjour au lit après l'accouchement, est la source de la plupart des métrites chroniques et des prolapsus uterins».

Em tão poucas palavras, e com a precisão com que este distincto cirurgião assim escreve, não conhecemos outro que se lhe possa comparar.

O periodo ordinario de tempo de repouso absoluto no leito, post-partum, nunca deve ser inferior a quinze dias; na segunda quinzena a mulher deve evitar, é claro,

grandes esforços, as relações conjugaes, e os vestidos não devem exercer grande pressão sobre o abdomen. E' esta a regra imposta pela maior parte dos cynecologistas mais em evidencia. Não deixaremos, tambem, de attender ao estado geral de cada mulher, assim como á simplicidade ou complicação com que este acto se fez acompanhar.

Tratamento cirurgico. — Temos fallado até aqui no tratamento medico, que é como vimos, apenas preventivo; o tratamento curativo é este que nos serve de titulo e é sobre elle que nos vamos deter um pouco mais demoradamente como merece.

O tratamento cirurgico consiste na amputação do collo uterino.

A amputação do collo do utero é uma operação que, por muito tempo, foi praticada pelos cirurgiões francezes, porém o seu aperfeiçoamento, deve-se a Huguier.

Processo de Huguier. — *Amputação conoide do collo.* — Estando a doente deitada na cama operatoria, na posição classica para o exame pelo especulo, elle introduzia o dedo indicador no recto e recurvando-o em fôrma de gancho, tentava, por esta via, levantar a parede posterior da vagina para attingir a extremidade do collo, com o fim

de marcar bem os seus limites para com o recto, no intuito de evitar ferir tanto o recto como o peritoneo cujo fundo de sacco desce abaixo das inserções vaginaes.

Posto isto, elle fazia uma incisão semilunar sobre a face posterior do collo, de concavidade anterior, comprehendendo todo o labio posterior do focinho de tenca; depois de um ajudante levantar, com pinças de Museux a vagina procidida, continuava esta incisão, dirigindo-se para a cavidade do collo na espessura do tecido uterino, cortando-o com o bisturi, dirigindo os córtes obliquamente de baixo para cima e de fóra para dentro, tendo o cuidado de evitar o peritoneo. Era este o primeiro tempo da operação.

O segundo tempo consistia no seguinte: depois de ter, préviamente, introduzido uma sonda metálica na bexiga, cujo bico fosse dirigido para a parte inferior do fundo de sacco vesical, entregava-a a um ajudante que teria o cuidado de, com o bico, fazer pressão sobre a parede inferior da bexiga.

Huguier praticava, então, sobre o collo, a um centimetro para traz e para baixo da saliencia produzida pelo bico da sonda, uma incisão semi-circular de convexidade anterior, de modo que as suas extremidades se

juntassem com as da incisão, primitivamente praticada.

O terceiro tempo consistia em separar, por meio d'uma cuidadosa dissecação, a bexiga da parte anterior do collo, n'uma extensão approximadamente de quatro centímetros, tendo o cuidado de dirigir sempre o instrumento para o tecido uterino, de modo a evitar as paredes vesicaes e ferir o órgão; feito isto, terminava a operação por um corte, horisontalmente dirigido para a cavidade do collo, para ir de encontro á incisão posterior.

Em seguida procedia á laqueação dos vasos, do modo seguinte: passava por baixo de cada vaso, comprehendendo com elle o tecido uterino, um alfinete, e em volta d'elle passava os fios de laqueação, comprehendendo com o vaso uma maior ou menor parte de tecido; tinha o cuidado de fixar um fio na cabeça do alfinete, para, quando cahisse, se podésse tirar, puxando pelo dito fio; depois d'isto fazia o penso, que consistia na collocação d'um tampão de gaze assaz volumoso, tendo o cuidado de deixar uma sonda na bexiga, certamente para que a compressão exercida por elle sobre o collo ou parte da urethra, não obstasse a sahida das urinas, o que fatalmente se daria se elle não tivesse esse cuidado; final-

mente gaze e algodão á entrada da vagina fixos por meio d'uma ligadura em T, eram os ultimos cuidados da operação.

Como acabamos de vêr, posto que fosse este o processo que apparecesse mais aperfeiçoado, tinha os seus inconvenientes.

