



BISTEROSCOPIA



159/1 FWP

Faculdade de Medicina do Pôrto

Histeroscopia

Suas aplicações ao diagnóstico e tratamento
das doenças intra-uterinas

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

Apresentada por

AMADEU ENCARNAÇÃO



159/1 FMP

... "PORTO-GRÁFICO, ...
Tipografia e Encadernação
de *Benjamin de L. e Lima*
R. dos Bragas, 156 -- Pôrto

PORTO — 1914

Faculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR

CANDIDO AUGUSTO CORREIA DE PINHO

LENTE SECRETÁRIO

ÁLVARO TEIXEIRA BASTOS

CORPO DOCENTE

Professores ordinários e extraordinários

- | | | |
|--|---|---|
| 1.a classe — Anatomia | { | Luis de Freitas Viegas
Joaquim Alberto Pires de Lima |
| 2.a classe — Fisiologia e histo-
logia | { | António Plácido da Costa
José de Oliveira Lima |
| 3.a classe — Farmacologia | | Vaga |
| 4.a classe — Medicina legal e
Anatomia Patológica | { | Augusto Henrique de Almeida Brandão
Vaga |
| 5.a classe — Higiene e Bacterio-
logia | { | João Lopes da Silva Martins Júnior
Alberto Pereira Pinto de Aguiar |
| 6.a classe — Obstetrícia e Gine-
cologia | { | Cândido Augusto Correia de Pinho
Álvaro Teixeira Bastos |
| 7.a classe — Cirurgia | { | Roberto Belarmino do Rosário Frias
Carlos Alberto de Lima
António Joaquim de Sousa Júnior |
| 8.a classe — Medicina | { | José Dias de Almeida Júnior
José Alfredo Mendes de Magalhães
Tiago Augusto de Almeida |
| Psiquiatria | | António de Sousa Magalhães e Lemos |

Professores jubilados

José de Andrade Gramaxo
Pedro Augusto Dias
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos.

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

(Regulamento da Faculdade de 23 de Abril de 1840, art.º 155.º).

A meus Pais

A MEU IRMÃO

AO

Dr. Manuel António de Morais Frias

À Ex.^{ma} Sr.^a D. Joana Brandão

À família Ruela

Ào meu presidente de tese

O Ex.^{mo} Snr.

Prof. Cândido de Pinho

Prólogo

ANTES de principiar as minhas considerações sobre o assunto que escolhi para tese, a endoscopia uterina, cumpre-me testemunhar aqui a minha gratidão imorredoura para com os meus ilustres Mestres, os Ex.^{mos} Snrs. Drs. Cândido de Pinho e Morais Frias que obsequiosa e dedicadamente colaboraram comigo, facilitando-me as observações pessoais imprescindíveis para o estudo de tal assunto.

Não posso apresentar, nem tal me propunha, um trabalho original, difícil no nosso meio onde faltam os recursos de toda a ordem e impossível pela brevidade com que circunstâncias particulares me obrigam a conquistar a minha carta. Envidarei, comtudo, os meus

esforços para que este trabalho seja o mais completo possível, reunindo o que, sôbre o assunto, está já feito e socorrendo-me da pouca literatura que me é dado ler.

A endoscopia uterina que ha de positivamente fazer um futuro brilhante, ainda não foi aproveitada convenientemente entre nós e este facto animou-me a escolhe-la como assunto da minha tese despretenciosa, procurando chamar a atenção sôbre um processo de exame utilíssimo num grande número de afecções intrauterinas.

E', como não podia deixar de ser, um trabalho incompleto e pequeno, mas estamos convencidos de que, assim mesmo, modesto como é, não será absolutamente nulo e mostrará o nosso esforço para produzir alguma coisa útil.

E antes de terminar, devemos ainda implorar a benevolência de quem nos ler e especialmente a do Ex.^{mo} Júri que tiver de nos julgar.

Considerações gerais

O problema mais importante que o clínico tem a resolver é, sem dúvida alguma, o de estabelecer um diagnóstico preciso, seguro. Não quero aqui enumerar as causas desta importância, porque elas estão no espírito de todos e ninguém as discute já, desejando apenas salientar que foi ela a determinante de todos os trabalhos de exploração clínica no sentido de facilitar o estudo do doente.

Este estudo relativamente fácil para um grande número de afecções, torna-se particularmente difícil e delicado quando os órgãos atingidos não podem ser examinados directamente e as suas lesões se não fazem acompanhar dum quadro sintomático característico.

Estão neste caso os órgãos internos e as cavidades do organismo cujo estado não podemos apreciar *de visu* e cujas lesões nos escapam, quasi sempre, no seu início, justamente quando é maior a vantagem de firmar um diagnóstico certo.

Desta dificuldade nasceu a necessidade de juntar aos antigos processos de exploração, o toque, a percussão, a palpação, etc., um outro importantíssimo, o exame directo das diversas cavidades, a *endoscopia*.

E este processo, que já não é recente, tem, à custa dos aperfeiçoamentos sucessivos conquistados nos últimos anos, facilitado o estudo das lesões das cavidades splanchnicas, obtendo novas aplicações e sendo objecto de novos estudos. Assim são já importantísimos os numerosos trabalhos sobre citoscopia, uretroscopia, retoscopia, gastroscopia e jejunoscopia últimamente realizados, podendo dizer-se que a endoscopia da maior parte destas cavidades entrou já na prática corrente, trazendo ao estudo das suas lesões um meio seguro de diagnóstico.

Ora as vantagens que a endoscopia ga-

rante ao clínico na investigação do estado patológico daquelas vísceras, não podem nem devem ser desprezados no estudo das lesões uterinas, onde os outros meios de diagnóstico tantas vezes são insuficientes, e a histeroscopia nos pódê dar resultados averiguados e reais.

Na verdade, que indicações nos podem dar os diversos processos de exploração uterina, sôbre afecções cavitárias? que segurança de diagnóstico nos oferecem o toque, a palpação bimanual, o toque intra-uterino, a histerometria ou o processo de Vulliet nas lesões intra-uterinas?

Algumas indicações nos fornecem, e que não são para desprezar, mas, além das dificuldades técnicas dalguns daqueles meios de exploração uterina, estas indicações são a maior parte das vezes insuficientes como vamos vêr.

O toque e a palpação bimanual nenhum resultado certo dão nas afecções intra-uterinas porque estas podem existir mantendo o útero a sua fórma, volume, consistência e mobilidade normaes.

O toque intra-uterino dum valor inapreciável no estado puerperal, é, fóra dêste estado, quási sempre insuficiente, muitas vezes difícil e algumas mesmo impossível, devendo, diz Clado, ser rejeitado, salvo em alguns casos excepcionais, como meio para chegar a um diagnóstico preciso. De facto para se fazer um toque intra-uterino é necessário obter em primeiro lugar uma grande dilatação do cólo, dilatação que póde demorar alguns dias a fazer e que nos não garante a introdução fácil de todo o indicador na cavidade do útero, porque muitas vezes o dêdo é apertado à altura do istmo e difficilmente avança na cavidade.

Além disso, quando o útero é muito profundo, o dedo não atinge o seu fundo e a exploração não póde ser completa. Mas ainda mesmo que o toque possa ser completo o dedo estrangulado pelo cólo uterino não recolhe sensações precisas, nítidas e exactas. E estes inconvenientes que se podem dar quando o prolapso artificial é possível, aumentam quando o útero desce pouco, sendo impossível a exploração quando êle é imóvel.

Mas supondo mesmo possível um bom toque uterino, que resultados podemos obter com a exploração digital? Podemos chegar sempre a uma conclusão verdadeira, recolher sempre dados para fazer um diagnóstico exacto? Evidentemente, não podemos. Se é relativamente fácil reconhecer na cavidade uterina um neoplasma vegetante, um polipo, um fibroma saliente, a verdade é que nenhuma indicação uteis podemos colher quando se trata de lesões do endometrium pouco ou nada salientes.

A histerometria é sem dúvida um meio admirável de investigação mas poucas indicações clinicas nos pode prestar. Além de nos avaliar com precisão o comprimento da cavidade uterina e nos indicar a sua direcção, apenas nos fornece algumas indicações, e estas mesmo pouco precisas, sobre alguns obstáculos que encontra a extremidade da sua haste na cavidade.

Por último, resta-me falar do método de Vulliet, de Genebra, que consiste em dilatar o canal cervico-uterino em proporções taes que a vista possa penetrar directamente na

cavidade. Vulliet obtem esta dilatação com pequenos tampões antiséticos e olha em seguida com um espelho bivalve semelhante, mas mais pequeno, ao espelho de Trélat destinado à dilatação do anus. Deste método diz S. Clado: "procurei fazer a dilatação pelo processo de Vulliet para avaliar as vantagens do método e para o comparar à histeroscopia. Ora posso afirmar que por aquele processo a dilatação é não só difícil e longa,—visto que são necessários vinte dias para obter o resultado desejado,—mas ainda que, satisfeitas todas as condições requeridas, é muito difícil vêr distintamente qualquer coisa no interior do útero quando êle é iluminado apenas pela luz solar."

Depois desta exposição dos diferentes processos de exploração do útero, nenhuma dúvida nos resta sobre as vantagens da histeroscopia e sobre a necessidade de a fazer entrar na prática corrente, como único meio de, muitas vezes, diagnosticar a tempo um neoplasma no seu início e investigar a etiologia duma metrorragia ou reconhecer a natureza dum corpo estranho existente na cavidade uterina.

E não é só sob o ponto de vista do diagnóstico que a histeroscopia nos presta serviços; ela pôde ser-nos útil também, como veremos, sob o ponto de vista terapeutico.

História

A história da histeroscopia, muito mais curta que a da cistoscopia, remonta contudo a 1864, ano em que Aubinais, médico em Nantes, notando a deficiência dos métodos de exploração ginecológica, procurou ver na cavidade uterina, fazendo o que chamou a "uteroscopia," na mulher grávida. Êste processo que nenhum valor tem além do de mostrar o esforço por conseguir diminuir dificuldades de exploração clínica e ser o predecessor da histeroscopia, consistia em aplicar sobre o ventre da mulher grávida de nove meses uma fôlha de papel negro que o cobrisse completamente. Nesta fôlha abria Aubinais uma ou duas janelas, atravez duma das quais

fazia passar raios luminosos da maior intensidade possível e observava em seguida através da outra janela ou pelo cólo do utero exposto por meio de um speculo vaginal. Aubinaiis julgava obter assim uma iluminação suficiente da bolsa das aguas e por ela reconhecer com facilidade a disposição do feto. Contudo nada mais obteve do que apreciar movimentos vagos de massas confusas, nada acrescentando aos anteriores processos de exploração.

Depois desta tentativa aparece-nos Amussat procurando aplicar diversos aparelhos de iluminação ao tratamento das afeções uterinas. Mas ainda Amussat não conseguiu senão iluminar a vagina e o cólo uterino dilatando a primeira e fazendo incidir sôbre o segundo os raios luminosos que dimanavam dum fóco qualquer e que êle por meio de refletores conduzia para a cavidade vaginal. A estes aparelhos de Amussat é necessário juntar o que *Trouvé* inventou, a que deu o nome de *poliscopio*, e que se compunha de duas partes: um reservatório portátil de electricidade que se carregava por meio de uma pilha especial; e uma manga comunicando com o

reservatório por meio de fios condutores, na extremidade da qual estava montado um refletor com um fio de platina que se tornava incandescente com a passagem da corrente, iluminando a vagina e o cólo uterino.

Vem em seguida diversos aparelhos que procuram realizar a endoscopia uterina propriamente dita. Em primeiro lugar aparecem OS ESPÉCULOS INTRA-UTERINOS que pretendiam fazer penetrar a luz solar no útero através do canal cervical dilatado. Assim Jobert fez construir um pequeno espéculo cilíndrico de um centímetro de diâmetro que introduzia através do cólo uterino; êste espéculo era constituído por duas partes deslizando uma sôbre a outra de maneira que uma porção longitudinal da parede cilíndrica podia ser retirada para deixar examinar a cavidade uterina e as paredes do canal cervical. Depois novas modificações dêste espéculo aparecem com Mathieu, Brissez, Busch, Lemenart-Deschenais e por último Vulliet com o seu espéculo bi-valve de que já atrás falei.

Aos espéculos intra-uterinos seguem-se OS HISTEROSCOPIOS DE ILUMINAÇÃO EXTERNA, aparelhos propriamente histeroscópicos.

Cabe a Désormeaux a glória de inventar o primeiro aparelho de exploração *visual* duma cavidade splanchnica, aparelho a que chamou *endoscopia* e que se compunha dum tubo recto tendo na sua extremidade terminal uma lâmpada munida duma lente e dum reflector. O tubo, bastante estreito para entrar facilmente na cavidade a examinar, era aplicado de fôrma a ser olhada através dêle a superficie da cavidade, pondo a sua extremidade externa em comunicação com a lâmpada e reflector que produziam a iluminação necessária. Êste aparelho, imperfeito como era, representou um progresso grande da endoscopia e pena foi que o seu autor limitasse os seus serviços ao campo da uretro-cistoscopia exclusivamente. De facto, só mais tarde outros clínicos applicaram, como vamos ver, o endoscopia de Désormeaux à histeroscopia.

