

ALIPIO ALBANO DE ABREU

Sífilis em ginecologia

(Breves considerações)

TESE DE DOUTORAMENTO

Apresentada à

Faculdade de Medicina do Pôrto

OUTUBRO DE 1919

175/3 FMP

TIPOGRAFIA CENTRAL

— Rua da Picaria, 54 — Pôrto —

Sífilis em ginecologia

Sífilis em ginecologia

(Breves considerações)

ALIPIO DE ABREU

Sífilis em ginecologia

(Breves considerações)

TESE DE DOUTORAMENTO

— Apresentada à —

Faculdade de Medicina do Pôrto


—
OUTUBRO DE 1919
—


TIPOGRAFIA CENTRAL

— Rua da Picaria, 54 — Pôrto —

Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

SECRETÁRIO

Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

PROFESSORES ORDINÁRIOS

Augusto Henrique de Almeida Brandão	Anatomia patológica.
Vaga	Clínica e policlínica obstétricas.
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos	História da Medicina. Deontologia médica.
João Lopes da Silva Martins Júnior .	Higiene.
Alberto Pereira Pinto de Aguiar . . .	Patologia geral.
Carlos Alberto de Lima	Patologia e terapêutica cirúrgicas.
Luís de Freitas Viegas	Dermatologia e Sifilografia.
Vaga	Pediatria.
José Alfredo Mendes de Magalhães .	Terapêutica geral. Hidrologia médica.
Antônio Joaquim de Sousa Júnior . .	Medicina operatória e pequena cirurgia.
Thiago Augusto de Almeida	Clínica e policlínica médicas.
Joaquim Alberto Pires de Lima . . .	Anatomia descritiva.
José de Oliveira Lima	Farmacologia.
Álvaro Teixeira Bastos	Clínica e policlínica cirúrgicas.
Antônio de Sousa Magalhães e Lemos	Psiquiatria e Psiquiatria forense.
Manuel Lourenço Gomes	Medicina legal.
Abel de Lima Salazar	Histologia e Embriologia.
Antônio de Almeida Garrett	Fisiologia geral e especial.
Alfredo da Rocha Pereira	Patologia e terapêutica médicas.
Vaga	Clínica das doenças inficiosas.

PROFESSORES JUBILADOS

José de Andrade Gramaxo
Pedro Augusto Dias

A MEUS PAIS

Com um abraço de eterno
reconhecimento.

A MEUS IRMÃOS

Candida de Abreu Vaz

e

José de Abreu

António de Abreu

Não esqueço que vos devo uma
grande parte do que sou.

A MEU CUNHADO

e

MINHAS SOBRINHAS

À MINHA NOIVA

Aos meus condiscípulos

DESTACANDO

Henrique Domingos Pereira
João de Almeida
Luís Viegas
Alberto Saavedra
António Bonifácio de Oliveira.

Aos meus contemporâneos

Aos meus amigos

EM ESPECIAL

Adrião Martins Amado
Dr. António Pires Quintela
(Professores do Liceu de Bragança)

e

Dr. Mário Costa
Acácio Costa,

AO ILUSTRE CORPO DOCENTE

DA

Faculdade de Medicina do Pôrto

Ao douto Professor e meu ilustre
Presidente de tese

Ex.^{mo} Snr.

Dr. Álvaro Teixeira Bastos

Pequenina homenagem do discípulo
que jámais esquecerá a muita con-
sideração com que foi distinguido.

Prólogo

Sabe-se hoje que a sífilis genital da mulher adquire formas clínicas pouco comuns e tam múltiplas nas suas manifestações que, nos serviços da especialidade, sempre que apareça uma lesão inflamatória difícil de classificar, ao ginecologista se impõe o dever formal de pensar na sífilis, de fazer a sua pesquisa, e até mesmo de ensaiar o respectivo tratamento.

Invadindo toda a economia, ela não poupa o útero e os anexos. É ver com que relativa freqüência aparecem na consulta mulheres de todas as idades, arrastando umas, escleroses, mais ou menos generalizadas do útero com participação, por vezes, dos anexos; outras, tendo como sintoma primordial menorragias, mais ou menos abundantes e freqüentes, ou pequenas metrorragias, que pela sua repetição prolongada começam no fim de algum tempo a acarretar

fenómenos de anemia aguda ou sub-aguda, com todos os malefícios reforçados por fenómenos inflamatórios do peritoneu pélvico, cujos exsudatos determinam a fixação dos órgãos genitais em posições viciosas e a aparição de variadíssimos accidentes, que as posições anómalas, adquiridas acidentalmente por estes órgãos, plenamente justificam.

Lembremos ainda os casos de sífilis uterina que trazem como manifestação clara os abortos repetidos, não falando nas múltiplas e graves conseqüências de carácter moral e social que a êste facto estão inerentes; as metro-anexites, tantas e tantas vezes classificadas e tratadas como metrites vulgares de natureza gonocócica, deixando já de enumerar as variadíssimas complicações que podem resultar de todas estas desordens.

Não compreendemos, pois, a razão por que, ha-

vendo tantos e tantos capítulos escritos sobre sífilis visceral, onde se fazem referências pormenorizadas às lesões específicas dos diversos órgãos da cavidade abdominal, se tenha esquecido, ou tam pouco estudado, o capítulo que diz respeito aos órgãos genitais da mulher, sendo certo que da leitura feita de diversos tratados de patologia genital, apenas encontramos, de longe a longe, ligeiras referências às perturbações de natureza sifilítica. E não é indiferente, a nosso ver, confundir e tratar lesões de natureza sifilítica por lesões de patogenia diferente e vice-versa, facto que é tanto mais grave, quanto é certo que dum diagnóstico bem ou mal conduzido está pendente a boa ou má sorte — quantas vezes a vida — da doente que se entregar à nossa observação. Dada ainda a íntima semelhança de symptomatologia que acompanha e envolve as principais

doenças que podem afectar os órgãos genitais da mulher (sífilis, tuberculose, cancro e metrite), muito difficil se torna por vezes, sobretudo a nós, policlínicos, orientar a tempo um diagnóstico sôbre o qual não pese a mais leve dâvida.

Julgamos ter esclarecido sufficientemente a importância que tal assunto nos merece e as razões que nos determinaram a preferi-lo para nossa defesa de tese, sentindo apenas não poder dar a êste trabalho o desenvolvimento e clareza, que a nosso ver, êle reclama.

Tal como é, porém, êste modesto estudo não teve outra pretensão que não fôsse a de, cumprindo a lei,

exteriorizar a profunda impressão que no nosso espírito ficou da aturada e cuidadosa observação dalguns doentes que durante o tempo em que frequêntamos a cadeira da especialidade nos foi dado examinar.

*

* * *

Antecipadamente agradecemos a benevolência do ilustre júri que tiver de julgar êste insignificante e despretencioso trabalho.

OBSERVAÇÕES

A. S. L., casada — 28 anos.

Estado actual

Exame geral—Notável prostração; palidez acentuada dos tégumentos e da mucosa dos lábios. Língua saburrosa, inapetência; temperatura elevada — 39.º,2, 39.º,8.—Dôres agudas no baixo ventre, acentuando-se um pouco mais sôbre a região ovárica direita, irradiando dêsse ponto para a coxa do mesmo lado e região lombar. Abundante corrimento de côr leitosa, deixando, depois de sêco, manchas amareladas na roupa. Ligeiro eritema na face interna e superior das coxas.

Exame útero-anexial (1)—Palpação e toque:

(1) Êste exame só pôde ser feito passados oito dias, depois de a doente ter sido submetida a um tratamento prévio (tônicos gerais, gêlo sôbre o ventre).

Grande imobilidade do útero, devida a aderências estabelecidas entre este órgão e as paredes da bacia; notável sensibilidade do útero à mais ligeira pressão; leve retro-flexão; colo um pouco aumentado de volume e menos sensível que o corpo, apresentando o orifício externo bastante largo e entreaberto, a ponto de permitir a entrada dum dedo.