Em primeiro lugar ficava uma grande parte de tecido uterino a descoberto, e por consequencia uma grande porta de entrada a elementos infecciosos; devido á infecção consecutiva, em virtude das funestas consequencias a que a operação dava lugar, Huguier chegou a partilhar do desanimo dos seus contemporaneos; porém se entrarmos em consideração com os insucessos das operações plasticas antes da antisepsia, concordaremos que esse desanimo era na sua maior parte, infundado.

Ainda assim, a amputação do collo constitue ainda hoje, na therapeutica, um tempo preliminar importante nas operações praticadas até por motivo de prolapsos genitales. Outro inconveniente era a atresia do orificio uterino.

Nas mulheres que entraram na menopausa, não seria isto inconveniente, a não ser que viesse a declarar-se qualquer neoplasia uterina e os detritos não podessem sair, em virtude d'este facto.

Porém, n'uma mulher em pleno periodo

de actividade menstrual, isto é bem evidente, e por isso, superfluo será qualquer referencia. Outro inconveniente é o modo de cicatrização; por este processo a cicatrização será feita por granulação e por isso muito demorada, podendo até prolongar-se seis semanas e mais.

Este inconveniente desapareceu com o processo do dr. Sims, que no fim de 1859, o fez entrar no campo da therapeutica. Este cirurgião depois de amputar o collo pelo processo de Huguier, cobria-o de tecido vaginal e suturava-o de modo que só o orificio ficava visivel. A reunião dava-se por primeira intenção, e os successos augmentavam.

A attestar este modo de vêr, vem um caso relatado por Emmet, no seu livro *Pratique des maladies des femmes*, traduzido do inglez e annotado por Adolphe Olivier.

Ainda assim somos de opinião que, embora a cicatrização fosse mais rapida que no processo de Huguier, ella iria sem duvida exercer a sua influencia sobre o calibre do orificio, assim como de parte do canal cervico-uterino. Esse inconveniente desapareceu completamente nos nossos dias, e o processo operatorio empregado na nossa doente attesta mais um facto affirmativo.

O processo, por nós empregado, é o de Huguier, com algumas modificações, entre as quaes aquella que diz respeito, mais de perto, a este ponto. Em vez de repuxar o tecido vaginal e sutural-o de modo a cobrir a superficie sangrenta do collo, como fazia o dr. Sims, fazemos o reviramento da mucosa e tecido do collo, constituindo assim um verdadeiro ectropion operatorio, suturando-o depois ao tecido vaginal e muscular do collo. Se bem nos recordamos, este aperfeiçoamento é devido a Schröder.

Foi n'estas condições que foi operada a nossa doente e com resultados os mais proficuos que havia a esperar.

Ao fim de sete dias, cortamos os fios de sutura e d'ahi a quatro dias appareceu-lhe a menstruação sem o mais leve incidente digno de menção, pelo que respeita ao orificio do collo.

Julgamos ter dito o sufficiente a proposito da amputação do collo, por motivo do seu alongamento supra-vaginal. Porém, no caso que haja prolapso da vagina, nós devemos fazer seguir esta operação da elytrorrhaphia anterior ou colporrhaphia, operação primitivamente preconizada por Marshall Hall, e mais tarde aperfeiçoada por Sims em 1865, na sua *Uterine surgery*. Porém, desde o momento em que ambas as

paredes vaginaes entrem em prolapso, ou que para isso mostrem tendencia, está preconizada a colpo-perineorrhaphia, que Simon em 1867 fez entrar na cirurgia gynecologica.

Temos ainda a colpo-perineoplastia por deslisamento que consiste essencialmente no seguinte: diminuir a abertura da vulva pela sutura da furecula até a altura que julgarmos sufficiente, depois de levantarmos um retalho da parede posterior da vagina e o reseccarmos.

Esta sutura interessa os grandes e pequenos labios, assim como o perineo. E' uma operação muito simples que já tem sido praticada pelo nosso illustre professor dr. Roberto Frias e com resultados muito satisfactorios.

*

* *

Indicaremos a nossa linha de conducta em face dos varios casos que acabam de nos suggerir.