É, em primeiro lugar, *Pantaleoni*, que, em 1869, servindo-se ao mesmo tempo do tubo de *Cruise* e do endoscopia de Désormeaux, *olha pela primeira vez* a cavidade uterina no vivo, seguindo uma technica racional com que obtem alguns resultados satisf-

tórios. Falando de Pantaleoni, dizem Duplay e Clado no seu Tratado de Histeroscopia: "Foi em presença duma mulher de sessenta anos afectada dum corrimento uterino que resistia a todos os tratamentos, que êle teve a ideia de tentar a exploração visual da cavidade do órgão. Começou por praticar a dilatação com uma esponja de Sinus colocada durante vinte e quatro horas. Ao retirar-se sobreveio uma hemorragia que o não impediu, contudo, de introduzir no utero um tubo metalico de 20 centimetros de comprimento e dum calibre correspondente ao n.º 30 da escala de Charrière. Através deste tubo introduziu em seguida o endoscópio de Désormeaux e pôde iluminar suficientemente a cavidade para vêr no seu interior e constatar a presença duma vegetação poliposa sobre o fundo do utero. E' o primeiro diagnostico histeroscópico que se realizou,,.

Mas Pantaleoni, diz C. David, não se limitou a fazer a inspecção com o tubo colocado na cavidade uterina; aproveitou-o para cauterisar com nitrato de prata a vegetação, cumprindo assim a dupla indicação da histerosco-

pia: fazer a constatação directa e o tratamento duma lesão intra-uterina sob o *contrôle* da vista. Pantaleoni empregou ainda o seu método com igual resultado em mais trez casos, sendo para admirar o insucesso dos seus sucessores que lhe seguiram o método.

A. *Le Blond* empregou, depois de Pantaleoni, o endoscópio de Désormeaux por diversas vezes nunca alcançando resultados positivos por causa, diz êle, das hemorragias que provoca o menor toque na mucosa uterina.

O sangue obliterava o tubo e prejudicava a exploração, pouco adiantando a limpeza que, mesmo atravez do tubo, ele fazia com pequenas pelotas de algodão hidrófilo. Apesar dessa limpeza, nada mais conseguia vêr do que a coloração avermelhada fornecida pelo sangue, mesmo em pequena quantidade, à mucosa uterina.

Depois de Blond, aparece-nos *Bumm* que pelo mesmo método, e mais feliz que o seu antecessor, conseguiu fazer alguns exames histeroscópicos com resultado, chegando mesmo a diagnosticar assim a endometrite fungosa, o cancro e pequenos tumores do fundo do utero.

Comtudo e apesar destes resultados, Bumm não simpatizou com o método porque, também a êle, a hemorragia provocada pelas manobras com o tubo histeroscópico prejudicavam e impossibilitavam muitas vezes a exploração, obrigando-o a repetidas limpezas. Além disso, segundo êle, esta exploração podia provocar uma infecção das trompas. Cita mesmo o caso duma salpingite blenorragica consecutiva a um exame histeroscópico.

Em 1893, *M. Blondel* fez algumas experiências de endoscopia uterina que não deram resultado servindo-se dum aparelho que David, de quem cõlho a maior parte destas indicações históricas, descreve da seguinte fórma: eram dois tubos dos quais o externo formado por quatro hastes fixas em aneis em ambas as extremidades e o interno cilindrico; no interior deslisava o embolo de madeira que protegia as paredes do órgão durante a introdução. O instrumento tinha 10 centímetros de comprimento e 2 de largura. A iluminação obtinha-se por meio duma lâmpada eléctrica conduzida na extremidade duma haste ôca onde circulava permanentemente água fria porque, por

pouco que demorasse o exame, a doente não suportava o calor produzido pela lâmpada.

Este aparelho com que se poderia ver toda a superfície uterina, tinha, como os seus antecessores, o inconveniente de ser prejudicado pela hemorragia e o de se tornar insuportável para a doente por causa do calor. Além disso apenas se podia aplicar a um utero abortivo e ao utero não puerperal.

Depois de Blondel, veem os trabalhos de *Pichevin* e *Boisseau du Rocher* e de *Morris* que nada adiantam e cujo pouco resultado faz abandonar aos seus autores as investigações histeroscópicas.

E chegamos assim a CLADO, o grande mestre da histeroscopia e do diagnóstico ginecológico, que fez sobre a endoscopia uterina trabalhos magistraes e completos, tornando-a o mais prática possível, precisando minuciosamente a sua técnica e inventando aparelhos cada vez mais completos e interessantes. Clado começou os seus trabalhos em 1896, histeroscopou centenas de doentes, publicou em 1898, com *Duplay*, um tratado de histeroscopia onde expõe as suas pesquisas e

os resultados obtidos e em 1902, no *Manual de diagnóstico ginecológico* reclama para a histeroscopia o lugar de primeiro método de exploração cavitária uterina.

Os aparelhos de que se servia eram todos de iluminação externa, compondo-se de duas partes: o *tubo histeroscópico* que permitia à vista chegar até à cavidade uterina e o *fotóforo*, origem luminosa destinada a iluminar essa cavidade. Fez assim fabricar diversos aparelhos, uns com fotóforo independente do tubo, como o espelho de Klar, outros com fotóforo fixo ao tubo como o fotóforo de Zeiter e enfim com fotóforo articulado ao tubo na sua extremidade externa.

Com estes aparelhos Clado fez progredir extraordinariamente a endoscopia uterina, lançando as bases da sua técnica, estudando a anatomia patológica do utero através do tubo histeroscópico, fazendo o diagnóstico da maior parte das lesões cavitárias e praticando tratamentos e mesmo algumas intervenções terapêuticas.

Póde, na verdade, dizer-se que Clado fundou a histeroscopia, sendo apenas lamen-

tável que o processo por que a fazia fosse pouco cómodo e tivesse ainda muitos dos inconvenientes, senão a maior parte dêles, notados aos seus predecessores. De facto, os seus instrumentos, aliás muito apreciáveis já, eram difíceis de manejar, não resolviam o problema do inconveniente da hemorragia e davam uma iluminação deficiente.

Cabe a *Charles David* a honra de inventar o aparelho que veio tornar prática e relativamente fácil a endoscopia uterina—o *histeroscópio de iluminação interna* com tubo fechadô na extremidade. Antes dêle, já *Judet* teve a ideia de aplicar o uretroscópio de Luys à exploração da cavidade uterina, fazendo observações felizes sôbre o cadaver, mas abandonou êstes trabalhos, confiando os seus resultados a David que aproveitou a ideia de modificar o aparelho de Clado, transportando a lâmpada para a extremidade interna do tubo. Começou a fazer assim as suas experiências em 1907, com o aparelho de Luys, no cadaver obtendo os melhores resultados; passou em seguida a observar alguns doentes e notou que êsses resultados no vivo deixavam muito

a desejar porque ainda a hemorragia, sempre o mesmo espectro, o mesmo obstáculo, impediu quási completamente o exame. O sangue sujava a lâmpada ao mesmo tempo que obliterava o tubo e nada se podia observar. Era necessário retirar o aparelho, limpar e tornar a colocar para obter o mesmo resultado, apesar de todos os cuidados em secar com pedras a superfície uterina e em provocar a hemostase por meio de lavagens intra-uterinas com soluções de antipirina ou adrenalina.

Êste inconveniente, ou antes êste obstáculo, sugeriu a David a ideia de empregar tubos fechados na extremidade interior que evidentemente não podiam ser obliterados pelo sangue. Fez primeiro as suas experiências com tubos de vidro, perfeitos tubos de ensaio e notou a facilidade, nitidez e precisão com que podia verificar o estado do endométrium desde que lhe encostasse o tubo para que o sangue e os líquidos patológicos contidos no utero desaparecessem de entre o tubo e a parede uterina.

Depois destas experiências fez David construir o seu histeroscópio fechado, de

iluminação interna, que adiante descreveremos e que ainda hoje é o melhor aparelho de endoscopia uterina, o que nos serviu nas nossas poucas observações.

Alguns ataques sofreu o instrumento de David, especialmente feitos por Lequeux que o acusava principalmente de não deixar ver as partes laterais do utero. A esta acusação replica David afirmando "ter podido em todos os casos em que empregou êste processo de exploração *olhar* a cavidade uterina *em todas as suas partes*„. Basta, diz David, uma ligeira inclinação do tubo para ver, retirando progressivamente o instrumento, passar deante dêle todos os segmentos da parede uterina que vemos *um após outro* seguindo o sentido da inclinação.

O aparelho de David assim construido não corresponde, contudo, senão a uma das indicações da histeroscopia — o diagnóstico das lesões cavitárias; para desempenhar a sua missão completa o seu autor introduziu-lhe ainda uma modificação que o torna capaz de satisfazer à segunda indicação — terapêutica sob o contrôle da vista.

Essa modificação consiste em introduzir o tubo fechado em outro tubo aberto ao qual êle serve, por assim dizer, de mandrin; os dois tubos são introduzidos na cavidade uterina: solidários um com o outro, manobram-se como se fôsse apenas um tubo fechado quando se trata duma exploração propriamente dita. Se fôr necessário praticar uma biopsia, fazer uma tamponagem, ou cauterizar a mucosa, retira-se o tubo interno, o fechado, deixa-se no seu lugar o tubo aberto e através dêle introduz-se o instrumento necessário até ao ponto anteriormente marcado.

É êste o histeroscópio de David que tornou prática e relativamente fácil a endoscopia uterina e que no capítulo seguinte descreveremos.

Em 1908 publicou Carles David a sua tese sôbre endoscopia uterina e depois dêsse seu trabalho, não chegou ao nosso conhecimento que obra alguma se publicasse sôbre o assunto. Apenas alguns artigos podemos ler nos *Anales de Ginècologie*, na *Presse Médicale* e no *Journal de Urologie*.

Recentemente tem-se estudado as relações da histeroscopia com a cistoscopia no diagnóstico do cancro uterino e da sua operabilidade, mas este assunto interessantíssimo é versado especialmente na cistoscopia.

A exploração histeroscópica

Preliminares

A histeroscopia tem, como já vimos, vantagens extraordinárias sôbre os outros meios de diagnóstico ginecológico, mas não quer isto dizer que a exploração endoscópica nos faça pôr de parte aqueles meios. Bem pelo contrário, não podemos deixar de afirmar que, antes de se fazer uma histeroscopia, se deve fazer um exame completo e rigoroso do doente procurando obter por todos os outros processos de investigação os conhecimentos necessários para avaliar com precisão as condições em que a exploração endoscópica vai ser feita e mesmo as circunstâncias que a indicam ou não.

Assim precisamos de conhecer com todo o

rigor possível a consistência, situação, volume e comprimento do utero; a permeabilidade do canal cervical; e até o estado dos anexos.

Todos êstes conhecimentos indispensáveis nos são fornecidos pelo toque abdominal e vaginal e pela histerometria que devem, repito, preceder qualquer exame histeroscópico para o observador saber qual a posição a dar à doente, qual o calibre do tubo histeroscópico que deve usar, quais os cuidados de hemostase a empregar e quais as manobras a fazer com o histeroscópio; e tudo isto depois de, ainda pelos conhecimentos obtidos, ajuizar das indicações ou contra-indicações da histeroscopia.

Depois de fazer o exame completo da doente devemos prepara-la desinfectando com todo o cuidado as vias genitales como no capítulo seguinte descreveremos e, se o canal cervical não fôr suficientemente permeável para dar passagem ao tubo histeroscópico, temos de o dilatar. Esta dilatação do utero é quasi sempre necessária quando se não trata de uteros puerperais e póde fazer-se por meio dos dilatadores de Hégard, do aparelho de Bossi,

ou ainda por meio de qualquer outro dilatador se há necessidade de fazer o exame histeroscópico urgente e imediato; não havendo tal necessidade é preferível fazer a dilatação lenta por meio de laminárias colocadas com todos os cuidados de asepsia.

A respeito desta necessidade de dilatação do utero como inconveniente da histeroscopia, escreve C. David: "... e não acusem esta dilatação prévia e necessária como um inconveniente ou uma complicação do método: êle é, com efeito, o primeiro tempo obrigatório de toda a intervenção e de toda a terapêutica intra-uterina. Além disso, notamos muitas vezes que a dilatação tem uma influência muito feliz sôbre as métrorragias; grande número de vezes os doentes submetidos ao exame histeroscópico cessaram de perder sangue desde o dia do exame sem que lhe fôsse feita terapêutica especial; não hesitamos em atribuir à dilatação esta hemostase em hemorragias muitas vezes rebeldes e tendo resistido a um repouso prolongado no leito; e como a grande maioria das mulheres que somos chamados a histeroscopar perdem sangue

em maior ou menor abundância, a dilatação só lhes poderá ser útil.,,

Êste facto, citado por David, de hemostase por dilatação, observamo-lo nós na primeira histeroscopia que fizemos em uma mulher que perdia sangue há oito dias, estando em repouso na cama e que deixou de o perder desde o momento em que a histeroscopia foi feita. Não conhecemos o mecanismo pelo qual se fez tal hemostase, mas o facto é que a hemorragia parou sem que lhe fôsse feito qualquer tratamento posterior, o que, com as afirmações de David que deixamos transcritas, nos leva à convicção de ser a dilatação a causa da hemostase.