Anexos—Estes, tanto do lado direito como do esquerdo, estavam um pouco descidos, muitíssimo sensíveis e fortemente aderentes aos bordos do útero e órgãos contidos na bacia. A delimitação do anexo esquerdo tornava-se bastante difícil, devido a formar bloco com o bôrdo correspondente do útero. Ainda assim conseguimos apreciar que a trompa, muitíssimo flexuosa, estava dura e aumentada de volume, tendo contraído múltiplas aderências com o ovário, que se encontrava igualmente duro, doloroso e hipertrofiado.

Os anexos direitos encontravam-se transformados em uma grande tumefacção, fazendo lembrar um quisto do ovário ou abscesso da trompa.

Exame ao espéculo—No exame ao espéculo observamos apenas que o colo estava aumentado de volume e que a mucosa do focinho de tenca estava muito congestionada e ulcerada; observamos mais que o orifício externo do colo estava entreaberto, vertendo mucosidades laivadas de sangue.

Histerometria—7.^{cm}

História da doença

A doente casou há cerca de dois anos e diz ter notado pouco depois de casada um conjunto de perturbações genitais moderadamente acentuadas, pois que a não impediam de realizar convenientemente os seus trabalhos domésticos, nem mesmo durante o período menstrual, apesar de por essa altura se dar sempre uma ligeira efervescência de todas essas perturbações, marcadamente dois ou três dias antes do aparecimento do fluxo menstrual. Essas perturbações, de carácter crónico, cuja proveniência atribuía ao contágio de seu marido, visto em solteira gozar de óptima saúde, reduziam-se a dôres vagas no baixo [ventre, dando-lhe a sensação de pêsso, irradiando para a região lombar e coxas. Todas estas perturbações se exacerbavam pela fadiga, marcha e conservação em pé demorada. Relata a existência dum corrimento, a princípio gomoso, pouco abundante e fétido, de côr amarelo-esverdeado, deixando na roupa, depois de sêco, manchas da mesma côr. Não deu pela existência de perturbações vesicais ou rectais. E com esta vaga sintomatologia útero-anexial foi-se arrastando cerca de dois anos, sobrevindo-lhe inesperadamente — a 24 de Agosto de 1918 — uma abundante hemorragia, que lhe durou nove dias, ficando, depois de esta ter passado,

com violentas dôres sôbre a região púbica, dôres que se acentuavam um pouco mais na região ovárica direita e que se fizeram acompanhar de temperatura elevada, grande prostração, cefalalgias e inapetência. Foi com esta sintomatologia, de carácter agudo, que deu entrada no hospital.

Antecedentes pessoais e hereditários

Apenas refere ter estado muito doente quando pequena, com o sarampo, gozando até aos 26 anos regular saúde. Tem apenas dois irmãos, ambos robustos e saudáveis.

Seus pais, ainda vivos, nunca tiveram, que ela saiba, doença grave.

Diagnóstico

Nada faz prever, pelo que fica exposto, que esta doente seja uma avariada. Leves suspeitas apenas feriram o nosso espírito quando pretendíamos dar explicação a dois sintomas apresentados pela doente: a metrorragia abundante e demorada e as vastas aderências que fixavam os órgãos genitais às paredes da bacia e órgãos nesta alojados. Nêsse sentido foi feita uma reacção de *Wasserman*, a qual veio negativa. Do fundo dêste quadro sintomático uma conclusão, mais

ou menos aproximada da verdade, podemos tirar: que esta mulher fez em tempo uma metrite de carácter sub-agudo e de origem possivelmente gonocócica, a qual se foi arrastando sob forma crónica, reflectindo-se por fim nos anexos, onde provocou uma anexite aguda, com reacção do peritoneu pélvico.

Terapêutica

Dadas as desordens irreparáveis sofridas pelo útero e anexos, um só tratamento racional se impõe: — o cirúrgico.

Operação

(Técnica seguida — descrição e sua justificação)

A operação foi feita na enfermaria n.º 14 pelo Professor Teixeira Bastos.

Cuidados pre-operatórios:

- a) — Análise completa das urinas — nada revelou;
- b) — Três dias antes da operação — injeções de sulfato de estricnina e esparteína;
- c) — Na ante-véspera — um purgante de trinta gramas de sulfato de soda;
- d) — Caldo e leite nesse dia e seguinte;
- e) — Na véspera à noite — um clister de água fervida e uma irrigação de permanganato de potássio a 1/1:000;

f) — No dia da operação, de manhã — clister de de água fervida e três irrigações de permanganato de potássio a 1/1:000, sendo dadas de hora a hora.

Operada a 11-4-918

Feita a incisão mediana, indo de cêrca de dois dedos abaixo do umbigo ao bôrdo superior do pubis, encontrou-se o grande *epíploon* aderente ao peritoneu que forra a bexiga e a face anterior do útero; cortado entre laços de laqueação em cadeia, deixou ver uma massa única, perfeitamente englobada pelas aderências, com as irregularidades próprias das ansas intestinais e dos anexos desigualmente dilatados, destacando-se ao centro desta massa uma pequena superfície lisa de 4 ou 5 cm² pertencente à face anterior do útero, logo acima do istmo. Os bordos superiores e laterais presos por espêssas aderências aos órgãos pelvicos vizinhos, indicando que a única passagem para desfazer as aderências era através do istmo e a pinçagem das uterinas, por pinças de Faure; pela brecha, assim aberta, o professor Teixeira Bastos, introduziu um dedo, desfazendo, de baixo para cima, as aderências da face anterior do útero até ao bôrdo superior; como as aderências laterais eram muito fortes e a peça muito grande, procedeu à hemissecção uterina, cortando o

corpo de cima a baixo depois de o prender, colocando em cada metade uma pinça de Museux.

Desfeitas as aderências, umas por pressão, outras por corte, caminhou para o lado direito da bacia até que se pôde pedicular o ligamento largo, que foi apanhado em um clampe curvo; da mesma forma laboriosa procedeu para a metade esquerda, extraindo da pequena bacia o útero e os anexos.

Seguidamente fez a hemostase definitiva, laqueando os vasos com pontos de apoio, processo sempre usado pelo professor Teixeira Bastos, e que tem o mérito de tornar impossíveis as hemorragias secundárias.

Como as uterinas e as utero-ováricas são pinçadas antes de seccionadas, a doente não perde nem dez gramas de sangue, desde o corte da parede até se proceder à peritonização. Esta foi difícil, porque o peritoneu tinha sido destruído com as aderências; no entanto fez-se a peritonização completa, lançando mão do peritoneu que cobria a bexiga, do meso-ilíaco e da parte dos ligamentos largos que foi possível destacar dos lados da bacia.

Como a superfície sangrasses um pouco em *nappe*, foi o Douglas drenado por um tubo largo, próprio para se fazer através do seu calibre a hemato-aspiração, por meio de uma algália presa ao aspirador de Dieulafoy.

Após a fixação do drêno à parede do abdómen por meio de um *catgut* grosso, fez-se a sutura contínua do peritoneu a *catgut*, a do tecido celular subcutâneo, músculos e aponevroses a pontos de *catgut* reforçados, que iam prender também, a sutura peritoneal; por último a sutura da pele, a crinas.

Um penso de gase esterilizada e algodão apertados por uma faixa circular puseram têrmo a esta intervenção muito trabalhosa e em que se gastou hora e meia, aproximadamente o dôbro do tempo que o nosso professor costuma gastar, como tempo médio nas histerectomias.

Descrição macroscópica da peça

Trompas distendidas e volumosas, fundidas com os ovários por espêssas membranas; contornadas e recurvadas sôbre elas mesmas, apresentando-se irregularmente dilatadas e bosseladas, apresentavam dentro das respectivas cavidades, uma pequena colecção purulenta, acentuando-se um pouco mais na trompa direita.

Os ovários, de forma muito irregular, defenderam-se do processo inflamatório pêla formação de multiplos quistos serosos de volume variado. No direito formou-se um quisto do tamanho de um ôvo de pomba, contendo líquido sero-hemático.

O útero estava um pouco esclerosado e diminuído de volume.