Desde o momento em que o alongamento hypertrophico supra-vaginal seja primitivo, e que esteja no seu inicio, nós proporemos a sua amputação, ainda que já haja um leve prolapso vaginal. Porém

quando a procidencia vaginal seja um pouco consideravel a ponto de sahir fóra da vulva e que o collo tenha umas dimensões de 3 a 4 centímetros varias circumstancias actuarão no nosso modo de proceder. Se a mulher fôr virgem, nós fazemos apenas a amputação do collo, desde o momento em que não haja cystocele com ou sem urethrocele ou rectocele. Se a mulher fôr primipara ou multipara e que se apresente com estas complicações que deixamos expostas, porém n'um grao pouco adiantado, procederemos á amputação do collo seguida da colporrhaphia. Porém, se estas manifestações estiverem muito adiantadas, faremos a amputação seguida da colpo-perineorrhaphia. Finalmente se o alongamento do collo foi causa de prolapso completo do utero de modo que qualquer contenção seja impossivel temos como ultimo recurso a colpo-hysterectomy. Esta operação é reservada para os casos graves, comprometendo a vida da paciente.

Alongamento hypertrophico supra-vaginal do collo na gravidez e no parto

Ao fallarmos no collo do utero não poderíamos deixar de nos referir á sua attitude em face da gravidez e do parto, n'este estado. Se nos lembrarmos das modificações porque elle passa n'estas condições, desempenhando, se não a mais importante das suas funcções, certamente uma das mais dignas da nossa attenção, não poderemos ficar silenciosos.

O alongamento primitivo não obsta á fecundação, a não ser que o seu orificio assim como o conducto cervico-uterino estejam profundamente modificados. Porém já não diremos o mesmo na occasião do parto. Quando o alongamento attinge 3 a 4 centímetros, já tem sido o tecido do collo, a

séde d'um processo morbido mais ou menos adiantado, e por isso é facil de conceber uma esclerose resultante d'este processo; d'ahi, um obstaculo á sua dilatação, e por consequencia um caso de dystocia.

Quando o alongamento hypertrophico é uma complicação de prolapso vaginal, tambem as circumstancias variam.

Se este alongamento está no seu principio, a dilatação dar-se-ha sem grande difficuldade. Porém, se o grau é um pouco adiantado e se se trata d'uma multipara em que os tecidos do canal pelvi-genital soffreram um relaxamento consideravel, o parto tornar-se-ha laborioso por dois motivos. Em primeiro logar a causa de dystocia é a mesma que ha pouco apontamos; e em segundo logar, deve temer-se um prolapso do utero, como não é difficil conceber-se. Ainda assim, quando a affecção está muito adiantada, as relações sexuaes são muito dolorosas e por isso a frequencia do parto diminue.

Observação da doente com a tabella n.º 1555

E. J., filha de paes incognitos, solteira, dona de casa, com 40 annos de idade, natural de Mattosinhos, entrou para este hospital no dia 29 de janeiro de 1904, sendo-lhe destinada a cama n.º 7 da sala de Santa Magdalena, na enfermaria n.º 8; queixa-se de dôres no baixo ventre, difficuldade na micção e defecação, de corrimento sanguineo, posto que pouco abundante, e sentindo a madre descida.

Exame local.— Pela inspecção dos órgãos genitales, notamos que havia uma manifesta procidencia da parede anterior da vagina, prolongando-se para fóra da vulva uns 2 ou 3 centimetros; a còr da mucosa vaginal era bastante pallida, havendo na sua parede, immediatamente subjacente ao meato urinario, uma

ligeira ulceração avermelhada de bordos esbranquiçados.

Pela palpação hypogastrica reconhecemos, sobretudo quando feita profundamente, que a doente accusa bastantes dôres que se tornam muito mais manifestas á medida que nos approximamos da symphise do pubis.

Pelo toque vaginal reconhecemos que o focinho de tenca dista da vulva proximamente 3 centímetros, sendo mais alongada a sua porção supra-vaginal e d'uma consistencia mais dura que normalmente; tentando reduzi-lo, é-nos impossivel porque apresenta a muita resistencia alliada a dôres lancinantes que a portadora accusa. Os fundos de sacco vaginaes, nomeadamente o anterior e lateraes, tinham descido de modo que, para a exploração da porção supra-vaginal do collo, era necessario fazer uma certa pressão na vagina para o conseguirmos.

Pela palpação alliada aos toques vaginal e rectal, reconhecemos que o utero occupava o seu logar normal, notando apenas que o seu volume era algum tanto reduzido. O hystero metro dá-nos um comprimento de quasi 10 centímetros. Não ha cystocele, rectocele, nem urethrocele.

Exame a distancia. — Nada encontramos digno de interesse.

Exame dos aparelhos. — *Apparelho digestivo.* — As digestões são difficeis; é habitual a sensação de peso

no estomago e dôr, consecutivamente á ingestão de alimentos; a constipação de ventre é tambem muito frequente passando 4 e seis dias sem defecar; tem dôres no ventre ao exercer esta função. A sêde é frequente, porém a dilatação de estomago é insignificante.