Continuando as nossas considerações sobre os preliminares da endoscopia uterina, e depois de preparada a doente como atraz exposemos, resta-nos indicar quais os ferros necessários e a maneira de os esterelisar convenientemente.

Os instrumentos necessários são :

— Um *espécuro bi-valve* ou *valvas vaginaes*, sendo preferível o espécuro porque evita a necessidade de ajudantes.

— Duas *pinças de Museux* para abaixar o colo uterino.

— Quatro *porta-gazes* intra-uterinos para limpar a cavidade uterina e fazer aplicações medicamentosas.

— Uma *sonda Doléris* para irrigações intra-uterinas.

— Finalmente escolher para o histeroscopia um tubo de calibre e comprimento proporcionaes às dimensões do utero a examinar.

Quanto à esterilisação dos tubos, diz David, deve ser feita a alta temperatura, quer pelo calor sêco, na estufa de Pepinel, quer no autoclave a uma temperatura de 130° a 140°, tendo a ebulição o inconveniente de prejudicar a visão através do vidro do tubo interno.

Este inconveniente pôde contudo remediar-se facilmente desaparafusando a extremidade do tubo ou fervendo-a separada do resto e secando cuidadosamente o vidro.

Achamos preferível a esterilisação de todos os instrumentos por meio da ebulição, em água com borato de soda durante trinta

minutos porque é mais prática, mais rápida e pódé ser feita em qualquer ponto libertando-nos da dependência dum laboratório de esterilisação.

Técnica

Antes de entrar propriamente no estudo da técnica histeroscópica, vou descrever o histeroscópio de iluminação interna e visão directa de David, que não é mais do que o cistoscópio de Louys modificado por aquele autor.

Compõe-se o aparelho de duas partes distintas: *tubos histeroscópicos* e *aparelho de iluminação*.

Com os tubos histeroscópicos, um externo e outro interno, vem um *mandrin* de metal nikelado, cilindro-cónico, de extremidade arredondada tendo uma pequena ranhura destinada a deixar passar o ar e evitar a formação do vácuo, quando se retira o mandrin, e a

aspiração consequente da mucosa uterina pelo tubo externo.

O *tubo externo*, aberto nas duas extremidades, é cilíndrico, de níquel, de 18 centímetros de comprimento, tendo numa das extremidades um pavilhão chato destinado a articular-se por meio duma ranhura e dum pequeno espigão com o cabo do instrumento. A outra extremidade que deve penetrar no útero é aberta e de secção perpendicular ao eixo do tubo. Na superfície externa do tubo ha uma escala graduada em centímetros que permite localisar uma lesão para intervenção directa depois da histeroscopia.

O calibre deste tubo é variável conforme se destina a servir num útero de dimensões normais, num útero depois de aborto, ou ainda num útero depois de parto; no primeiro caso o calibre é de 10,5 milímetros, no segundo de 12 milímetros, o que dá um campo visual mais extenso e no terceiro é de 18 milímetros com um comprimento de 22 centímetros.

O *tubo interno* tem a mesma fôrma e comprimento do externo em cujo interior

deve ser introduzido. Difere apenas pela extremidade terminal que é *fechada* por meio de um vidro de cristal adaptado de forma a obturar *completamente* o tubo. Esta extremidade é aparafusada ao resto do tubo permitindo facilmente a limpeza do vidro.

O *aparelho de iluminação* consta: a) de *pequenas lâmpadas* eléctricas, alongadas, de 3,5 volts e montadas em hastes longas de maneira que a lâmpada colocada no histeroscópio chega exactamente até à extremidade terminal do tubo interno. Estas lâmpadas desenvolvem muito pouco calor enquanto são novas sendo necessário substituí-las quando, usadas e mais resistentes, começam a aquecer ligeiramente.

b) Um *cabo* formado de duas porções dobradas em ângulo recto das quais a horizontal suporta a lâmpada e articula com o tubo externo e a vertical recebe os fios eléctricos e é munida de um interruptor de corrente. Ao nível do ângulo formado pelas duas porções há um suporte para uma lente cujo fóco corresponde ao comprimento do tubo histeroscópico.

c) Enfim, a *energia eléctrica* é fornecida por um pequeno acumulador que dá uma corrente de 4 a 4,5 volts.

Tal é o histeroscópio de C. David, de que nos servimos nas poucas observações que pudemos fazer e que, na verdade, é cómodo, prático e de fácil manejo como vamos vêr, passando a descrever propriamente a técnica do exame histeroscópico.

Temos em primeiro lugar de considerar a melhor POSIÇÃO A DAR À DOENTE para facilitar não só a introdução do histeroscópio como também a sua manobra e o exame da cavidade uterina. Esta posição depende, como fácilmente se compreende, da situação do útero; assim podemos adoptar três posições diferentes correspondendo às três posições — normal, antevertido e retrovertido — do útero. No primeiro caso colocamos a doente na posição *dorso-sagrada* tendo o cuidado de lhe levantar suficientemente a bacia por meio de travesseiras, se a temos de examinar no leito; no segundo caso é preferível a *posição de Trendelenburg* ou a *posição inclinada da bacia* que determina o básculo do útero para

traz e portanto uma queda da parede anterior no campo visual do histeroscópio; enfim, quando se trate de examinar um útero retrovertido, deveremos colocar a doente na *posição genu-peitoral* que provoca o fenómeno inverso do provocado pela posição anterior, fazendo bascular o útero para diante e oferecendo assim a parede posterior ao exame.

São estas as três posições indicadas na endoscopia uterina, mas, de facto, raríssimas vezes nos vemos obrigados a adoptar as posições inclinadas da bacia e genu-peitoral porque, na maioria dos casos basta empregar a posição dorso-sagrada ou levantar ligeiramente a bacia para fazer um exame completo da cavidade uterina, sendo neste caso indispensável manobrar o histeroscópio de forma a baixar ou levantar a sua extremidade terminal o suficiente para ver a parede posterior ou anterior. Em todo o caso aquelas duas posições teem as suas indicações em casos extremos em que nos vemos obrigados a lançar mão delas.

Colocada a doente em posição, um outro problema temos de resolver — o da ANESTESIA.

Para Clado o emprêgo da anestesia geral é facultativo devendo recorrer-se a êle, quando o exame tiver de ser seguido duma intervenção qualquer.

Fóra destas circunstâncias, Clado prefere a cocainização que, pela sua acção hemostática permite também examinar a cavidade uterina com maior facilidade. Para êste efeito introduz-se no útero um pequeno tampão embebido numa solução de cocaína a $1/30$ e deixa-se ficar durante cinco minutos. Para C. David, sendo a histeroscopia absolutamente indolor, só se deve recorrer à anestesia quando se tenha de examinar uma doente nervosa que, mexendo-se demasiadamente, impossibilite o exame. Neste caso aconselha a anestesia pelo kéléne, cloreto de etilo químicamente puro, que dá um somno suficiente para se fazer a endoscopia.

Nunca empregamos anestésico algum nem vemos a necessidade de o empregar fóra dos casos indicados por David, porque, de facto, as doentes que examinamos confessaram-nos não sentirem dôr alguma com o exame.

Indispensável, absolutamente indispensável é a ANTISSEPSIA VULVO-VAGINAL rigorosa, tão rigorosa como se se tratasse duma operação e a LAVAGEM ABUNDANTE DA CAVIDADE UTERINA. A primeira faz-se barbeando e lavando com sabão a vulva durante cinco minutos, pelo menos, e varrendo em seguida o sabão com uma solução de permanganato de potassa; a vagina lavar-se-há também com sabão e em seguida uma irrigação abundante de permanganato completará a antissepsia que, repetimos, deve ser tão perfeita quanto possível. A lavagem da cavidade uterina deve fazer-se não só por precaução antisséptica como também para a desembaraçar do pus, sangue, coágulos ou outras impurezas que lá podem estar acumuladas. Para esta lavagem emprega-se a *irrigação* e a *tamponagem*: a irrigação faz-se com uma solução de água oxigenada em água fervida e é imediatamente seguida da tamponagem que se executa por meio de tampões ou pelotas montadas em porta-gazes uterinos e que serve para secar a cavidade uterina e desembaraçá-la de impurezas ainda aderentes à parede e que a acção

mecânica da irrigação não arrancou. Clado e David recomendam o algodão para fazer a tamponagem; preferimos a pelota de gaze que não deixa fios e seca melhor.

Um último cuidado é ainda necessário em alguns casos antes de introduzir o aparelho na cavidade uterina. É fazer a HEMOSTASE quando a hemorragia fôr abundante e possa impedir uma endoscopia perfeita. Esta hemostase faz-se por meio duma solução concentrada de antipirina, ou de cocaina a $\frac{1}{30}$ ou ainda, e melhor, pela solução milesimal de adrenalina com que se lava cuidadosamente toda a superfície da cavidade uterina. Embora a hemostase não seja completa, o corrimento sanguíneo é muito menor e possível o exame.

Depois de tudo isto, chegamos propriamente à técnica da endoscopia uterina, isto é, à INTRODUÇÃO E MANOBRA DO HISTEROSCÓPIO que dividirei, como o seu autor, em três tempos: *abaixamento do útero, introdução e manobra do tubo histeroscópico.*

1.º — *Abaixamento do útero.* — Este tempo não é absolutamente indispensável, porque a introdução do histeroscópio pode fazer-se

sem o prolapso artificial do útero que tem mesmo sérias contra-indicações. Assim devemos pô-lo de parte sempre que haja lesões anaxiais recentes ou antigas porque, no primeiro caso, corremos o perigo de as fazer reaparecer, e no segundo, prejudicaríamos ainda a doente exercendo trações sôbre aderências que por ventura existam em volta do útero. Clado diz mesmo que se não deve fazer o abaixamento do útero em todos os casos em que "a inflamação, ou qualquer lesão tenham ultrapassado os limites da cavidade uterina para alcançar os anexos ou o parametrium."

Nos outros casos devemos fazer o prolapso artificial, porque o abaixamento e a fixação do útero facilitam muito a manobra do histeroscópio (David).

Depois de afastar as paredes vaginais com valvas ou com o espécuro, e de preferência com o espécuro, prende-se o lábio anterior ou posterior do colo, conforme o que mais convém, com uma pinça de Museux forte que se aperta bem. Fazem-se em seguida trações moderadas até se obter um abaixamento suficiente, depois do que se fixa a pinça sem

contudo exercer pressão no púbis. O útero assim abaixado e fixo, passa-se ao tempo seguinte (1):

2.º — *Introdução* — Introduz-se em primeiro lugar o tubo exterior armado do seu mandrim, impelindo-o docemente até ao fundo da cavidade uterina; êle penetra e desliza com a maior facilidade, se não encontrar um obstáculo, como tumor intra-uterino, polipo, placenta, corpo estranho, etc, mesmo quando o útero está desviado da sua posição normal e não tem aderências a fixá-lo na posição viciosa; quando estas aderências existem a histeroscopia é contra-indicada. O tubo chega assim até ao fundo do órgão, o que se nota por uma ligeira sensação de resistência, e em nenhum caso se deve impelir com fôrça, porque se o tubo não avança com uma pressão suave é porque algum obstáculo se opõe e é necessário contorná-lo. Se se trata de uma doente magra ou puérpera, podemos verificar pela pal-

(1) Os dois últimos tempos executámo-los exactamente como os descreve David, motivo por que nada mais fazemos do que seguir a descrição d'êste autor.

pação abdominal se o tubo chegou até ao fundo da cavidade uterina.

Chegando o tubo até ao fundo, retira-se o mandrim sustentando com a mão esquerda o tubo em posição. Limpa-se em seguida com uma pelota montada a parte da parede cavi-tária situada na extremidade do tubo e substitui-se o mandrim pelo tubo interno fechado que se introduz até que o seu pavilhão fique em contacto com o do tubo externo. Isto feito introduz-se a lâmpada acesa no tubo interno, fixa-se o cabo ao pavilhão do tubo externo e põe-se a lente diante da extremidade do tubo, levantando-a.

E assim se está preparado para examinar a cavidade uterina pela forma como vamos descrever.

3.º — *Manobra do tubo histeroscópico* —

A primeira região que se apresenta no campo do histeroscópio assim introduzido é a parte média do fundo do útero que se deve examinar com todo o cuidado, "*sendo necessário para que a visão seja nítida que a extremidade do tubo chegue quasi ao contacto da parede uterina* (David). Examinada esta parte

do fundo do útero passa-se a olhar atentamente as outras dando à extremidade do tubo inclinações para a direita, para a esquerda, para diante e para trás; estas inclinações devem fazer-se metódicamente para se poder revistar sucessivamente todos os pontos da superfície do fundo. Juntamente com o fundo devem explorar-se os córnos do útero exagerando o desvio da extremidade do tubo em contacto ou quási em contacto com o fundo para a direita e para a esquerda.

Depois de examinado o fundo, passa-se a a revistar as *faces* do útero, para o que se retira muito devagar o aparelho. Vemos então as duas faces encostarem-se diante do tubo e podemos, ao retirar o aparelho até ao nível do istmo, imprimindo-lhe ligeiros movimentos de vai-vem, examinar uma faixa vertical mediana sôbre as paredes anterior e posterior.