Observações posteriores

Primeira hemato-aspiração às 5 da tarde—2.^a às 9 da manhã do dia seguinte (20 c. c.)—3.^a às 6 da tarde (4 c. c.). Na manhã seguinte fez-se a última aspiração, saindo, apenas, um pouco de serosidade, pelo que se retirou o dreno de caucho, ficando, em seu lugar, um de gase hidrófila esterilizada.

No dia 15, de manhã, ao retirar o dreno com o auxílio do histerómetro, em consequência daquele se ter colado ao intestino, rompeu-se uma das ansas, do que resultou a formação de uma fístula estercoral através da abertura de drenagem.

Passados nove dias tinham já desaparecido os últimos vestígios de fezes, deixando atrás de si, uma abundante supuração esverdeada, de origem colibacilar, permanecendo neste estado cêrca de quinze dias.

Nesta altura, por-se encontrar consideravelmente melhorada, pediu alta, abandonando, no entanto, a enfermaria antes de a fístula estar completamente fechada, o que determinou, passado pouco tempo, nova entrada no hospital — (enfermaria n.º 8).

Tratamento

Internamente — Injecções de cacodilato de sódio.
Externamente — Lavagens com soluto Delbet (1) na percentagem de 12/1:000

Observação colhida durante a 2.^a entrada

Em Junho, a doente ingressou de novo na enfermaria por se manter a fístula estercoral que se vinha abrir a 8 cm. acima do pubis ao nível da linha média abdominal. Fez algumas injecções de benzoato de mercúrio para reactivação, depois do que se fez a colheita do sangue para a reacção de *Wasserman* vindo esta *positiva*.

Desde logo iniciou o tratamento pelo 914 fazendo injecções desde 15 centigramas até 90 centigramas.

Poucos dias depois de terminar êste tratamento foi submetida a nova operação, tendo-lhe sido feita a excisão da fístula a qual era muito flexuosa e descia até à parte anterior do recto.

(1) Convem notar que o uso do soluto Delbet (cloreto de magnésia a 12/1:000) foi pela 1.^a vez ensaiado nesta doente dentro do hospital de Santo António.

A cicatrização fez-se por primeira intenção e a doente saiu curada passados 15 dias.

II

J. A. F., 32 anos — viúva.

Estado actual

Exame geral—É bastante impressionante o estado de abatimento físico e moral em que se encontra, provocado, em grande parte, pela ideia fixa de que a sua doença é incurável. Emotividade fácil. Notável diminuição do murmúrio vesicular, no vértice do pulmão esquerdo. Dispneia pela fadiga. Taquicardia.

Queixa-se de grandes dôres no estômago que aumentam quando come, provocando-lhe, algumas vezes, vômitos alimentares. Acentuada inapetência. Grandes cefalalgias ao aproximar-se da noite; queda do cabelo.

Diz sentir dôres no baixo-ventre, as quais se exacerbam pela fadiga e dias antes de ser incomodada, re-

percutindo-se nos rins. Menorragias freqüentes, dando, por vezes, a impressão de verdadeiras metrorragias. Pequeno corrimento leitoso, constante.

Exame directo

Palpação e toque: Pequena mobilidade do útero; grande sensibilidade à pressão; colo aumentado de volume, um pouco endurecido, sendo mais na metade posterior; ligeiro empastamento no fundo-de-saco posterior.

Anexos—Direito: Trompa flexuosa, hipertrofiada, rolando de baixo dos dedos como um cordão; sensibilidade aumentada; ovário bastante aumentado de volume, doloroso e um pouco esclerosado.

Esquerdo: Trompa e ovário menos atingidos que os do lado oposto; estão um pouco descidos e dolorosos.

*Exame ao espéculo—*Colo aumentado de volume; viva congestão da mucosa que forra o focinho de tenca; orifício entre-aberto de onde saíam mucosidades esverdeadas.

*Histerometria—*Normal — 8^{cm}.

História da doente

Teve a 1.^a menstruação aos 15 anos, abundante, durante quatro dias. As três ou quatro seguintes foram

igualmente abundantes, demoradas e um quási nada dolorosas, marcadamente um dia antes e nos primeiros momentos a seguir à erupção menstrual; as posteriores passaram a ser normais.

Casou aos 24 anos, começando a sofrer aos 28, após um parto difícil e laborioso; fez uma infecção, de pequena gravidade, no decorrer do puerpério, ficando daí por diante a sofrer mais ou menos, segundo as épocas.

Passado o puerpério, ficou a braços com as seguintes perturbações:—abundante corrimento, de côr amarelo-esverdeada, fétido, dando o aspecto de clara de ovo, tornando-se mais tarde, menos abundante, menos denso e de aspecto leitoso; aumentava por ocasião de ser incomodada, a ponto de muitas vezes a privar de exercer a sua profissão. Passou a ser muito irregular nas menstruações, que se tornaram mais freqüentes, menos abundantes e dolorosas. Ficou sendo uma constipada permanente, com períodos de 6, 8 e 10 dias, sendo, quási sempre, necessário recorrer aos clisteres. Relata períodos de perturbações vesicais, com micções freqüentes e dolorosas (dando-lhe a sensação de queimaduras).

Começou a notar que se tornava, de dia para dia, cada vez mais fraca e nervosa, tendo por vezes, crises de chôro, que não sabia explicar. Sobreveio-lhe repugnância pelos alimentos, passando dias quási sem se

alimentar. Arrastou-se, neste estado, cêrca de ano e meio, vendo-se, nessa altura, obrigada a consultar, visto o seu estado de emmagrecimento se mostrar inquietante, estado que ela atribuia às repetidas perdas de sangue, que cada vez se mostravam mais freqüentes. Foi por esta altura que tivemos ensejo de a examinar.

Antecedentes pessoais e hereditários

Foi sempre regularmente saudável, não podendo garantir se, quando criança, teve alguma doença grave.

Tem só um irmão, saudável.

Teve um filho que faleceu aos dois mêses de idade, de enterite (?), e um parto prematuro de 7 mêses.

Seu pai faleceu aos 45 anos de uma pneumonia; a mãe vive e é saudável.

Diagnóstico

O diagnóstico parece-nos claro na primeira fase da sua doença:—infecção de carácter sub-agudo, no decorrer do segundo puerpério, prolongando-se sob a forma de metrite crónica. O mesmo não podemos afirmar no que se refere à segunda fase, isto é, quando se nos apresenta relatando perturbações, um tanto suspeitas, dos anexos e útero:—menorragias freqüentes e

dolorosas; útero com pouca mobilidade, esclerose do colo e anexos direitos. Suspeitamos, apoiando-nos um pouco em dois sintomas, de carácter suspeito (queda do cabelo e cefalalgias vesperais) que esta doente fôsse uma avariada, pelo que mandamos fazer, depois de uma série de 6 injecções de benzoato de mercurio, a reacção de *Wasserman*, a qual veio — *fortemente positiva*.

Procedemos imediatamente ao tratamento específico, que foi instituído da seguinte forma:

Tratamento

Duas injecções de 914, seguindo-se, alternadamente durante quatro mêses, injecções de arrenal, poção de iodeto de potássio, e injecções de ectina.

Observações posteriores

Perturbações gerais — As cefalalgias que constantemente a atormentavam, desapareceram por completo; a queda do cabelo persistia, mas em muitíssimo menor quantidade; o apetite começou a despertar, permitindo-lhe já comer de tudo sem lhe fazer mal, nem lhe repugnar; o pêso, que antes do tratamento era de — 53,^{kg}500, subiu para 59,^{kg}700.

A menstruação tornou-se menos freqüente e menos abundante, aproximando-se do estado normal.

Perturbações locais — A esclerose do colo modificou-se sensivelmente, desaparecendo o empastamento. A tumefacção e aderências que se notavam no anexo direito persistiam, pelo que a aconselhamos a fazer uma operação, afim de curar radicalmente.

III

L. P. M., casada — 54 anos, doméstica

Foi tratada na enfermaria n.º 14

Estado actual

Exame geral — Cefalalgias vesperais; queda de cabelo. Palpitações. Dôres no baixo-ventre, quási constantes, irradiando para os rins e coxas. Estas dôres eram suavizadas consideravelmente pelo repouso, pelo que, muitas vezes, recorria ao leito.