Apparelho circulatorio. — Tem, a miude, palpitações e tachycardia que ella accusa de ha poucos dias; incommoda-a o latejar das arterias, ao repousar a cabeça no travesseiro, tendo de muitas vezes levantar-se, por ao mesmo tempo sentir muito calor na cabeça.

Apparelho respiratorio. — Tem apenas uma ligeira rouquidão que ella attribue a varias constipações; á auscultação, nada de anormal no thorax.

Apparelho nervoso. — Accusa insomnias frequentes acompanhadas de zumbidos nos ouvidos; tem frequentemente nevralgias intercostaes e lombares, porém passageiras.

Apparelho urinario. — Tem disuria e pollakyuria; as urinas são turvas; o exame, em tubos de ensaio, não revela nada de anormal.

Apparelho genital. — Tem sido regularmente menstruada desde os doze annos; de ha 18 annos até hoje que no intervallo das epochas menstruaes nota a existencia d'um corrimento sanguineo-purulento.

Historia da doença. — Tendo-se levantado, ha 18 annos da cama, tres dias depois d'um parto, come-

çou por sentir dôres ligeiras no baixo ventre; estas dôres duraram 8 a 10 dias; ao fim d'este tempo, como se sentisse melhor, resolveu lavar o soalho do quarto; porém, como lhe fosse necessario levantar um cantaro cheio d'agua, sentiu n'essa occasião uma dôr violenta no baixo ventre, que a obrigou a ir para a cama immediatamente.

Passado um mez, como as dôres lhe fossem abrandando, levantou-se. Depois d'isto teve muitas vezes de abandonar o trabalho caseiro, sentando-se por algum tempo, no intuito de descansar. Este parto foi bastante laborioso e demorado. A mulher que ella mandou chamar para lhe assistir, vendo que demorava a expulsão do feto, introduziu a mão na vagina e apanhando um pé do feto, fez tracções de tal ordem que á expulsão succedeu uma hemorragia muito abundante.

D'ahi por diante, a par das dôres que nunca mais a abandonaram, ficou sentindo que alguma coisa mais havia. Ao fim de 3 dias appareceu-lhe um corrimento a principio sanguinolento e depois sanguineo-purulento que durou assim approximadamente 3 a 4 vezes. Ao fim d'este tempo tornou-se esbranquiçado e fetido, e de cada vez mais abundante.

Passados dois annos desde o primeiro parto, teve outro, mas este correndo bem. Como se levantasse da cama tambem poucos dias depois, as dôres que até ahi eram ligeiras, tornaram-se bastante intensas e ao fim de 6 dias approximadamente começou a sentir que a madre lhe descia. Passados dois dias,

continuando sempre a trabalhar, molhou-se em virtude d'um forte aguaceiro, e uma vez assim, sentiu-se indisposta, cahindo sem sentidos. Levada para casa, recuperou os sentidos pouco depois, levantando-se em seguida.

Passados dois mezes depois d'este acontecimento, notou que o andar de pé lhe era um pouco custoso, conservando-se, por ultimo, difficilmente n'essa posição; recolheu ao leito e passado algum tempo começou o trabalho, achando-se um pouco melhor.

Passados 5 annos do parto anterior, teve outro tambem sem incidente.

Passados poucos dias aggravaram-se, de novo, os padecimentos coincidindo isto com o apparecimento do mesmo corrimento que tempo antes tinha desaparecido; resolveu portanto entrar para o hospital. Diz ella que lhe fizeram ahi uma raspagem na madre.

Por cá esteve durante tres mezes, ao fim dos quaes foi para casa muito melhorada. Passados 4 annos, estando grávida, e notando que á medida que se approximava o termo da gravidez, o corpo se lhe começava a inchar, resolveu entrar novamente para o hospital, sendo-lhe extrahido o feto a forceps, depois de se verificar que estava morto. Tinha uma grande difficuldade na micção e urinava pouco. Depois d'isto foi para casa e depois de 3 dias voltou. Eram-lhe tiradas as urinas varias vezes ao dia durante 15 dias, dizendo além d'isso que com um medicamento que lhe deram, urinava abundantemente

e pouco a pouco lhe foi desaparecendo a inchação.