Chegando com o tubo ao istmo parámos para de novo o introduzir até ao fundo e proceder da mesma forma com inclinações para a direita e para a esquerda. Chegamos assim a explorar completamente as duas faces, o que também se consegue mais rápidamente, quan-

do se está habituado já a manejar o aparelho, imprimindo-lhe, ao retirar lentamente do fundo, movimentos de circundação que permitem à extremidade terminal do tubo o passar por todos os pontos da cavidade. Para se examinar os ângulos laterais, é necessário, exactamente como para o exame dos cornos, inclinar bastante a extremidade externa do tubo para a direita e para a esquerda.

Quando a cavidade uterina é mais volumosa e as paredes são rígidas, estas não se encostam ao retirar o tubo e é necessário inclinar o cabo para trás para se ver a parede anterior e para a frente para se examinar a posterior.

Depois de se ter explorado assim minuciosamente a cavidade do corpo uterino, faz-se da mesma forma a exploração da cavidade cervical, mais fácil, porque aqui as paredes estão completamente em contacto com o tubo.

Depois de feito o exame completo, deve dar-se uma irrigação intra-uterina com água iodada ou uma instilação com tintura de iodo que, ao mesmo tempo que determina um pouco de hemostase, é poderosamente antisséptica e

portanto admirável para evitar qualquer infecção que, não sendo provável, é, contudo, possível pela dificuldade que há em fazer uma antissepsia completa da vagina.

*

*

*

Esta é a técnica a usar em um útero fora do estado puerperal. Quando se examina uma puérpera, o exame é muito mais fácil porque a cavidade uterina é maior e não é necessária a dilatação prévia. O que se torna indispensável é uma antissepsia mais cuidadosa ainda do que a exigida anteriormente e uma irrigação intra-uterina muito abundante para arrastar para fora do útero os coágulos que existem sempre depois do parto. O tubo histeroscópio deve ser mais comprido e de maior calibre, 22 centímetros de comprimento e 18 milímetros de diâmetro como atrás dissemos.

As manobras são exactamente as mesmas, sendo contudo útil que um ajudante, apoiando a mão sobre o fundo do útero através da pa-

rede abdominal, o faça baixar e vir de encontro à extremidade do tubo.

Depois de feito o exame far-se-há nova irrigação intra-uterina de água ligeiramente oxigenada ou iodada, bastante abundante, secando-se depois a cavidade por meio de tampões de gaze. E' conveniente fazer a tamponagem vaginal com gaze esterilizada.

Nada mais temos a dizer sôbre a técnica da endoscopia uterina para cuja descrição nos socorremos da exposição que dela faz David.

Dificuldades e contra-indicações

Charles David antes de expôr, seguindo nesta exposição Clado, as dificuldades da histeroscopia, menciona como *inconvenientes*: a *dôr* e a *infecção*. Não falaremos de tais inconvenientes porque o primeiro não existe de facto e o segundo evita-se com os cuidados da assepsia e antissepsia que deixamos indicados no capítulo precedente. Além disso, apenas conhecemos o caso de *Bumm*, citado por David, de uma salpingite blenorragica atribuída a infecção por manobras histeroscópicas.

Mas, se não encontramos aqueles inconvenientes na histeroscopia, o mesmo não podemos dizer quanto às dificuldades que por vezes aparecem. Sem dúvida, muitas vezes basta

seguir a técnica descrita para, sem contrariedades, fazer uma observação completa e segura; porém, muitas outras há em que nos aparecem sérias dificuldades a complicá-la.

Podemos, como Clado e David, agrupá-las da seguinte maneira.

1.º — Dôres.

2.º — Contrações uterinas.

3.º — Cavidade uterina demasiado espaçosa.

4.º — Cavidade uterina demasiado estreita ou desviada.

5.º — Obstáculos que impedem a progressão do tubo histeroscópico.

6.º — Impurezas.

7.º — Hemorragia.

Estas dificuldades habitualmente não aparecem isoladas e antes se combinam no curso dum exame. Não são, contudo, invencíveis, como vamos ver, indicando para cada grupo a maneira de as evitar ou diminuir.

1.º — *A dôr* — Nos casos em que a histeroscopia está indicada, esta dificuldade é mínima se procedermos com suavidade e, devemos mesmo dizer, não aparece. Existe sim a

a dôr quando há uma perimetrite, dôr provocada pela tracção que a pinça exerce sôbre o útero, mas neste caso a dificuldade desaparece não fazendo o prolapso artificial que, como vimos, não é indispensável. Nos outros casos, de anexite aguda, pelvi-peritonite, etc., é contra-indicada a histeroscopia e não devemos portanto olhá-los como dificultando-a mas impossibilitando-a. Só no caso de doentes nervosas devemos usar a anestesia geral como dissémos já e nunca, como quer Clado, a cocainisação cavitária, porque na imensa maioria dos casos a mucosa uterina é pouco sensível e a dôr parte sempre, especialmente, dos anexos e do parametrium, provocada pela tracção.

2.º — *Contrações uterinas* — Pode acontecer que, ao procurarmos penetrar na cavidade uterina, o tubo pare ao nível do istmo do útero, quer porque o canal esteja insufficientemente dilatado, quer porque uma contracção espasmódica se venha opôr à progressão do instrumento. No primeiro caso completamos a dilatação por qualquer dos processos anteriormente expostos ou substi-

tuimos o tubo demasiado grosso por outro cujo calibre esteja em relação com o grau de dilatação já obtido. No segundo caso esperamos que as contracções passem de per si e, se tal não aconteçe, introduzimos no cólo lentamente e sem forçar o útero alguns dilatadores de Hégar de calibre sucessivamente maior. Podemos ainda, caso isto não baste, usar com resultado a cocaína, a stovaína, ou a novocaína. Quando o obstáculo é causado por contracções do anel de Bandl, o que acontece algumas vezes depois do parto, temos de recorrer às massagens uterinas dadas por um ajudante através da parede abdominal e se estas não derem resultado adiar a histeroscopia.

3.º — *Cavidade uterina demasiado espaçosa.* — A' primeira vista parece que uma cavidade uterina demasiado espaçosa deveria antes facilitar que dificultar a endoscopia. A verdade porém é que, se não aumenta muito a dificuldade, exige todavia cuidados especiais de observação para que seja explorado completamente o endometrium. De facto, para o percorrer todo, é necessário fazer sofrer ao

tubo desvios muito fortes e que por vezes são ainda insuficientes. Acontece isto especialmente, quando observamos um útero depois do parto ou do aborto em período avançado e ainda em certos casos de corpos fibrosos com metrite e dilatação do canal uterino.

Para a histeroscopia de úteros puerperais a dificuldade atenua-se usando tubos de grande calibre que o colo deixa facilmente passar; tratando-se de corpos fibrosos é necessária a dilatação artificial do canal cervical suficiente para a introdução dos mesmos tubos. O calibre destes tubos já foi indicado, quando descrevemos o histeroscópio de David.

4.º — *Cavidade uterina demasiado estreita ou desviada.* — Não é esta uma dificuldade séria para a histeroscopia, a não ser quando se trate de um útero pequeno e sclerosado, circunstância em que a histeroscopia é impossível ou improfícua, e no caso de úteros desviados e fixos por meio de aderências, circunstância em que é contra-indicada. Nos outros casos a dilatação por meio de laminarias, velas de Hégar, ou por outro qualquer dilata-

dor uterino, bastam, no geral, para corrigir o desvio e aumentar a cavidade tornando possível o exame.

5.º — *Obstáculo que impede a progressão do tubo histeroscópico.* — O útero pode apresentar um obstáculo que se oponha à progressão do tubo histeroscópico. Êste obstáculo pode ser formado por um tumor, pela placenta, por coágulos, por corpos estranhos ou mesmo por partes esfaceladas da mucosa uterina. Longe de constituir uma dificuldade para o diagnóstico histeroscópico, o obstáculo facilita o seu estabelecimento. Basta na verdade olhar através do tubo que o encontrou para o vê e reconhecer mesmo muitas vezes a sua natureza. Em todo o caso nem sempre o diagnóstico é fácil e é sempre necessário procurar contornar o obstáculo, passando entre êle e as paredes da cavidade, para reconhecer as suas relações recíprocas.

Póde para isso utilizar-se um tubo com a extremidade terminal talhada em bocal de flauta. Mas a maior parte das vezes é impossível avançar, porque o obstáculo enche a cavidade uterina, cujas paredes se moldam sóli-

damente sôbre êle e temos de nos contentar com a constatação do corpo estranho e quando muito com o reconhecimento da sua natureza.

6.º—*Impurezas*.— Esta dificuldade remove-se fácilmente; as impurezas proveem todas da parede uterina e são constituídas por secreções mucosas ou purulentas, normais ou patológicas, restos de placenta ou tumor ou de qualquer produção anormal da mucosa uterina. Uma irrigação abundante e a limpeza com pelotas montadas bastam para desembaraçar a cavidade uterina e expô-la convenientemente à endoscopia.

7.º—*Hemorragia*.— Era esta a maior das dificuldades para Clado e para os seus antecessores que empregavam, como êle, tubos abertos nas duas extremidades. A hemorragia, própria da doença que requeria o exame ou sobrevindo durante a observação provocada por manobras do aparelho endoscópico, prejudicava-lhes a visão tapando o tubo e impossibilitando muitas vezes a continuação do exame. Porêem com o moderno instrumento de David, tubo fechado na extremidade ter-

minal, esta dificuldade é muito menor e não constitui mesmo um inconveniente importante. Quando a mucosa sangra muito, faz-se préviamente uma irrigação abundante com água oxigenada e toca-se depois com pelotas de gaze embebidas em uma solução miléssimal de adrenalina todos os pontos do endométrium. No geral isto basta; mas mesmo quando a hemorragia persiste, podemos fazer a observação nítidamente encostando o vidro do tubo à parede uterina. O sangue é expulso de entre o vidro e a parede e o pouco que lá pode ficar não estorva grandemente o exame.

São estas as dificuldades que se apontam à endoscopia uterina e que, como vimos, não são de molde a autorizarem as acusações de pouco viável e pouco prática feitas à histeroscopia.

As CONTRA-INDICAÇÕES são em pequeníssimo número e já as deixamos mais ou menos apontadas aqui e ali, reunindo-as agora em grupo para terminar êste capítulo.

Reduzem-se a quatro as circunstâncias em que não devemos fazer o exame endoscópico da cavidade uterina:

1.º — *Gravidez* — Sôbre esta contra-indicação não é necessário fazer considerações, porque todos sabemos que ela constitui uma contra-indicação para todo o exame e terapêutica intra-uterinas.

2.º — *Anexite aguda* — Quando uma lesão uterina se faz acompanhar de lesões agudas dos anexos, não podemos praticar a endoscopia uterina, porque vamos prejudicar a doente agravando a lesão anexial. É necessário deixar arrefecer primeiro esta lesão para praticar depois a histeroscopia, da mesma fôrma que para fazer qualquer terapêutica cavitária.

3.º — *Lesões inflamatórias periuterinas* — As causas desta contra-indicação são as mesmas da anterior, sendo necessário também para praticar a histeroscopia deixar acalmar os fenómenos agudos que a técnica da endoscopia iria agravar.

4.º — *Desvio uterino irreductível* — Este desvio é mais uma dificuldade do que propriamente uma contra-indicação. De facto, sempre que o útero é móvel ou pouco fixo, a correcção pode fazer-se e a endoscopia é possível e completa ou quási completa; quan-

do, porém, o útero está fixo em uma situação viciosa, a histeroscopia é impossível ou, pelo menos, muito incompleta, não se chegando a explorar o fundo da cavidade.

Charle David cita ainda os casos de *neoplasma cervical muito vegetante* como contra-indicações da histeroscopia. A nosso ver, êstes casos não devem ser agrupados nas contra-indicações por motivos que David é o primeiro a reconhecer: não só não é necessária a histeroscopia, porque o diagnóstico é evidente, mas também ela se não pode fazer sem abrir caminho através do próprio neoplasma e assim mesmo sem obter resultados aproveitáveis. E' dos casos em que os outros meios de diagnóstico nos fornecem melhores indicações, sendo mais práticos.

São, portanto, apenas quatro as contra-indicações da histeroscopia, o que depõe muito a favor dêste método de exploração.

Indicações

Se, como vimos, as contra-indicações da histeroscopia são muito poucas, o contrário acontece com o número de circunstâncias em que ela é indicada, tanto sob o ponto de vista do diagnóstico, como sob o do tratamento.

“Duma maneira geral, diz David, podemos dizer que a endoscopia uterina nos permite: fazer um diagnóstico extremamente preciso de todas as lesões intra-uterinas; estabelecer indicações muito precisas relativamente ao tratamento; avaliar os resultados do tratamento; e fazer algumas intervenções intra-uterinas sob a inspeção visual,,.

O pequeno número de observações que

fizemos, se nos não permite afirmações tão categóricas como as daquele autor, também nos não leva a considerar o método com o pessimismo com que a êle se teem referido alguns ginecologistas. A nossa pouca prática e deficiente educação técnica não colheram os resultados que esperamos ainda colher da endoscopia uterina, quando estivermos mais familiarizados com êste processo de exploração clínica, cujas indicações agruparemos em duas classes: *sob o ponto de vista do diagnóstico* e *sob o ponto de vista terapêutico*.