A menstruação é muito irregular e dolorosa, dôres que se iniciam dois dias antes da erupção menstrual e se prolongam quási durante toda a duração desta.

Diurese normal — Dificuldade nas dejecções; constipação permanente.

Exame local—Palpação e toque: Útero pouco móvel e ligeiramente retro-flectido. Pouco doloroso à pressão; endurecimento generalizado. Colo igualmente duro e hipertrofiado, orifício externo bastante largo, permitindo a entrada da extremidade do dedo indicador, o qual retirávamos laivado de sangue. Anexos caídos no fundo-de-saco de Douglas, aumentados de volume, duros e um quási nada dolorosos à pressão.

Exame ao espéculo—O colo estava aumentado de volume, com o seu orifício externo largo e entre-aberto, de onde escorriam mucosidades sanguinolentas; a mucosa em redor do orifício, estava um pouco congestionada, apresentando, de onde a ónde, pequenas manchas violáceas.

Histerometria — 8^{cm}.

História da doença

Foi regularmente menstruada desde os catorze anos, tendo, há cêrca de dois anos, uma interrupção de três mêses. No fim dêste tempo, voltou-lhe a aparecer novamente o incômodo, ficando, no entanto, daí para o futuro, a ser com mais irregularidade que anteriormente, sendo, umas vezes, abundante e demorado, outras, muito pouco e acompanhado de dôres.

Teve, a seguir a uma grande emoção, uma abundantíssima hemorragia que lhe durou, sensívelmente

com a mesma intensidade, cêrca de dez dias, pelo que se viu obrigada a consultar um médico, o qual a mandou internar, *com urgência*, no hospital.

Antecedentes pessoais e hereditários

Teve dois filhos, falecendo ambos de tenra idade de doenças que mal pode precisar. Foi sempre regularmente saudável, bem como seu marido.

Seus pais, já falecidos, eram robustos e saudáveis.

Diagnóstico

Pode, em face de tam equívoca sintomatologia, levantar-se a suspeita de que esta doente seja portadora de um epiteloma, em início, do colo (1); ou, então, a possível existência de uma esclerose generalizada do útero, com participação dos anexos, de natureza sifilítica.

Por êsse motivo mandou-se fazer uma reacção de *Wasserman*, a qual nos veio *positiva*.

Procedeu-se imediatamente ao tratamento específico, do qual obteve relevantes benefícios esta doente.

(1) Foi sob esta suspeita que a mandou internar no hospital o médico que consultou.

Tratamento

T. Geral—Duas inj. de 914. Repouso de alguns dias e a seguir inj. de benzoato de mercúrio a 0,02 por c. c., em número de 24.

T. Local—Irrigações iodadas, quentes. Cauterizações com tintura de iodo.

Observações posteriores

A doente pediu alta antes de completar o tratamento, mas quando abandonou a enfermaria estava quási completamente curada.

IV

M. S. B., 31 anos — casada, doméstica

Tratada na enfermaria n.º 14

Estado actual

Exame geral—Fraqueza geral muito acentuada, fadiga fácil; palidez dos tegumentos e mucosas; tosse sêca e dispneia; dôres de cabeça, com exacerbação

vesperal; queda do cabelo; gânglios na região inguinal, cervical e axilar. Pulso pequeno, hipotenso e frequente. Dôres vagas na região púbica, mais acentuadas na região ovárica direita, prolongando-se para a coxa do mesmo lado e região lombar; estas dôres aumentam pela marcha, fadiga e pelo coito; por vezes tornam-se violentas, simulando cólicas, marcadamente um ou dois dias antes da erupção catamenial. Corrimento branco, pouco acentuado. Dejecções irregulares e difíceis, tendo, muitas vezes, de recorrer a clisteres. Perturbações vesicais, não acusa.

Exame útero-anexial—Pela palpação e toque:

a) — *Útero*—Levemente aumentado de volume, doloroso à pressão e em retro-flexão e latero-versão direita. Colo aumentado de volume e duro, com o seu orifício externo largo, entre-aberto e de contornos irregulares. Nota-se um pouco de empastamento no fundo-de-saco posterior.

b) — *Anexos*—O anexo direito notava-se um pouco aumentado de volume e doloroso à pressão, estando, tanto êste como o esquerdo, caídos no fundo-de-saco de Douglas.

Exame ao espécúlo—O espécúlo veio-nos confirmar aquilo que a palpação nos tinha já revelado: que o colo estava aumentado de volume e o orifício externo estava entre-aberto, largo e de contornos irregulares. Vimos, ainda, que a mucosa do focinho de tenca

estava um pouco ulcerada e apresentava uma coloração violácea.

História da doença

A 17 de Julho, depois de ter feito um carrêgo pesado, ao chegar a casa, foi acometida de violentas dôres no baixo-ventre, tendo, passadas horas, um abôrto, ficando a braços com uma abundante hemorragia, que lhe durou perto de um mês. Parou-lhe durante quatro dias, findos os quais, recomeçou novamente e com a mesma intensidade, pelo que se viu obrigada a dar entrada no hospital.

Antecedentes pessoais e hereditários

Assistida pela primeira vez aos 17 anos.—Saudável até aos 21 anos. Teve cinco filhos a têrmo, vivos, e três abortos, tendo vindo estes alternados—Dois dos filhos faleceram de tenra idade, não podendo precisar de que, e os tres restantes são fracos e doentes. Teem todos amiudadas vezes dôres de garganta, acompanhadas de rouquidão.

Pais saudáveis e vivos.

Tem dois irmãos, também saudáveis.

Seu marido acusa venéreo durante solteiro, com aparecimento de roséolas e pápulas pelo corpo, acusando, também, freqüentes anginas.

Diagnóstico

Tudo nos leva a crer que as perturbações apresentadas pela doente são de natureza sifilítica, pelo que se mandou fazer a reacção de *Wasserman*, que veio *positiva*.

Tratamento

Submeteu-se a um tratamento antissifilítico, pelo qual obteve consideráveis melhoras, saindo do hospital quasi completamente curada.

V

J. da S., casada — 37 anos

Tratada na enfermaria n.º 8

Estado actual

Exame geral—Dôres no baixo-ventre, tendo, a maior parte das vezes, a sensação de profundo mal estar, outras, a sensação de pêso; dôres sobre os rins, quasi constantes, e nos ossos dos membros inferiores,

sendo mais freqüentes e mais agudas na parte média da crista das tíbias; cefalalgias vesperais; queda de cabelo. Eventração acentuada e ptose visceral.

Corrimento amarelado, deixando, depois de sêco, manchas na roupa, da mesma côr.

As suas menstruações são muito irregulares e acompanhadas de dôres. Diz ter, por vezes, violentas dôres de estômago que lhe desaparecem, ou se suavizam pela acção dos alimentos. Tem dispneia e palpitações, fatigando-se com grande facilidade. Micções difíceis e dolorosas; dejecções regularizadas.

Exame local—Palpação e toque: a)—*Útero*—Útero retro-flectido, doloroso à pressão, duro e um pouco imóvel. Endurecimento da parte posterior do colo, contrastando com o amolecimento da parte anterior; orifício externo do colo, dilatado, de contornos irregulares e entreaberto, deixando penetrar francamente a ponta do dedo; um pouco doloroso à pressão.

b)—*Anexos*—Os anexos encontravam-se caídos no fundo-de-saco de Douglas; trompas flexuosas, hipertrofiadas e dolorosas; ovários aumentados de volume, duros e sensíveis.

Exame ao espéculo—Ligeiro ectropion da mucosa do colo e pequenas ulcerações da mucosa que envolve o orifício externo; coloração azulada da mucosa, formando anel em volta da abertura do colo.

Histerometria—7^{cm}.