Durante os primeiros dias, depois da entrada ultima no hospital, conta que tivera um ataque de nervos, levantando-se da cama com attitude pouco lisonjeira para as collegas enfermas. Ao fim de tres mezes foi para casa em estado satisfactorio.

As difficuldades na marcha assim como a impossibilidade de fazer grandes osforços prevaleceram até a sua entrada no hospital onde se encontra.

Diagnostic. — Alongamento hypertrophico da região supra-vaginal do collo do utero e endometrite chronica hemorrhagica.

Tratamento. — Resolvemos primeiro que tudo tratar a metrite, para o que submettemos a paciente a uma curetagem uterina que teve logar no dia 8 de fevereiro.

Com irrigações uterinas tepidas durante 12 dias, desapareceu por completo o corrimento e diminuíram as dôres no ventre. A constipação é combatida por meio de clysteres; a leve cystite desapareceu com lavagens diarias de agua borica tepida; a ardencia á micção desapareceu egualmente com injeções no canal de vaselina liquida iodoformada. O estado geral melhora de dia para dia.

No dia 26 de fevereiro soffreu a amputação do collo. Até ao dia 15 de março correu tudo sem incidente. Porém, n'esse dia, teve um ligeiro ataque de

grippe que foi combatida com um purgante e uma poção de aconito. Como depois d'isto a procidencia da parede anterior da vagina fosse manifesta, foi de novo operada, soffrendo a colporrhaphia anterior. Pouco aproveitou com isso pois que a procidencia prevalece, havendo já tendencia para o prolapso da parede posterior.

Resolvemos, portanto, apezar de novo, o que fizemos no dia 9 de junho. A operação consistiu no seguinte: como a parede anterior continuava a procidir, fizemos a operação de Syme, que consiste no seguinte: de cada lado da linha média, na parede anterior da vagina, dissecamos dois retalhos do comprimento, approximadamente, de 4 centímetros e de 1 centimetro de largura; feito isto suturamos a fios de prata os labios das incisões; a agulha perfurando um dos labios externos d'uma das incisões, procurava o bordo interno correspondente e dirigia-se para o lado opposto, apanhando respectivamente os labios da outra superficie de avivamento. Dados os pontos que julgamos convenientes, introduzimos por ambas as pontas de cada fio uma conta de chumbo para, proximo o mais possivel da solução, a esmagarmos para fixar assim ambas as pontas. Consecutivamente entramos no ultimo tempo da operação, que nos era já conhecido pelo nome de colpo-peri-neoplastia por deslisamento de Doléris, e assim terminamos a operação, tendo todas as probabilidades de bom exito.

Tencionamos, logo que a cicatrização seja com-

pleta, introduzir um pessario como meio de contenção definitiva, que a portadora conservará durante largo tempo depois da sua sahida d'este hospital.

Exame no dia 21 de junho.—Estado geral bom.

Exame local.—Não ha vestigio algum de suppuração; a parede anterior da vagina quasi normal. Está menstruada ha 4 dias não sentindo as dôres que accusava nas menstruações transactas. A physionomia é alegre, accusando a paciente successivas melhoras. Não ha dysuria. A constipação de ventre melhorou um pouco.

PROPOSIÇÕES

Anatomia.—A presença do diverticulo de Meckel denota um esquecimento grave da natureza.

Histologia normal.—A classificação dos epithelios pelas suas origens blastodermicas deve desaparecer.

Physiologia.—A temperatura do ar expirado é devida principalmente ao sangue na sua passagem nos alveolos.

Pathologia geral.—Os órgãos lymphoides são verdadeiras guardas avançadas na defeza do organismo.

Anatomia pathologica.—A inflammação é um signal de resistencia organica.

Therapeutica.—Devemos ser escrupulosos na administração de purgantes quando haja dôres abdominaes.

Medicina operatoria.—Prefiro a intubação da larynge á tracheotomia todas as vezes que seja possivel.

Hygiene.—Condemno o beijo na estola por occasião da Visita Pascal.

Pathologia cirurgica.—Renuncio á intervenção cirurgica nas osteites quando haja symptomas de tuberculose visceral.

Pathologia medica.—Ha nas affecções do coração tachycardias que devemos respeitar.

Obstetricia.—Nas posições posteriores, a rotação de des-cida tem como determinantes o pyramidal e os planos inclinados da bacia.

Medicina legal.—A fluctuação dos pulmões do feto nem sempre indica que elle respirou.

Visto.

Candido de Sinho,
Presidente.

Póde imprimir-se.

Moraes Caldas,
Director.