Sob o ponto de vista do diagnóstico, as indicações da histeroscopia teem de ser consideradas no útero fora do estado puerperal e no útero depois do aborto e depois do parto.

FORA DO ESTADO PUERPERAL quâsi podemos dizer que a histeroscopia tem indicações em todas as doenças cavitárias, prestando, é certo, em alguns casos, poucos esclarecimentos, mas sendo afinal duma utilidade maior ou menor.

Onde especialmente a histeroscopia presta serviços importantes é nos casos em que os

outros meios de exploração nos não permitem fixar com segurança um diagnóstico preciso. Assim, uma das suas indicações mais imperiosas são as *metrorragias* cuja etiologia é muitas vezes difícil de estabelecer porque, a exploração pela palpação, pelo toque ou pela histerometria não fornecem dados suficientes para, em determinadas circunstâncias, fazer o diagnóstico diferencial entre uma simples metrite hemorrágica e uma néoformação qualquer. Isto dá-se especialmente quando esta néoformação, polipo ou fibroma, é pequena e exclusivamente cavitária. Nestas condições o histeroscopia é duma utilidade inegável, *mostrando-nos* o tumor de que muitas vezes nem sequer suspeitamos.

Os *corrimentos leucorreicos* são também uma indicação para a histeroscopia, embora aqui ela preste menores serviços. De facto, quando os diversos meios de exploração, e especialmente o toque, não revelam outros sintomas, classificamos de metrite a causa destes corrimentos. Ora o exame endoscópico que pode fornecer ao médico instruções sobre a variedade da endometrite de que se tra-

te, pode também revelar a existência duma néoformação em início, facto êste duma importância capital.

Clado cita ainda *a dôr* como sintoma indicativo do exame endoscópico, mas a verdade é que a dôr uterina, só por si, sem outros sintomas a acompanhá-la, não requer tal exame, porque em geral provêm de lesões anexas ou paramétricas em que o histeroscópio nada vai descobrir.

A indicação mais importante da histeroscopia, fora do estado puerperal, é, pois, a metrorragia rebelde com ou sem corrimentos patológicos. E não só podemos por meio dela estabelecer um diagnóstico, como também confirmar, completar ou modificar mesmo, um diagnóstico anteriormente posto por meio dos outros métodos de exame e exploração.

Não quero referir-me às metrites agudas em que não só o diagnóstico é fácil, mas principalmente em que devemos pôr de parte a histeroscopia pela conveniência de deixar repousar o útero e não espalhar uma infecção muitas vezes localizada ainda. É especialmente das metrites crónicas que quero falar, embora

não repute ainda neste caso a histeroscopia *duma importância capital*, como o afirmam C. David e Clado.

De facto o exame histeroscópico não vai além da mucosa uterina e todos nós sabemos que nas metrites crónicas o seu estado tem uma importância pequena comparado com o do músculo uterino. Contudo o seu exame pode revelar-nos a maneira como ela reagiu mostrando-nos se dessa reacção provieram vegetações, vilosidades ou mesmo polipos que requeiram um tratamento especial. Sem termos, portanto o entusiasmo de David pela histeroscopia nas metrites crónicas, também não podemos concordar com *Jayle* quando afirma que o estado da mucosa não tem significação alguma no processo patológico destas metrites, resultando estéril o seu exame histeroscópico.

Mas onde positivamente a histeroscopia tem uma grande importância é, como já dissemos, na constatação ou descoberta de *tumores intra-uterinos*, para os localizar com precisão, avaliar o seu volume, estabelecer a sua natureza e investigar a sua extensão, quan-

do se trate dum cancro, fornecendo *ipso facto* indicações sôbre o seu tratamento e a sua operabilidade.

Antes de passarmos ao estudo das indicações da histeroscopia depois do parto, devemos citar ainda as suas vantagens na pesquisa e extracção de corpos estranhos da cavidade uterina e no diagnóstico de malformações da mesma cavidade.

NO ESTADO PUERPERAL agruparemos as indicações da histeroscopia *depois do parto* e *depois do aborto* por serem as mesmas ou quási as mesmas.

Tanto num caso como noutro, uma das indicações da histeroscopia reside na *retenção placentária*. Se o diagnóstico desta retenção é quási sempre fácil pelo toque digital depois do parto, o mesmo não acontece depois do aborto em que muitas vezes êste toque é difícil e nos não dá indicações precisas e suficientes.

Ora é importante diagnosticar a retenção para se fazer o esvaziamento da cavidade quanto antes, sem esperar a sintomatologia que depois a acompanha. O que dizemos a

respeito da retenção de placenta, estende-se também ao caso de retenção de *fragmentos de membranas*, tanto mais que são precisamente estes os que mais facilmente escapam a um toque digital.

Uma outra indicação da histeroscopia é a fornecida pela *infecção uterina*, onde ela nos mostra nitidamente lesões que não podemos descobrir pelos outros processos de exploração. Assim podemos encontrar esfacelos parciais, limitados, ou ulcerações da mucosa, tratando-os com toques medicamentosos e pensos convenientes, cuja execução a endoscopia tornou fácil indicando-nos a situação exacta do esfacelo ou ulceração.

Emfim, uma indicação importante de endoscopia, é a que nos fornecem as *lesões traumáticas* do útero consecutivas ao aborto provocado. A respeito desta indicação diz Clado:

“O diagnóstico destas lesões só é possível pela endoscopia... E' claro que nas doentes que vemos a maior parte das vezes já infectadas, perdendo sangue em maior ou menor abundância, e para as quais pensamos numa simples retenção placentária, uma curetagem

pode ser desastrosa, fatal: ela expõe a completar uma perfuração incompleta do útero, ou a agravar lesões de que nem sequer suspeitamos.„ Isto mostra a alta importância da endoscopia nos abortos provocados, quer evitando tratamentos errados, quer estabelecendo indicações nítidas de intervenções precoces e salvadoras. E desta vantagem da endoscopia deriva a sua importância em medicina legal, quando nos fornece elementos para diagnosticar um aborto provocado: lacerações ou feridas da mucosa uterina constatadas logo após o aborto.

Terminado assim o estudo das indicações da endoscopia uterina sob o ponto de vista do diagnóstico, resta-nos, para terminar êste capítulo, falar das suas indicações sob o ponto de vista terapêutico. Estas indicações podem agrupar-se da seguinte maneira:

- 1.^a— Fazer uma biopsia sob inspecção visual. Como sabemos, muitas vezes é impossível firmar um diagnóstico sem fazer o exame histológico do tecido lesado. Ora para conseguir êste exame é necessário obter um fragmento daquele tecido, o que habitualmente

se consegue por meio de uma curetagem exploradora. Êste método, como facilmente se compreende, pode conduzir a falsos resultados, porque os fragmentos são, por assim dizer, tirados ao acaso, cegamente. Daí um possível êrro: o de fazermos examinar um fragmento da mucosa atingido por um processo mórbido banal, benigno, mas vizinho duma zona da mucosa atingida por um processo canceroso que o exame nos não revela.

Tal não acontecerá se a biopsia fôr feita sob a inspecção visual, isto é, através do tubo externo do histeroscópio com uma pinça especial: longa, com a extremidade em bico de pato, com os bordos cortantes, formando como que uma dupla cureta. Para se fazer a biopsia, procede-se da seguinte maneira: depois de se descobrir o tumor num ponto da cavidade uterina por meio do histeroscópio, retira-se a lâmpada e o tubo interno, enquanto que, com a mão esquerda, se fixa o tubo externo de encontro ao tumor; séca-se bem a superfície, no geral sangrenta, com tampões de algodão ou gaze, introduz-se de novo a lâmpada e em seguida a pinça de biopsia, pro-

cedendo-se a esta sob a inspecção visual. É um método seguro, prático e preciso.

2.^a — Pelo mesmo processo podemos extirpar pequenos tumores pediculados da cavidade uterina. A técnica é exactamente a mesma.

3.^a — Ainda pelo mesmo processo podemos extrair pequenos corpos estranhos da cavidade uterina e facilitar, pela endoscopia prévia, a extracção daqueles que não possam atravessar o tubo endoscópico.

4.^a — Podemos, enfim, fazer pequenos pensos da mucosa uterina, ou mesmo toques medicamentosos, que, graças à histeroscopia localizaremos perfeitamente na região lesada.

A Cavidade uterina através do histeroscópio

I.—No estado normal

É êste, sem dúvida, um dos capítulos mais importantes da histeroscopia, aquele cujo conhecimento representa a base de todo o exame endoscópico da cavidade uterina.

Sem um conhecimento completo dos diferentes aspectos que nos oferece esta cavidade, olhada através do tubo histeroscópico, quer no seu estado normal, quer nos variados estados patológicos, é impossível praticar uma histeroscopia proveitosa, *ler* a cavidade uterina.

Infelizmente não nos foi possível fazer um estudo prático completo e *ver* as diversas

modificações que sofre a cavidade uterina atingida pelas suas diferentes lesões.

Por isso, neste capítulo, apenas podemos coordenar o que sôbre o assunto nos dizem Clado e David, únicos autores, cujas obras conseguimos ler, além de alguns, poucos, artigos em revistas cirúrgicas e médicas.

Começaremos, assim, por estudar a cavidade uterina no estado normal sôbre o cadáver, no vivo, fora do estado puerperal, depois do parto normal e depois do abôrto espontâneo e completo.

a) — NO CADÁVER — A endoscopia no cadáver é particularmente fácil e útil sob o ponto de vista médico legal, podendo revelar-nos provas dum abôrto provocado, como já tivemos ocasião de dizer. Normalmente, olhada através do tubo histeroscópico, a cavidade do corpo apresenta-se-nos perfeitamente lisa, igual, sem elevações nem depressões, coberta de mucus transparente que nos deixa perceber perfeitamente a sua côr branca-acinzentada, ligeiramente rosada e uniforme em toda ela, segundo David, às vezes com uma mancha violácea em tôrno do orifício das trompas,

segundo Clado. A cavidade cervical difere um pouco da cavidade do corpo. A sua mucosa é mais carregada, embora pálida também; nota-se-lhe a árvore da vida, algumas vezes ovos de Naboth, que lhe dão um aspecto rugoso, desigual; cúbrea uma camada de mucus mais espesso que o da cavidade do corpo e antes opaco que hialino.

b)—No vivo—Como no cadáver, a mucosa da cavidade do corpo, apresenta-se-nos, perfeitamente lisa, igual, sem saliências, coberta de mucus hialino, deixando ver os orifícios glandulares sob o aspecto de pontos microscópicos, com uma côr uniforme, branca, brilhante, ligeiramente rosada, um pouco mais viva que sôbre o cadáver. Os ângulos do útero apresentam-se-nos diedros e algumas vezes podemos chegar a ver os orifícios das trompas, especialmente quando há salpingite (David).

A cavidade cervical não oferece diferenças da observada no cadáver, a não ser na côr que é mais viva e mais rosada. Nota-se-lhe, como lá, facilmente a árvore da vida com as suas saliências e depressões e uma camada de

múcus espesso, às vezes opaco a ponto de mascarar e dificultar a visão das partes subjacentes.

c)— DEPOIS DUM PARTO NORMAL — No estado puerperal é sempre fácil o exame histeroscópico da cavidade uterina, como vimos, quando expusemos a sua técnica. Assim também é mais fácil interpretar-se o que se vê, usando, como então dissemos, um tubo de calibre e comprimento maior. Assim notamos, examinando o útero logo depois dum parto de termo, que a mucosa uterina, abstractando a zona de inserção placentária, nos aparece completamente lisa, em toda a sua extensão, com arborizações vasculares mais ou menos espessas e uniformemente córada de cinzento rosado. Na zona de inserção placentária nota-se uma superfície irregular, desigual, com saliências e depressões, mamelonada, com pontuações vermelhas escuras correspondentes a coagulações sangüíneas.

Tal é o aspecto da cavidade uterina examinada depois dum parto normal com dequitação completa.

d)— DEPOIS DUM ABORTO ESPONTANEO E

COMPLETO—Nestas condições a endoscopia mostra-nos a cavidade com o mesmo aspecto que a de um útero depois do parto normal, com ligeiras modificações, variáveis conforme a idade da gravidez em que a mulher abortou, variações estas que incidem especialmente sôbre a zona de inserção placentária, maior ou menor e arborizações vasculares menos acentuadas.

A zona de inserção placentária depois dum aborto de dois ou três meses tem um aspecto muito semelhante ao das vilosidades das metrites vegetantes.

II.—No estado patológico

Dividiremos o estudo da cavidade uterina no estado patológico em três partes: fóra do estado puerperal, depois do parto do termo e depois do abôrto, expondo para cada uma das lesões os aspectos que a cavidade apresenta ao exame endoscópico, salientando desde já que, assim como no estado normal, estes diferentes aspectos diferem um pouco da realidade, não só pela intensidade da luz

que, tornando os tecidos um pouco transparentes, os descora, mas também pela compressão que sôbre êles exerce, esquemian-do-os, a extremidade fechada do tubo endos-cópico.