História da doença

Refere, apenas, ter sentido há cerca de quatro ou cinco anos grandes dôres por ocasião de ser incomodada, tendo, por vezes, de ficar alguns dias de cama, e que as menstruações se tornaram cada vez mais irregulares e freqüentes, sendo, alguns meses, três e quatro vezes incomodada. Refere, ainda, ter tido, após um parto, grande temperatura, que lhe durou, aproximadamente, uns oito dias. Daí para cá ficou sempre sofrendo muito, pelo que se viu obrigada a dar entrada no hospital.

Antecedentes pessoais e hereditários

Sarampo e varíola em pequena. Teve dez filhos a termo e dois partos prematuros: um de sete meses e outro de cinco.

Dos dez filhos que teve tem apenas vivos cinco, gozando todos de fraca saúde.

Pais falecidos.

Diagnóstico

A sintomatologia apresentada por esta doente, parece-nos suficientemente clara para nos levar a crer

que se trata de uma avariada. Fez-se a reacção de *Wassermann*, que veio *positiva*.

Terapêutica

Em face do diagnóstico estabelecido, impunha-se a intervenção sangrenta, não só para a cura da eventração, mas também para a das lesões anexiais.

Cuidados pre-operatórios:— a) — Três dias antes da operação — purgante salino — 30 gramas de sulfato de soda e dieta de caldos e leite.

b) — Injecções de estricnina e esparteína uma vez por dia.

c) — No dia anterior à operação, XX gotas de soluto normal de adrenalina diluídas numa colher de água.

d) — No próprio dia da operação: 3 irrigações vaginais, com intervalo de meia hora, com um soluto de permanganato a 1/1000. XX gotas de adrenalina.

Operação

Em virtude da degenerescência quística dos ovários fez-se à doente uma histerectomia sub-total pelo método de *Kelly-Segond*, tendo-se fixado o côto do colo à bainha dos rectos; procedendo-se em seguida à *eventroplastia* pelo método preconizado por Weller

Van Hook no seu artigo inserto na revista americana "*Surgery, gynecology and obstetrics*," :

"Incisão mediana, para laparotomia, feita na parte inferior do abdómen e, se fôr preciso, pode-se continuar essa incisão acima do umbigo ressecando-o, até, por vezes.

Se a hérnia for média trata-se do seguinte modo : cortam-se as aderências que existam, colocam-se nos seus respectivos lugares os órgãos destacados e sutura-se o peritoneu. Protege-se depois a ferida mais profunda com compressas embebidas em água fervida e quente, seguindo-se então a laparoplastia.

Três a cinco centímetros da sínfise púbica, partindo da linha média, e perpendiculares a ela, fazem-se incisões para a direita e para a esquerda, as quais, chegando ao bôrdo externo dos rectos, tomam a direcção das fibras do grande oblíquo, cortando neste músculo cêrca de 6 polegadas de cada lado.

A seguir, cada um dos retalhos triangulares assim formados, cujos vértices apontam para baixo, são levantados cuidadosamente, separando os grandes oblíquos juntamente com as suas aponevroses, até aos rectos, desde os músculos pequenos oblíquos que estão por baixo.

Então, os retalhos anteriores das bainhas dos rectos, são dissecados da massa muscular e levantados. Estas fortes membranas de tecido conjuntivo sepa-

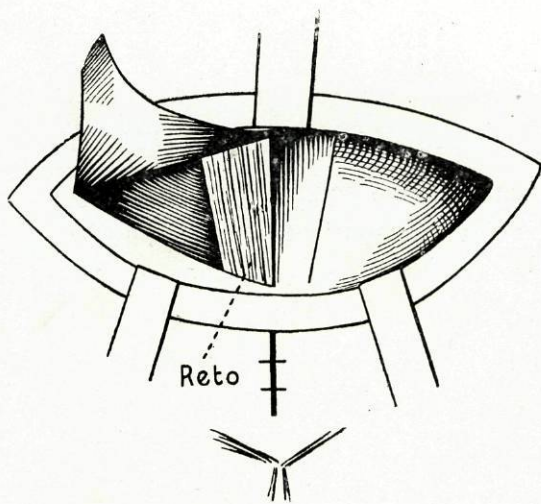


Fig. I

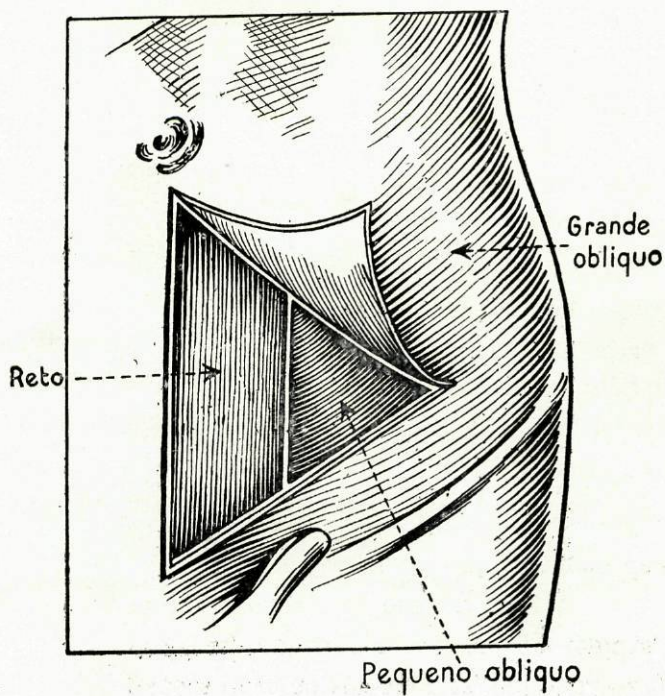


Fig. II

radas e levantadas da massa muscular deixam os rectos na sua situação normal. Os retalhos das bainhas dos rectos levantados, ficam assim em continuidade com a massa muscular e aponevrose do grande oblíquo.

De todo êste trabalho resulta ficarem os dois retalhos triangulares dirigidos para o pubis e constituídos de parte da bainha dos rectos e duma grande parte da massa muscular do grande oblíquo. Segue-se o cruzamento (Fig. III) dos retalhos, e a sua fixação em pontos situados muito abaixo do que anteriormente se encontravam. Para se conseguir isto, coloca-se a doente na posição de Trendelenburg, depois flectem-se os joelhos e moderadamente as coxas sôbre o abdómen, colocando por baixo das pernas um suporte conveniente. O fim destas manobras é diminuir a pressão abdominal na parte inferior do abdómen: relaxando os músculos da parede abdominal e também pela flexão anterior da coluna vertebral, diminuir a distância entre o apêndice xifoide e o pubis.

Podemos, agora, puxar o *retalho esquerdo* para baixo e para a direita, passando a linha média até que fique *quási* tenso.

O retalho é cuidadosamente suturado: a aponevrose do oblíquo ao ligamento de Poupart e bainha anterior do músculo recto direito, mas num plano muito mais próximo do pubis do que aquele em que estava inicialmente.

Ao retalho *direito* faz-se-lhe a mesma coisa, fazendo-o passar por cima do recto esquerdo e do retalho esquerdo já suturado, e suturando-o em forma.

A pele e tecido celular sub-cutâneo são ressecados extensamente, havendo o cuidado de não exagerar por causa da retracção.

Por último procede-se à sutura da pele,,.

Descrição da peça

Exame macroscópico — Degenerescência esclerocística dos ovários, mais acentuada à esquerda. Útero grosso e duro ao corte.

Exame microscópico — Esclerose do útero e fenómenos de irritação proliferativa.