A—FORA DO ESTADO PUERPERAL

Fora do estado puerperal, como já dissé-mos, está indicada a histeroscopia nas endo-metrites, nos tumôres da cavidade, nas mal-formações e corpos estranhos. Se a sua im-portância e os serviços que presta quando se trata de metrites não vegetantes é pequena, mesmo muito pequena, a meu ver, tal não acontece já quando se trata de metrites vege-tantes ou de tumôres cavitários. Aqui o seu valor é real e grande, fornecendo-nos indica-ções que nos não podem prestar a histero-metria, o toque, a palpação combinada ou o espéculo. Assim faremos ligeiras referências às metrites não vegetantes, fazendo incidir especialmente a nossa atenção sôbre os outros estados patológicos mencionados.

1.º *Endometrite aguda*—Na sua forma

benigna a endoscopia poucos ou nenhuns esclarecimentos presta, porque a mucosa apresenta-se-nos quási normal no seu aspecto, mostrando-nos quando muito uma zona menos brilhante e a côr ligeiramente carregada. Na sua forma intensa também pouco adianta: congestão da mucosa revelada pela sua côr vermelha e por arborizações vasculares mais ou menos evidentes; pontuados equimóticos e ligeiras hemorragias caracterizadas pela côr vermelha carregada.

Como vemos, pouco valor tem a histeroscopia nas metrites agudas, e, repetimos, parece-nos conveniente não a praticar pelos motivos expostos no capítulo das indicações.

2.º—*Endometrite crónica*—Clado divide as endometrites crónicas, segundo o aspecto que apresenta a mucosa quando a examinamos, em endometrites não vegetantes e endometrites vegetantes, isto é, endometrites em que a mucosa se apresenta quási normal à vista e sem neoformações e endometrites em que a mucosa se apresenta com hiperplasias.

Falaremos em primeiro lugar das

3.º—*Endometrites não vegetantes*—Nesta

classe de endometrites a histeroscopia poucos serviços presta também. Faz-se facilmente, mas a maior parte das vezes o endométrium aparece normal ou com variações pouco apreciáveis. David diz que aparece, contudo, algumas vezes a mucosa irregular com uma coloração vermelha e congestionada, por vezes mesmo violácea, com pontuações equimóticas e cobertas de mucus puriforme e sanguinolento. Clado diz ter encontrado também em alguns casos ulcerações, espécie de esfacelo superficial da mucosa, semelhantes às que adiante descreveremos nas lesões de infecção puerperal e que David afirma serem características desta lesão.

David cita também sob o nome de *endometrite com granulações* uma lesão que Clado encontrou *uma vez* e cujo aspecto fazia lembrar o da tuberculose miliar, comparando-a êste autor à erupção tuberculosa do peritôneu. David nunca a encontrou e também não vimos mais referências a tal lesão na literatura que sôbre o assunto lemos.

Clado descreve-a da seguinte maneira: "A face interna do útero estava guarneçada

de saliências acinzentadas do volume da cabeça de um alfinete, pouco mais ou menos; estas saliências constelavam toda a face interna do endométrium excepto o fundo e destacavam-se sôbre um fundo uniformemente vermelho. Cada uma delas era arredondada e fazia uma ligeira saliência sôbre a superfície do endométrium. Um grande número delas era cercado por um círculo violáceo, espécie de auréola congestiva, mais carregada que o fundo vermelho da mucosa. Distavam umas das outras separadas por intervalos de três a quatro milímetros. Pareciam opacas e por uma iluminação mais intensa chegava-se à convicção de que se não tratava duma lesão quística. A cavidade cervical e o istmo não apresentavam vestígios da lesão.,,

4.º— *Endometrites vegetantes* — Êste género de metrites em que a histeroscopia presta serviços valiosos difere, *clínicamente*, muito pouco das do grupo anterior. Os seus sinais funcionais prestam-se pouco a um diagnóstico diferencial e a não ser a freqüência das hemorragias e a sua abundância, nada poderá fazer suspeitar o clínico duma metrite desta

natureza. É claro que esta suspeita também não aparece senão depois de ser posta de parte a hipótese dum tumor benigno ou maligno no útero.

Só o exame histeroscópico deixando-nos ver os aspectos macroscópicos da mucosa uterina nos pode estabelecer um diagnóstico seguro, fiel, exacto. Êsses aspectos são variados, muito diferentes, conforme a maneira como a mucosa reagiu em face da inflamação crónica.

De facto esta reacção pode dar logar a verdadeiras neoformações epiteliais formadas à custa da camada superficial da mucosa onde podemos constatar pela endoscopia a presença de *vilosidades*, *fungosidades*, *polipos mucosos* ou *produções quísticas*. Não falaremos agora das neoformações malignas nem dos polipos mucosos, cujo estudo faremos adiante com o dos tumores cavitários, expondo apenas os diversos aspectos que nos apresenta cada uma das outras lesões citadas.

a) — *Vilosidades* — As vilosidades são a lesão mais frequente que encontramos nas metrites crónicas antigas. Teem geralmente a

forma cônica, largas na base e alongadas no corpo que termina em ponta. Em número muito variável, ocupam geralmente o fundo do útero, tapetando, por assim dizer, a mucosa ao nível dos cornos uterinos e sobre o ponto superior da cavidade. Poucas vezes desceu abaixo do istmo e raríssimas se chegam a encontrar ao nível do orifício cervical. Umaz vezes aparecem aos grupos, outras revestem todo o endotélium dando-lhe uma côr branca brilhante.

São muito fáceis de reconhecer e distinguem-se bem das outras variedades que a seguir estudaremos. Como já dissemos (pag. 87) a zona da inserção placentária depois dum abôrto espontâneo de dois ou três meses tem um aspecto muito semelhante ao fornecido pelas vilosidades, podendo mesmo provocar confusão pela similhaça de sinais funcionais entre uma endometrite desta natureza e as seqüências dum abôrto daquela idade. O diagnóstico diferencial far-se-há, ou pelo interrogatório da doente que nem sempre merece confiança, ou melhor histeroscópicamente tomando em consideração

estas duas circunstâncias: 1.^a — quando há hemorragias depois dum abôrto, no geral existem na cavidade uterina restos de membranas que a endoscopia reconhece fácilmente pelos caracteres que adiante exporemos; 2.^a — a zona de inserção placentária apresenta sempre à sua superfície pequenos trómbus que se reconhecem pela sua côr vermelha escura, ao passo que a côr das vilosidades é esbranquiçada, e que dão àquela zona um aspecto característico.

b) — *Fungosidades* — Da mesma natureza das vilosidades, as fungosidades teem um aspecto diferente que Clado compara a hemorroidas turgescents em miniatura. De côr cinzenta rosada e às vezes violácea, ocupam regiões do endométrium semelhantes às ocupadas pelas vilosidades.

“Estas fungosidades dão logar aos mesmos sintomas que a endometrite vilosa e representam uma lesão muito vizinha desta. São devidas a uma hiperplasia da mucosa que provávelmente representa o primeiro estado dos polipos mucosos,” (David).

c) — *Produções quísticas* — Estas produ-

ções apresentam-se ao exame histeroscópico sob a forma de pequenas massas hemisféricas, côr de rosa, quási transparentes e lisas. Do tamanho de grãos de milho ou pouco maiores estas produções, devidas a uma retenção nas glândulas uterinas dos seus produtos de secreção, são muito freqüentes ao nível da cavidade cervical, onde formam os ovos de Naboth. São mais raras na cavidade corporal onde formam os polipos mucosos quísticos.

3.º — *Polipos mucosos* — Com os polipos mucosos encetamos o estudo dos tumores uterinos onde a histeroscopia é dum valor realmente grande.

Os polipos mucosos tem relações muito estreitas com a endometrite crónica e já os citamos como resultando do processo inflamatório crónico da mucosa uterina. Realmente o que mais os caracteriza é a *hemorragia abundante* a que dão logar e que é uma das principais indicações da histeroscopia.

Esta faz-se muitas vezes sem dilatação prévia do útero, porque, como sabemos,

quando existem polipos, o órgão apresenta-se aumentado de volume, mole e, no geral, com o colo um pouco aberto. Se esta abertura não é suficiente, completa-se por meio de laminárias que teem a vantagem de, além de aumentarem o volume da cavidade uterina, diminuírem ou mesmo suprimirem momentaneamente as hemorragias, circunstância sempre apreciável quando se faz um exame endoscópico uterino. David recomenda o uso de tubos com a extremidade em bico de flauta para afastar a dificuldade que algumas vezes se encontra ao introduzir na cavidade o tubo endoscópico de extremidade circular, dificuldade proveniente do seu encontro com o corpo do polipo. O tubo em bico de flauta pode introduzir-se entre a parede uterina e o tumor contornando-o e facilitando assim a endoscopia.

Em número muito variável, isolados completamente ou reunidos num conjunto semelhante a couve-flor, os polipos mucosos localizam-se no geral no fundo do útero e ao nível dos córnos aparecendo mais raramente nas faces.

A maior parte das vezes são pediculados; contudo também os há sésseis, circunstância que, como veremos, dificulta o seu diagnóstico com os outros tumores.

A sua côr é umas vezes branca brilhante e outras acinzentada.

Geralmente não atingem grandes dimensões, sendo raro que o seu volume exceda o de uma noz e excepcional o encherem completamente a cavidade uterina por êles distendida. Quando êste facto se dá, a histeroscopia é difícil e muitas vezes impossível precisar o seu ponto de implantação que se reconhece, quando são pequenos, fazendo com que o histeroscópio os contorne.

O seu diagnóstico com os fibromas faz-se facilmente pelos caracteres mencionados e que, em resumo são: a côr branca brilhante ou branca acinzentada, o deixarem-se deprimir facilmente, o aspecto de couve-flor, lobulado, e enfim o serem geralmente pediculados. Êstes caracteres são suficientes para não haver confusão entre um pólipso mucoso e um fibroma cujo aspecto, como veremos é muito diverso.

A facilidade com que se faz o diagnóstico entre pólipo e fibroma não tem infelizmente correspondente igual quando procuramos estabelecer o diagnóstico com o cancro em começo. As únicas pequenas diferenças que pouco nos podem elucidar são: a côr mais carregada do epitelioma e o ser êste menos pediculado que o pólipo. A primeira é duma apreciação difficilima e duvidosa; a segunda pouco valor tem também, porque os pólipos podem ser muito ou pouco pediculados e até sésseis, como já dissemos.

Só o exame histológico pode tirar toda a dúvida e a utilidade da histeroscopia é ainda inegável porque nos mostra o local exacto onde está a neoformação, permite-nos praticar a biopsia sob a inspecção visual e entregar ao exame histológico um fragmento de tecido que *vimos* pertencer à neoplasia.

4.º — *Fibromas uterinos* — Desnecessário é frizar que quando falamos em fibromas uterinos, não queremos referir-nos senão aos pequenos fibromas cavitários, submucosos, únicos que interessam à histeroscopia pela dificuldade que apresenta o seu diagnóstico

por meio dos outros processos de exploração. Sésseis ou pouco pediculados êstes pequenos tumores intra-uterinos apresentam-se no campo do histeroscópio sob a forma de saliências brancas brilhantes, ou mesmo sob a de corpos esferoidais quando pediculados. Distinguem-se dos quistos por não serem transparentes e dos outros tumores pela sua consistência.

5.º — *Cancro do corpo* — É positivamente no cancro uterino em início que a histeroscopia tem um valor importante e inegável. Todos sabemos as dificuldades, senão impossibilidade, de diagnosticar um cancro no seu princípio, quando nada nos chama a atenção, a não ser a metrorragia, sintoma vago sôbre o qual não podemos firmar um diagnóstico. Nem o toque uterino, nem o estado geral da doente, nem mesmo a curetagem nos elucidam sôbre a causa da hemorragia quási sempre atribuída nestes casos a endometrite crónica. De facto, no seu início, o cancro não forma saliência na cavidade uterina, não altera sensivelmente o estado geral, não provoca dôres violentas nem corrimentos fétidos e só a histeroscopia o pode descobrir. Não quer isto

dizer que o diagnóstico histeroscópico do cancro seja fácil. Já falamos sôbre as suas dificuldades e temos de confessar que a maior parte das vezes só o microscópio pode distingui-lo duma endometrite crónica. Ainda assim é importantíssimo o papel da endoscopia para constatar a lesão e facilitar a biopsia.

O cancro apresenta-se ao exame sob diversas formas, todas distintas das do fibroma mas facilmente confundíveis com as dos pólipos e vilosidades da metrite crónica. O seu aspecto é: umas vezes o da vilosidade cobrindo uma superfície mais ou menos irregular, destacando-se pela sua côr cinzenta escura do resto da mucosa que se conserva normal ou ligeiramente congestionada; outras vezes toma a forma poliposa, mais ou menos pediculado, semelhante couve-flor, de côr branca cinzenta, mais ou menos volumoso e irregular; outras, enfim, os dois aspectos anteriores somam-se e vemos destacarem-se massas poliposas sôbre uma zona vilosa.

Êstes aspectos são, como vemos, iguais ou quási iguais aos da endometrite vegetante, o que torna impossível o diagnóstico histe-

roscópico do cancro. Em todo o caso, repetimos, a histeroscopia pode mostrar-nos a existência duma lesão de que não suspeitamos e fornecer ao microscópio elementos seguros para um diagnóstico exacto.