Observações posteriores

Cuidados post-operatórios:— a)—Dia da operação e seguinte, dieta hídrica e injecções de estricnina e esparteína e óleo canforado, alternadas de 4 em 4 horas.

b)—No segundo dia, sonda rectal para evacuação de gases e continuação das mesmas injecções.

c)—No *terceiro dia clister de Monor*. Oito dias depois da operação foram-lhe tiradas as crinas. Na parte mais inferior da operação, um pequeno hema-

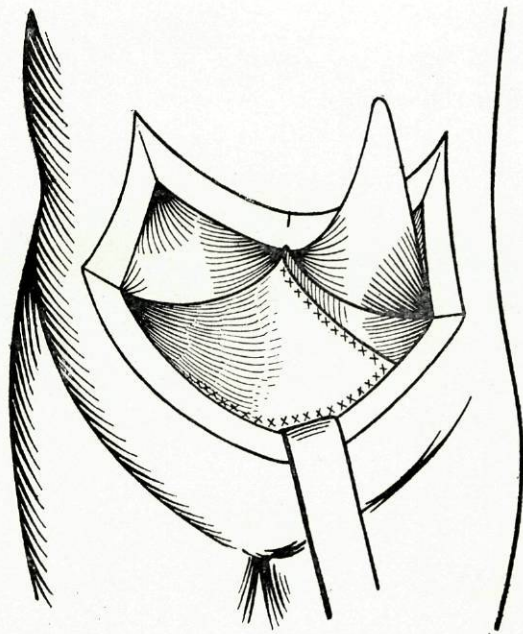


Fig. III

toma impediu a aproximação dos bordos da ferida e consequentemente a sua cicatrização, tendo de se passar, nesse nível, mais duas crinas.

A doente saiu do hospital completamente curada, três semanas depois de ter sido operada.

VI

F. O. P., casada — 38 anos.

Clínica particular

Estado actual

Exame geral— De entre várias perturbações que apresenta, a que mais a preocupa e o que, sobretudo, a levou a consultar, é o facto de vir a ser, há cerca de ano e meio, três e quatro vezes menstruada em cada mês e com tal abundância que “não compreende bem o ainda ter gota de sangue nas veias,.. Sente, além disto, permanentemente, grandes dôres sobre o hipogastro, dôres que o menor motivo exacerba extraordinariamente: como a marcha, o estar demoradamente assentada, ou de pé e, muito especialmente, o *coito*. No dia em que a erupção catamenial se deve realizar, é acometida de vivíssimas dôres, a que ela chama

cólicas, acentuando-se mais sôbre a região ovárica esquerda, as quais se vão repercutir fortemente sôbre os rins e ainda sôbre a coxa e perna esquerda, a ponto de lhe prender, por completo, os movimentos. Passada esta crise, que permanece durante todo o primeiro dia da erupção, as dôres dissipam-se a pouco e pouco até cair no seu estado habitual.

Não tem, actualmente, corrimento apreciável.

Não tem, e nunca teve, perturbações urinárias, nem vesicais. É, no entanto, uma constipada permanente, conseguindo fazer as suas dejecções à custa de clisteres.

Diz ter grandes cefalalgias, aparecendo-lhe estas, umas vezes logo depois do almoço e permanecendo durante todo o dia e parte da noite; outras, só depois do jantar, havendo sempre, segundo conta, uma leve recrudescência ao cair da noite.

Apresenta queda do cabelo, mas pouco acentuada.

O estado de emaciação em que se encontra, é bastante impressionante, em grande parte devido à dificiente alimentação que vem fazendo há tempos para cá.

No exame aos aparelhos *respiratório* e *cardio-vascular*, notamos: no 1.º, acentuada diminuição de murmúrio respiratório em toda a extensão dos dois pulmões, exceptuando os vértices, onde se notava, de forma nítida, rudeza e maciszez; no 2.º notava-se

apenas um ligeiro sôpro no primeiro ruído, sôbre o fóco aórtico.

Tem tosse sêca, com crises ao deitar e levantar da cama.

Exame genital — a) — Pelo toque e palpação: Útero descido, encontrando-se o colo a meio da vagina, o qual se apresenta hipertrofiado e duro; grande sensibilidade no fundo-de-saco posterior, onde se nota o bolo fecal estagnado no recto; útero móvel e muito sensível à pressão e em acentuada *retro-flexão*.

Os anexos encontram-se caídos no fundo-de-saco de Douglas, arrastados, certamente, pelo útero na sua queda; do lado esquerdo, os quais se delimitam bem, estão aumentados de volume, duros e sobremodo, sensíveis; entre o ovário e o bôrdo esquerdo do útero, nota-se uma tumefacção globolosa do tamanho de um ôvo de pomba, fazendo lembrar um quisto da trompa. Os anexos direitos encontram-se um pouco caídos de trás do útero, não se deixando, por êsse motivo, examinar convenientemente.

b) — *Pelo espêculo* — Notava-se uma viva congestão da mucosa que envolvia o orifício externo do colo o qual se encontrava entre-aberto e de contornos irregulares; o resto da mucosa do colo apresentava uma côr carregadamente violácea.

c) — *Histerometria* — 8^{cm}.

História da doença

Começou a sofrer há pouco mais ou menos três anos, depois de um parto prematuro de seis meses que fez em consequência de um violento traumatismo sofrido no baixo-ventre. Depois disso, diz ela, nunca mais voltou a ter saúde.

Ficou, após o abôrto, a sofrer muito do ventre, sobretudo por ocasião de ser incomodada, o que era agora freqüentes vezes e em maior quantidade que antigamente.

Tem sentido, de então para cá, dôres, alternadamente agudas, ou apagadas, na região hipogástrica e sôbre os rins.

Começou a sentir-se nervosa e cada vez mais fraca, fugindo-lhe o apetite e as aptidões para o trabalho.

Começou também a sofrer do estômago, não fazendo com regularidade as digestões, tendo, por vezes, vômitos alimentares, sobretudo quando as refeições abundavam em comidas pesadas (carne de porco e guisados).

Assim se foi arrastando até que, últimamente, sentindo-se mais prostrada e vendo que as suas menstruações se tornavam mais freqüentes e abundantes, se viu obrigada a consultar um médico.

Nunca sofreu tratamento algum.

Antecedentes pessoais e hereditários

Teve varíola aos dez anos. Teve três filhos vivos, dos quais já faleceu um, o último, quando contava cinco meses de idade; fez mais um abôrto de três meses e um parto prematuro de seis.

Tem os pais ainda vivos e regularmente saudáveis.

Seu marido acusa uma infecção blenorragica, quando rapaz, e *cancros moles*, desde há três anos.

Diagnóstico

Em conformidade com as perturbações acima descritas, somos naturalmente levados a afirmar que esta doente vem fazendo, após o abôrto, uma metrite, tipo *hemorrágico*, justificando esta perfeitamente as variadas perturbações, quer anatómicas, quer funcionais, sofridas pelos anexos e, ainda, a ptose e retrofleção que notámos quando do exame do útero.

Há, porém, alguns sintomas (cefalalgias com exacerbação vespéral, dois abôrtos seguidos, em relação com o aparecimento dos *cancros moles* (?) a seu marido e ainda, o estar fazendo uma infecção da mucosa uterina sem ter provocado corrimento de espécie alguma) que nos levaram a ponderar se esta doente não estaria a fazer, concomitantemente a essa metrite, ou

antes, metro-anexite, uma infecção de natureza sífilítica, podendo, até, ser que todas essas desordens genitais fossem simplesmente determinadas e agravadas pela sífilis.

Dominados pela suspeita de que se tratasse realmente de uma avariada, mandámos fazer uma reacção de *Wassermann*, que veio *fortemente positiva*.

Tratamento

Está absolutamente indicada uma intervenção sangrenta, afim de corrigir a ptose do útero e fazer a extirpação, pelo menos, do anexo esquerdo.

Antes, porém, de ser submetida a essa intervenção, vai sofrer um tratamento antissifilítico, intensivo.

Conclusões

Antes de tratarmos das conclusões, parece-nos conveniente, para mais fácil confronto e justificação, fazer a apresentação—o mais esquematicamente possível—⁽¹⁾ dos principais sintomas de cada uma das afecções que gravemente podem atingir os órgãos *genitais da mulher* e que, clinicamente, mais se confundem com as perturbações de *natureza sifilítica* dos mesmos órgãos.

Começaremos, como tipo, pelas metro-anexites.

(1) Não entramos em detalhes de sintomatologia, porque minuciosa e claramente exposta se encontra em qualquer tratado.