6.º — *Cancro do colo* — No cancro do colo pouco aproveita a histeroscopia, porque no geral êle é evidente e, a não ser quando o cancro se limita ainda ao interior do canal cervical, a endoscopia apenas nos pode dar indicações sôbre o estado da cavidade uterina e o avanço do epiteloma para o corpo do útero.

7.º — *Malformações uterinas* — E' evidente que a histeroscopia nos pode mostrar diferentes anomalias de desenvolvimento do útero, cujo conhecimento pode ser dum valor incalculável na clínica.

David cita uma observação pessoal de útero didelfo, que descreve da maneira seguinte: "A histeroscopia mostrou com toda a nitidez, a quatro ou cinco centímetros do orifício externo do colo, um espesso septo antero-posterior de aspecto esbranquiçado, separando dois orifícios: um, situado à direita,

era tapetado por uma mucosa absolutamente lisa; o outro, situado à esquerda, largamente dilatado, irregular, tapetado por uma mucosa tomentosa, de aspecto acinzentado, deixava escoar-se um líquido seropurulento. A histeroscopia penetrava facilmente por êste orifício na cavidade do segundo útero que acabava de estar grávido e estava infectado enquanto que a cavidade vizinha, múltipara, parecia sã„.

8.º— *Corpos estranhos*—No caso de retenção de corpos estranhos no útero ainda a histeroscopia nos pode prestar relevantes serviços dando-nos a conhecer muitas vezes a sua natureza e facilitando-nos a sua extracção. David não cita nenhuma observação dêste género. Clado, porém, cita algumas e entre elas a da constatação endoscópica da existência na cavidade úterina de fragmentos de laminária que êle retirou facilmente, graças à histeroscopia. Cita também uma outra observação, que David transcreve, na qual encontrou na cavidade uterina uma esponja.

Não temos nenhuma observação pessoal

neste capítulo da endoscopia, mas não podemos deixar de afirmar a sua importância no diagnóstico da retenção de corpos estranhos.

B—DEPOIS DO PARTO DE TERMO

Já no respectivo capítulo indicamos a técnica a seguir na endoscopia dum útero puerperal e por isso não falaremos aqui e sobre tal assunto. Apenas afirmaremos uma vez mais que a histeroscopia neste caso tem ainda indicações importantes e que é muito fácil e muito completa.

Antes de entrarmos em considerações sobre os estados patológicos do útero e sobre a endoscopia em casos de retenção, devemos dizer que, depois de um parto normal, completo, a mucosa uterina se apresenta ao exame histeroscópico perfeitamente lisa em toda a sua extensão, com uma côr rosada e arborizações vasculares mais ou menos evidentes excepto ao nível da inserção placentária onde se nota uma superfície irregular, mame-lonada, rugosa, desigual e com pontuações

vermelho-escuras devidas a pequenos coágulos de sangue.

Isto dito, passamos a expôr os aspectos da cavidade uterina depois do parto quando há infecção puerperal ou quando a dequitação não foi completa. No caso de infecção puerperal pouco intensa a histeroscopia poucas ou nenhuma indicações fornece; mas quando a infecção é intensa, já o exame endoscópico é muito útil, apresentando-se o endométrium com uma cor branca acinzentada especial, irregular, cheio de pequenas saliências e algumas vezes com *ulcerações da caduca*, cujo aspecto é o seguinte: superfícies de contorno irregular, dimensões variáveis, cinzentas escuras, ligeiramente deprimidas e salientando-se do resto do endométrium como manchas escuras. Estas ulcerações, agravando-se, dão logar a *escaras*, verdadeiras *gangrenas* mais ou menos localizadas (David).

Quando a dequitação não fôr completa, o exame endoscópico pode encontrar no útero restos de placenta ou de membranas. No primeiro caso e quando os restos de pla-

centa são pequenos para que o toque uterino os distinga, é importante o serviço prestado pela histeroscopia, mostrando-nos o local onde se encontram e facultando-nos até a sua extracção sob inspecção visual. Estes restos de placenta reconhecem-se muito facilmente pelo seu aspecto característico. Teem a fórma duma massa lobulada, mamelonada, organizada, escura, algumas vezes avermelhada, destacando-se admiravelmente, pela côr, do resto do endometrium. Quando ha restos de membranas o exame endoscópico é ainda mais fácil, aparecendo aquelas sob a fórma de farrapos mais ou menos amarfanhados e aderentes, com uma côr rôxa e uma superficie lisa.

Os coágulos reconhecem-se fácilmente e distinguem-se dos cotiledones placentários pela sua côr mais escura, negra mesmo, e por não apresentarem o aspecto organizado que caracteriza os restos da placenta.

Mas, apesar de tudo isto, nem sempre a endoscopia do útero puerperal é fácil e, especialmente o principiante, pode errar, em algumas circunstâncias. Pertence a êste número

o caso a que se refere a nossa observação n.º 7 em que não *vimos* tudo quanto *devíamos vêr*.

A observação é interessante, apesar de imperfeita e teve a vantagem de nos mostrar quão necessária é a prática e a atenção para se fazer uma boa histeroscopia.

Não a descrevemos aqui para não alongarmos êste trabalho com repetições inúteis.

C—DEPOIS DO ABORTO

Depois do abôrto podemos encontrar as mesmas lesões e retenções que observamos depois dum parto de termo.

Os aspectos que umas e outras apresentam à endoscopia são perfeitamente iguais e por isso não repetiremos aqui o que há pouco ainda acabamos de expôr. Destacamos êste capítulo do anterior apenas para fixarmos a importância da histeroscopia, *sob o ponto de vista médico-legal*, no diagnóstico de *abôrtos provocados* pela constatação de lesões traumáticas do útero, como sejam chagas do endométrium, rupturas ou perfurações. Clado cita

no seu Tratado de Histeroscopia, um caso de aborto provocado, reconhecido pelo exame endoscópico que lhe mostrou uma perfuração que punha a cavidade uterina em comunicação com a cavidade abdominal. Semelhante é a observação de David que transcrevemos da sua tese sobre histeroscopia:

“A doente tem 23 anos, é assistida desde os 15 e tem uma menstruação sempre irregular, . . . “Teve um aborto depois do qual não houve metrorragias; mas desde então sofre do ventre, tem febre e apresenta um corrimento seropurulento muito abundante e muito fétido. Ao toque o útero parece pequeno, não apresenta modificações de forma nem de consistência; está em ante-flexão e ante-versão e perfeitamente móvel; nada se sente do lado dos anexos. Ao espéculo vê-se o colo pequeno, fechado, mas ulcerado, deixando escapar um líquido purulento. A vagina é vermelha violácea, granulosa . . . Ao fazer a histeroscopia vimos então que toda a cavidade uterina apresenta o aspecto da infecção puerperal. A sua superfície é eriçada

de vilosidades, de rugosidades desiguais; de onde a onde notamos ulcerações superficiais, de contôrno irregular e de côr acinzentada; em certos pontos a mucosa é negra. No fundo do útero, sôbre a face posterior, percebemos uma perda de substância bastante larga: tem a forma dum orificio irregular, alongado transversalmente, tendo pouco mais ou menos um centímetro de comprimento e meio centímetro de largura. Apresenta-se sob o aspecto dum buraco negro ocupado em parte por um coágulo sanguíneo: os bordos são cercados de pequenas vegetações irregulares. *Estas constatações levaram-nos a supôr que a doente provocou o seu abôrto por meio dum instrumento que causou lesões da mucosa e provocou além disso uma verdadeira perfuração da parede, perfuração talvez incompleta porque não podemos ver se toda a parede estava interessada. Interrogada neste sentido, a doente, deixando de negar, confessa chorando que lhe provocaram efectivamente o abôrto e que se serviram para isso duma agulha que foi evidentemente o agente da perfuração.*„

Estas observações mostram o valor da histeroscopia sob o ponto de vista médico legal. Não queremos contudo afirmar que ela dê sempre resultados brilhantes como aqueles. Em todo o caso será um grande auxiliar para a investigação dos abôrtos provocados.

A histeroscopia e a terapêutica

Temos por diversas vezes falado em aplicações da histeroscopia à terapêutica e agora, para completar e terminar êste nosso estudo, resumiremos aqui os tratamentos que o tubo endoscópico nos permite fazer sob a inspecção visual.

É uma utilização importante da histeroscopia e mais uma recomendação para o seu emprêgo na clínica.

De facto, por meio dela, através do tubo histeroscópico, podemos fazer tratamentos diversos em variadas afecções uterinas. Assim nas *endometrites puerperais*, cujas ulcerações são freqüentes como vimos, podemos fazer um *tratamento local* conveniente, empregando

uma pinça longa com uma pelota que conduz o medicamento. Esta pinça longa pode passar através do tubo histeroscópico cuja extremidade terminal atinge a mucosa uterina na parte lesada, ficando-se assim com a certeza de que o medicamento foi aplicado onde o devia ser. "Nos casos em que o útero é largamente dilatado, diz David, temos ainda a vantagem de introduzir a pinça na cavidade uterina ao lado do tubo histeroscópico. Temos assim uma dupla vantagem: poder conservar o tubo fechado e manobrar melhor a pinça.,,"

Seguindo a mesma técnica podemos completar uma *curetagem* que o exame endoscópico revelou incompleta, introduzindo simultaneamente na cavidade uterina a cureta e o tubo histeroscópico e acabando de limpar o útero sob inspecção visual. Esta forma de proceder afasta a possibilidade de passarmos com a cureta ao lado da parte por raspar sem a tocar, o que facilmente se pode dar quando raspamos um útero, por mais cuidadosa e metódica que seja a raspagem.

Vimos também, em algumas observações

de Clado, a facilidade com que se constatava a presença de *corpos estranhos* no útero e se fazia a *sua extracção* por meio duma pinça. E' mais uma aplicação terapêutica da histeroscopia que nos presta valiosos serviços na *ablação de tumores intra-uterinos pouco volumosos e bem pediculados*.

Neste caso e seguindo sempre a mesma tecnica, podemos por meio duma pinça-cureta ir cortar o pedículo e fazer a extracção do pequeno fibroma ou polipo; se êste pode passar através do tubo histeroscópico retira-se a pinça com o tumor e examina-se de novo a cavidade uterina; se o seu volume é superior ao calibre do tubo, retira-se ao mesmo tempo a pinça com o tumor e o tubo histeroscópico.

E ainda no caso de grandes tumores da cavidade, quando a sua ablação não pode ser feita por nenhum destes processos, a histeroscopia presta serviços, mostrando as relações exactas do tumor e facilitando a operação com a indicação do melhor caminho a seguir para a fazer.

São, como vemos, valiosos os serviços prestados pela histeroscopia à clinica, não só

sob o ponto de vista do diagnóstico, como também sob o do tratamento.

É esta a conclusão principal a que chegamos ao acabar este nosso trabalho e, no seu final, depois de expômos as nossas observações pessoais, não abriremos um capítulo especial sobre conclusões porque elas estão expostas em todos os capítulos antecedentes.

Observações pessoais

OBSERVAÇÃO N.º 1

Endometrite hemorrágica— A doente é A. C., de 23 anos, solteira, serviçal. Teve dois partos normais e um aborto tres menses antes da observação. Foi sempre assistida com regularidade até à ultima gravidês e nunca sofreu dos órgãos genitais. Depois do aborto tem tido hemorragias abundantes e prolongadas. Segundo afirma, ha oito dias que a perda do sangue é constante. Não tem corrimento purulento nem leucorreico e não sente dôres.

A palpação deixa perceber o útero aumentado de volume e indolôr. O toque vaginal nada encontra do lado dos anexos, mostra o útero movel, o cólo aumentado de volume e o orificio cervical entreaberto, permitindo a

introdução do indicador numa grande extensão do canal cervical.

Fizemos a histeroscopia com um tubo de 10 milímetros, com dilatação prévia por meio dos dilatadores de Hégard. O histeroscópio entrou com muita facilidade e sem provocar dores algumas.

Histeroscopia—A cavidade uterina apresenta um aspecto quasi normal; apenas na parede posterior a mucosa se apresenta com uma vascularização muito nítida e uma cor rosada mais carregada que o normal. Não ha lesões macroscópicas.

Depois da histeroscopia a doente não perdeu sangue absolutamente algum e passados 9 dias saía do hospital sem outro tratamento que o descanso.

OBSERVAÇÃO N.º 2

Retenção de placenta post-abortum—A doente é M. P., de 19 anos, solteira, costureira. Menstruada desde os 17 anos, menstruações regulares e sem dores; leucorrêa. Primipara. Estava grávida ha tres menses e ha

aproximadamente um mês teve uma pequena hemorragia. Na vespera da observação sentiu dôres violentas no útero, teve hemorragia abundante e, segundo a parteira assistente lhe disse, abortou. A hemorragia ainda não parou, pelo que recolheu ao hospital.

Examinada, encontramos-lhe o útero aumentado de volume, de consistencia normal, o cólo largamente aberto e numerosos coágulos sanguíneos na vagina.

Fizemos-lhe a histeroscopia com um tubo de 10 milímetros e sem dilatação prévia. Foi completamente indolôr.