I

Metro-Anexites—Sintomatologia

METRITES

Todas as metrites, quaisquer que sejam as suas variedades clínicas e as suas origens, teem sensivelmente os mesmos sintomas, assás análogos, além disso, àquêles que apresentam a maior parte das afecções que atingem o útero e os anexos (Faure).

Três sintomas dominam toda a história da metrite: a dôr, a leucorreia e as perturbações menstruais—(excepcionalmente, febre).

a) Dôr—A dôr, que se pode apresentar sôbre diversos graus de intensidade, em relação com a natureza da metrite, é revelada geralmente por uma sensação de pêsno no períneo, ligeiro mal estar localizado no hipogastro, dôres brandas sôbre os rins e côxas.

Todos estes fenómenos se agravam pela marcha, pequeno esfôrço, toque, coito, etc..

b) Leucorreia—É o mais constante de todos os sintomas da metrite, o qual pode apresentar vários aspectos de côr e consistência, segundo deriva da inflamação da mucosa do colo ou do corpo do útero (vide tratados).

c) Perturbações menstruais—É o menos constante e o mais irregular dos três sintomas, revelando-se geralmente pela forma seguinte: Ligeira recrudescência das dôres, o mais das vezes nos dois ou três dias que precedem a aparição do fluxo menstrual; exagêro ou diminuição na quantidade ou duração do escoamento menstrual; irregularidades na época da sua aparição ⁽¹⁾.

d) Febre—As metrites são geralmente apiréticas; se aparece febre anda ligada a perturbações do peritônio pélvico ou dos anexos.

SINAIS FÍSICOS

Entende-se por sinais físicos o conjunto de impressões colhidas pela palpação e toque, pelo exame ao espéculo e pelo histerómetro.

a) Palpação e toque—*Útero*—Sensibilidade aumentada; ligeira tumefacção, mais acentuada nas ante e recto-flexões.

Colo—Aumentado de volume, mais acentuado nas velhas metrites (colo em forma de rôlha de garrafa de champanhe); sensibilidade aumentada, podendo a

⁽¹⁾ Por via de regra estes accidentes de dismenoreia estão ligados a desvios do útero (anteflexão ou retroflexão).

sua consistência ser mole nas metrites em comêço, ou apresentar-se esclerosado e duro em algumas metrites velhas.

b) Pelo espéculo—Êste exame completa e precisa algumas das impressões colhidas pelo toque: aspecto do colo, sua forma, coloração, etc., os quais variam segundo os casos (vide tratados).

Em geral o colo apresenta-se mais ou menos congestionado e, por vezes, com pequenas ulcerações da mucosa que circunscreve o orifício externo.

Histerometria—É, regra geral, normal.

ANEXITES

Os sintomas gerais que as anexites revelam, pouco ou nada diferem dos que apresenta o útero nas suas inflamações vulgares, o que fácilmente se compreende, dadas as estreitas relações fisiológicas e anatómicas existentes entre estes órgãos; e assim é que, por via de regra, as inflamações dos anexos andam ligadas às do útero, podendo também dar-se o inverso. A relação de sintomas é tam íntima que não se torna fácil, pelo simples interrogatório, prever ao certo, salvo casos especiais, se em determinada doença genitál há ou não participação dos anexos, e muito menos ainda o grau dessa participação.

Nas anexites, como, de resto, em todas as pertur-

bações do aparelho genital, o que oferece toda a importância, são os sinais físicos, tirados pela palpação e toque, os quais carecem, para rigorosamente os caracterizar, de aturada prática e, não raras vezes, de *sentido clínico*.

As perturbações, quer anatómicas, quer funcionais, sofridas pelos anexos nas suas variadas inflamações, são o que há de menos constante, predominando as degenerescências esclero-quísticas e as escleroses parciais ou generalizadas.

II

Tuberculose Útero-Anexial

ÚTERO

Qualquer que seja a sua forma, intersticial ou ulcerosa, as perturbações que a tuberculose determina semelham-se às de todas as metrites: Dôres vagas, corrimento muco-purulento ou francamente purulento; por vezes, hemorragias ligeiras. No comêço, e durante uma grande parte da sua evolução, nada revela a existência de lesões uterinas de natureza bacilar. *Só a presença de grumos caseosos* nas secreções, mas isto só num período já muito avançado da doença, pode levar a suspeitar-se da existência de uma bacilose.

A forma intersticial difusa dá lugar, como a esclerose hipertrófica, à sensação de pêso no baixo ventre, dôres e, algumas vezes, metrorragias.

As sensações colhidas ao toque confundem-se com as que revela um útero esclerôso.

ANEXOS

Em geral, a tuberculose dos anexos manifesta-se por sintomas que muito pouco diferem dos que apresentam as anexites ordinárias.

As mesmas dôres bilaterais espontâneas, facilmente exageradas pelos movimentos e pressão moderada da mão; as mesmas sensações de pêso pélvico com irradiação para a região lombar e coxas; por vezes reacções peritoneais com nauseas, vômitos, etc..

Pelo toque constata-se a existência de empastamento dos anexos, estes mais ou menos volumosos e de sensibilidade aumentada.

III

Cancro Uterino

C. DO COLO

Corrimento branco, pouco mais pronunciado que de costume, sem cheiro especial; escoamento de san-

gue, sobrevindo por ocasião de qualquer fadiga, esforço, traumatismos locais ligeiros, como os que pode produzir o coito, o choque de um espéculo, exploração digital, etc.

Algumas vezes as regras são mais abundantes mais prolongadas e o sangue volta um ou dois dias depois de haver desaparecido, detalhes estes que, por via de regra, pouca ou nenhuma importância revestem aos olhos da maior parte das mulheres e daí o perigo de, um grande número de vezes, o cancro evoluir silenciosamente até ao ponto de se tornar inoperável. A *dôr* como elemento de diagnóstico pouca importância oferece em clínica, porque sendo um sintoma que só tardiamente aparece, ⁽¹⁾ vem, salvo casos raros, dar-nos a noção de inoperabilidade.

CANCRO DO CORPO

O cancro do corpo, ao contrário do do colo, só é frequente depois da menopausa. Êste conhecimento oferece grande importância para se fazer o *diagnóstico* e tratamento precoce do cancro, porque, sendo o sin-

(1) A *dôr* nos cancerosos aparece quando o neoplasma se tem comunicado ao tecido celular péruiterino, condição suficiente para o tornar inoperável, pelo menos em boas condições.

toma *hemorragia* um dos que mais cedo se revela, qualquer perda de sangue que sobrevenha depois da menopausa, sem causa que a justifique, deve ferir em nós a suspeita da evolução possível de um cancro.

Revela-se como o cancro do colo, por três sintomas cardinais: *hemorragias*, *perdas brancas*, mais ou menos laivadas de sangue, e *dôres*.

Histerometria—Tem grande importância, porque, quasi sempre, aparece aumentada.

* * *

Exposta, ainda que muito sucintamente, a sintomatologia que envolve e, até certo ponto, define as três afecções, que mais correntemente visitam a consulta de ginecologia, resta-nos fazer o confronto entre estas afecções e as de carácter sifilítico, condensadas nas seis observações que nos foi possível coligir e ver se, apesar da extraordinária semelhança de sintomatologia que existe entre uma e outras, semelhança que muito pode embaraçar o diagnóstico, nomeadamente em determinadas fases da sua evolução, e, conseqüentemente, o seu tratamento específico, não será possível destacar um ou outro sintoma que, pela sua frequência e carácter especial, nos possa levantar no espírito a **suspeita** de que a doente em consulta possa estar a fazer perturbações de natureza sifilítica.