Histeroscopia— A parede anterior da cavidade uterina apresenta-se perfeitamente normal; a parede posterior apresenta proximo do fundo do útero e ao meio uma zona irregular que se destaca pela côr vermelha escura contrastando com a côr rósea do resto do endometrium; a superficie desta zona rugosa e sangrenta é um pouco maior que uma moeda de cinco tostões e tem o aspecto do tecido da placenta.

Fez-se-lhe uma curetagem que confirmou o diagnóstico de retenção de restos de pla-

centa; a hemorragia parou e onze dias depois a doente saía curada.

OBSERVAÇÃO N.º 3

Retenção de placenta post-abortum— A doente é M. C., de 34 anos, casada, carrejona.

É menstruada desde os 15 anos, mas as suas menstruações foram sempre irregulares, sem dôres e muito abundantes. Desde criança que tem um corrimento leucorreico e há sete meses um corrimento amarelo (blenorragico?). Teve quatro filhos de termo, vivos, e três abortos, não tendo sofrido ainda intervenção alguma. Não pude averiguar se é sifilitica.

Está grávida há quatro meses e entrou para o hospital com hemorragias abundantes, um pouco anemiada e com dôres fortes na bacia e na região lombar. Pouco depois abortava e a hemorragia continúia quando a examinamos. O útero tem o volume e consistência normais, o toque revela o cólo uterino permeável a dois dedos, bastante alto e volumoso. Os fundos de saco estão livres e não acusam dôr à pressão.

Fizemos-lhe a histeroscopia com um tubo de 10 milímetros, sem dilatação prévia, entrando o histeroscópio com muita facilidade e sem provocar dôr alguma.

Histeroscopia—A cavidade uterina apresenta um aspecto normal em toda a sua superfície excepto na parede posterior em uma zona próxima do cólo onde a côr é mais carregada e a superfície do endometrium irregular, sangrenta, saliente e mamelonada.

Feita a raspagem a cureta arrasta restos de placenta, a hemorragia cessa e a doente fica curada.

OBSERVAÇÃO N.º 4

Infecção puerperal—A doente é A. G., de 29 anos, solteira, peixeira. É menstruada desde os 13 anos, menstruação regular, sem dôres. Nunca sofreu do útero; teve em pequena uma pneumonia e contraiu a sífilis aos 23 anos. Teve quatro abortos e dois filhos de termo. Já sofreu uma raspagem de útero depois do 2.º parto.

Aliviou-se há seis dias e, segundo a indi-

cação da parteira assistente, a dequitação foi completa. Há quarenta e oito horas apresenta temperaturas elevadas, dôres no útero e lóquios fétidos. O útero sóbe cêrca de cinco centímetros acima da sinfise púbica, o cólo mantem-se um pouco aberto e há ectropion da mucosa.

Fizemos a histeroscopia com o tubo de 15 milímetros de diâmetro e 18 centímetros de comprimento que entrou fácilmente e sem provocar dôres.

Histeroscopia—As paredes anterior e posterior da cavidade uterina apresentam o aspecto normal, rosadas, lisas e apenas com algumas arborisações vasculares. No fundo do útero encontramos uma zona escura, pouco saliente, aderente, sem o aspecto organizado da placenta, formada por coágulos sanguíneos.

Próximo do corno esquerdo notamos uma mancha avermelhada, escura também, mas menos carregada que a anterior; não chegámos a diagnosticar o que esta mancha representava, mas a curetagem que a doente depois sofreu, mostrou haver no útero, além de coá-

gulos, restos de membranas que provavelmente ofereciam aquêlo aspecto particular.

OBSERVAÇÃO N.º 5

Retenção de membranas, infecção—M. A. S., de 39 anos, casada, domestica. Menstruada desde os 12 anos, não acusa nenhuns antecedentes patológicos genitais.

Teve há sete dias o quinto filho e, passados três dias, sentiu arrípiós, dôres de cabeça e enjôo ao mesmo tempo que começava a acusar temperaturas que oscilavam entre 37,° 5 e 39°; além disto os loquios, ainda abundantes, tinham mau cheiro.

Examinando-a, notamos uma sub-involução uterina acentuada e o colo do utero quasi fechado e com laceração comissural direita.

Dilatamos o cólo por meio dos dilatadores de Hégard e fizemos a histeroscopia com o tubo de dez milímetros, sem que a doente acusasse dôres algumas.

Histeroscopia—Podemos ver toda a cavidade uterina cuja superficie se apresenta vascularisada, com uma côr cinzenta averme-

lhada e com algumas manchas escuras na parede posterior. Estas manchas parecem pouco salientes e não teem o aspecto de coágulos. Alem disso vimos no fundo do útero uma zona irregular, pequena, com aspeto viloso que nos dava a impressão de que se tratava de restos de membranas. De facto, continuando a doente a fazer o tratamento intra-uterino, appareceram, durante alguns dias, arrastados mecanicamente pela água iodada das injeções, farrapos de membranas.

A infecção diminuiu gradualmente e cedeu ao tratamento.

OBSERVAÇÃO N.º 6

Endometrite — B. N., de 20 anos, solteira, domestica. Teve o parto há mês e meio e desde então appareceu-lhe um corrimento muco-purulento e dores ligeiras no ventre. Nos últimos dias as dores aumentaram bem como o corrimento que se tornou um pouco mais espesso. O útero está aumentado de volume, doloroso à pressão, perfeitamente movel e ligeiramente ante-vertido. O cólo quasi fe-

chado deixa vêr a mucosa congestionada e uma pequena laceração comissural.

Introduzimos-lhe laminarias durante tres dias e ao quarto conseguimos fazer a histeroscopia com o tubo de 10 milímetros de calibre.

Histeroscopia — Examinamos toda a cavidade uterina e constatamos que toda a superficie do endometrium se apresentava com uma côr rosea uniforme, um pouco mais carregada que a normal. Não encontramos lesão alguma apreciavel e diagnosticamos uma simples endometrite.

Aplicamos tampões de glicerina ectiolada a 10 % e injeções vaginais de permanganato de potassa e a doente curou-se depois de alguns dias de tratamento.

OBSERVAÇÃO N.º 7

Rutura do utero — A. F. S. de 20 anos, solteira, doméstica. Esta doente, secundipara, entrou para o hospital, grávida de termo e tendo sofrido, segundo diz, dôres de parto durante trinta e quatro horas. Essas dôres desapareceram e, em virtude de inercia uterina, é operada pelo Ex.^{mo} Snr. Dr. Alberto Gon-

çalves que lhe extraiu, por meio de versão, um feto morto. A versão foi fácil e apenas a dequitação manual se tornou um pouco demorada por estar a placenta muito aderente. É necessário dizer já que o Ex.^{mo} Snr. Dr. Alberto Gonçalves teve, quando introduzia a mão para proceder à dequitação, uma vaga impressão de que ela penetrara na cavidade abdominal, o que o fez suspeitar duma rutura do útero. Ficou a doente em observação e no dia seguinte, examinando-a ambos, encontramos grande timpanismo abdominal e dôres violentas à pressão na fossa iliaca esquerda; não havia hemorragia externa, nem sintomas alguns de hemorragia interna.

Resolvemos então fazer-lhe a histeroscopia e, pelo toque (não me servi do espéculo) que a precedeu, notei a existência dum colpocelo anterior e um cólo largamente aberto e parecendo séde de diversas pequenas lacerações.

Histeroscopia—O tubo do histeroscopio entrou com toda a facilidade e sem provocar dôres. Examinando a cavidade uterina, sem ter feito irrigação por causa das suspeitas de

rutura, encontramos, além de grande número de coágulos que se apresentavam ao campo do histeroscópio com o seu aspecto particular, uma zona mais clara, vilosa e irregular, tendo por séde a parede anterior, próximo do corno direito do útero e que atribuímos a retenção de restos de membranas. Nada encontramos que nos indicasse rutura uterina e a doente continuou em repouso e sob vigilância.

No dia seguinte faleceu sem ter apresentado sintomas de hemorragia interna e sem externamente ter perdido sangue também.

Autopsiamo-la e encontramos uma enorme rutura do utero abrangendo toda a parede anterior na altura da sua inserção com a vagina. Não havia um único coágulo no abdomen e na cavidade uterina apareceram alguns coágulos e restos de membranas no sitio indicado pela histeroscopia.

Foi, como já dissemos, uma observação imperfeita e incompleta, devendo ter causado o erro que cometemos o facto de não usarmos o espéculo que nos mostraria imediatamente a laceração. De facto, o tubo do histeroscópio penetrou na cavidade uterina atra-

vez da própria rutura, tendo-a nós confundido pelo toque com um cólo uterino muito aberto e com pequenas lacerações.

OBSERVAÇÃO N.º 8

Infeção puerperal—Retenção de coágulos—
M. J. F., de 19 anos, solteira, serviçal.

Menstruada regularmente desde os 13 anos, acaba de dar à luz o primeiro filho, tendo um parto normal. Dois dias depois do parto apresentou sintomas de infecção puerperal com temperatura elevada, sub-involução uterina, dôres e mau cheiro dos loquios. O cólo uterino mantém-se bastante aberto e com ectropiou da mucosa. O toque digital não atinge a cavidade uterina até ao fundo e nada esclarece sobre o seu estado.

Fizemos a histeroscopia com tubo de 12 milímetros que não provocou dor alguma.

Histeroscopia—O exame de toda a cavidade é fácil e mostra-nos o estado perfeitamente normal da parede anterior, parte inferior da parede posterior e bordos. Na parte superior da parede posterior e fundo do útero encontramos zonas muito escuras, fazendo

saliencia do resto da parede cavitaria, com aspecto viloso mas não organizado. Diagnosticamos coágulos aderentes que a raspagem retirou, curando-se a doente alguns dias depois.

OBSERVAÇÃO N.º 9

Retenção de restos de membranas post-partum—D. T., de 24 anos, solteira, fiandeira. Teve a primeira menstruação aos 11 anos, sendo sempre assistida regularmente e sem dores. Teve o primeiro filho aos 21 anos, o segundo aos 22 e, desde o segundo parto, uma leucorrêa abundante. Ha quatro dias teve o terceiro filho e desde a vespera do exame apresenta sintomas de infecção cavitaria: arripios, dores de cabeça, loquios fétidos e elevação de temperatura. O útero, com um volume superior ao que devia ter ao quarto dia depois do parto, é um pouco doloroso à pressão e tem o cólo permeavel a um dedo. O toque digital nada ilucida e resolvemos fazer-lhe a histeroscopia para que empregámos o tubo de 18 milímetros de calibre por 22 centímetros de comprimento. Este tubo entrou

com pequena dificuldade provocando ligeiras dores à doente, sem contudo ser necessário fazer a dilatação prévia e sem usar anestésico.

Histeroscopia — Examinando a cavidade uterina, encontramos toda a sua superfície congestionada, avermelhada e muito vascularizada. Na parede posterior, terço superior, e no fundo do utero próximo do corno direito vimos uma longa mancha escura, pouco saliente, irregular e um pouco brilhante.

Tratava-se de restos de membranas como se confirmou depois pela sua expulsão com os lóquios e a água iodada das irrigações intra-uterinas com que a doente foi tratada.

OBSERVAÇÃO N.º 10

Polipo mucoso — C. A. de 32 anos, solteira. Menstruada desde os quatorze anos, teve o primeiro filho aos vinte e sete e o segundo e ultimo aos trinta.

Há dez meses que a sua menstruação é irregular, tendo por vezes hemorragias abundantes que param com irrigações quentes. Há oito dias teve uma dessas hemorragias e

desde então todos os dias perde mais ou menos sangue.

Examinando-a, encontramos o utero bastante aumentado de volume, móvel, liso e retro-vertido; o cólo está um pouco aberto deixando correr sangue; não sente dôres e não há mau cheiro.

Fizemos-lhe a histeroscopia com um tubo de 10 milímetros que entrou sem dilatação prévia e sem provocar dôres.

Histeroscopia—O tubo do histeroscopio logo depois de passar o canal cervical encontrou uma resistência que se opunha ao seu avanço. Não forçamos e examinamos logo o obstáculo que nos oferecia uma superfície sangrenta, mole e irregular. Procuramos depois contorna-lo por meio de manobras apropriadas, mas a nossa investigação não pôde ir muito além porque não possuíamos tubo próprio. Em todo o caso podemos notar que esse obstaculo era um pouco móvel e apresentava o aspecto característico de couve-flôr, tendo uma côr branca ligeiramente córada de roseo. Diagnosticamos um polipo, diagnostico confirmado depois pela operação.

Proposições

Anatomia — O cuneus não é uma circunvolução, mas sim um lobo.

Fisiologia — O rim não elabora a urêa; elimina-a para manter o equilíbrio ureico do organismo.

Farmacologia — A maior parte das substâncias empregadas em terapeutica são substâncias tóxicas.

Medicina legal — Há casos em que só a histeroscopia pôde diagnosticar um aborto criminoso.

Higiene — É indispensável a inspecção médica nas escolas primárias.

Obstetricia — A bossa sero-sanguinea pôde existir em fetos mortos antes de iniciado o trabalho de parto.

Cirurgia — A melhor técnica da gastro-enterostomia é a de Moynihan.

Medicina — A tensão arterial tem uma importancia grande no estudo da tuberculose pulmonar crónica.

Visto,

Pinho.

Imprima-se,

Pinho.