Não é com tam reduzido número de observações que se pode formular um conceito seguro sôbre a forma como a sífilis fere os órgãos genitais profundos da mulher e exterioriza as suas perturbações. Para isso tornava-se absolutamente necessário coligir um elevado número de observações, o que só se poderia conseguir em muitos anos de aturado trabalho. Mesmo assim, se lermos atentamente a meia dúzia de casos que atrás deixamos expostos, veremos sobressair de entre êsse grupo de sintomas que nos serve para caracterizar e definir as inflamações crônicas do útero e anexos, algumas perturbações que, pela sua freqüência e carácter especial nos parece inspirar muita importância no sentido, *tam sómente*, de orientar a *suspeita* de uma infecção sífilítica. E dizemos orientar *tam sómente* a suspeita, porque, se em determinadas formas se torna relativamente fácil a orientação do diagnóstico, em muitos, talvez na sua grande parte, é de uma extraordinária dificuldade, sobretudo para aqueles que, como nós, tenham de exercer, longe dos grandes centros, a sua profissão. Vejamos, pois, as razões em que fundamentamos tam grandes dificuldades de diagnóstico:

A sífilis genital ⁽¹⁾ nas suas manifestões terciárias

(1) Quando dizemos *genital*, queremos referir-nos aos órgãos genitais profundos (útero e anexos).

e nas suas formas comuns, revela-se por um grupo de sintomas que, sobretudo, se confundem com os que definem as inflamações crónicas, de fundo gonocócico, do útero e anexos; destacando-se, no entanto, nas seis observações atrás exaradas, as seguintes perturbações: *escleroses parciais ou generalizadas do útero e anexos; degenerescências esclero-quísticas dos ovários e trompas; perturbações menstruais* (1).

Não devemos, no entanto, concluir, apesar da sua relativa frequência, que essas perturbações, por si sós, independentemente de outros sintomas (queda do cabelo, cadeia ganglionar inguinal, perturbações oculares e nervosas e outros, ainda, característicos da sífilis) constituam elementos suficientes para orientar um diagnóstico diferencial.

Bastará lembrar que, *em certas formas*, mesmo depois de feita a reacção de *Wassermann*, se pode errar o diagnóstico (obs. I e III).

As mesmas dificuldades clínicas nos surgem ao estabelecer o confronto com as perturbações que revela a bacilose útero-anexial, nomeadamente em determinadas fases da sua evolução e, certamente,

(1) O fluxo menstrual, nas afecções sífilíticas, parece oferecer grande tendência a tornar-se frequente e abundante, (3 e 4 erupções no mês) dando, por vezes, a ilusão de metrorragias.

muito mais graves ainda, ao estabelecê-lo com o que provoca o *cancro uterino*, sobretudo, *no início da sua evolução*.

O cancro do útero, quer êle atinja simplesmente o colo, ou o corpo, no seu despertar, ao atravessar, precisamente, a melhor fase do seu tratamento, evolue por forma tam silenciosa e exterioriza-se por tam *reduzido* e *equivoco* número de sintomas, que, mesmo independentemente da estreita intimidade que existe entre a sua sintomatologia e a que revelam certas afecções do mesmo órgão,—*bacilose e sífilis*—independentemente, ainda, da possível coexistência com qualquer dêstes, já não é fácil, mesmo para aqueles que exerçam a especialidade, precisar o seu diagnóstico.

Frizamos bem êste ponto, porque nos parece oferecer, mais que qualquer dos outros, elevada importância em clínica.

* * *

Com êste ligeiríssimo e mal alinhavado confronto entre os sintomas que traduzem as afecções de natureza sífilítica, exarados no limitado número de observações que pudemos obter e as que caracterizam (?) as outras três doenças que mais vulgarmente ferem os órgãos genitais da mulher, não tivemos outra pretensão que não fosse pôr bem em destaque a difi-

ciência de recursos de que actualmente podem dispor aqueles que tenham de se dedicar à policlínica, afim de poderem fazer, de pronto, como certos casos reclamam, um diagnóstico diferencial entre as perturbações de natureza sifilítica e o *cancro, metro-anexite* e *tuberculose genital*, ou de qualquer duma destas afecções em relação à primeira.

Concluindo: *sempre que no nosso consultório deparemos com qualquer caso da especialidade que possa deixar dúvidas de diagnóstico, vindo, de futuro depositar na nossa consciência remorsos irreparáveis, devemos, sem perda de tempo, enviá-lo a um especialista, para que êle, pela autoridade e recursos que a prática lhe confere, o resolva convenientemente.*

* * *

Sob o ponto de vista **social** tem a questão presente uma tam complexa importância que apenas nos sentimos com fôrças para a esboçar.

Quando no comêço do século passado se debatia, em Inglaterra nomeadamente, o problema da sobrepopulação e o princípio de **Malthus** se propôs resolver êsse problema, estava êste economista e os seus discípulos, longe de pensar que o remédio, por ventura eficaz então, se tornaria num futuro próximo prejudicial e assás inquietante—tome-se a França como

exemplo — e despiendo encarado sob o mero ponto de vista do equilíbrio económico, quando houvessem de intervir os estragos progressivos, como a população que serviu de base àquele economista para deduzir o seu princípio, produzidos pela difusibilidade dos inimigos da vitalidade humana: — a *tuberculose*, a *sífilis*, o *alcoolismo* e a *esterilidade*.

Não nos cabe aqui examinar até que ponto foi justo e preciso o princípio maltusiano ou sequer procurar qual haja sido o seu máximo grau de malevolência que, todavia, teríamos de procurar ainda em França como o povo mais predisposto para a sua interpretação; tam pouco vamos investigar a interferência que a tuberculose, o alcoolismo e a esterilidade poderão ter na taxa geral do depauperamento da raça, aliás considerável para qualquer das três enfermidades, porque muito embora sejam questões que estreitamente se prendam com aquela que aqui apenas nos propomos defender, levar-nos-iam longe de mais do ponto de vista que a ela se circunscreve.

De resto, se o professor Fournier não hesita em inscrever a sífilis no capítulo etiológico da tuberculização pulmonar e se Emile Sergent precisa esta afirmação em 1905, no congresso da tuberculose de Paris, concluindo: *a)* que as relações da sífilis e da tuberculose são as mais estreitas; *b)* que a sifilização, adquirida ou hereditária, cria um terreno de eleição para a

tuberculose; *c*) e que desta sorte, lutar contra a sífilis é, até certo ponto, lutar contra a tuberculose,—parece-nos sobejamente justificada a importância especial que pretendemos fazer ligar à sífilis.

Se se pondera que a sífilis pode transmitir-se através de muitas gerações (três, quatro, cinco ou talvez mais, diz Héricout) e que os sifilígrafos mais autorizados e comedidos calculavam em $\frac{1}{3}$ a população masculina sifilizada antes da guerra, e em $\frac{2}{3}$ ou mesmo em $\frac{1}{2}$ essa mesma população actualmente, (Gaucher), aumento que se quere justificar pela influência que os perigos de morte incessantes poderiam ocasionar nos espíritos dos combatentes, fazendo-lhes esquecer a prudência de homens honestos do tempo de paz e pela mulher que, ou fôsse por abandono durante largos períodos de tempo ou fôsse por índole ou fôsse ainda à míngua de recursos, facilmente se poderia prostituir; recordando-nos, enfim, que à sífilis por hereditariedade paterna, se deve uma grande maioria de deformados (vesgos), muitos míopes, os gagos, os raquíticos, os apagados de inteligência, os idiotas, os epilépticos, etc. e que, por hereditariedade materna, se devem acentuadamente as predisposições mais definidas para a tuberculose, como o afirma Sergent; atendendo a que da infecção sifilítica resulta a degenerescência da prole nos raros casos em que ela vinga e que, por sua vez, desta degenerescência resulta

imediatamente a degenerescência moral do indivíduo, o embotamento dos sentidos étnicos e cívicos e consequentemente o *crime*, o *vício*, já que não aludíssemos ao depauperamento da espécie que é concomitante — infere-se necessariamente a alta importância que nos nossos dias, e de futuro, mais ainda, deve merecer a sífilis às autoridades que zelam os destinos das nações e aos profissionais, legítimos responsáveis. É que uma nação vive através do seu povo: fortificar este é fortificar aquela e a ética de um povo é forçoso que se sintetize no clássico latim: *mens sana in corpore sano*, que obriga a olhar o corpo para se poder exigir uma conduta cívica moralizadora.

A corroborar esta nossa afirmação, sabemos todos nós que, infelizmente, há inúmeros exemplos.

O problema da sífilis, de tam extraordinária importância, tem sido completamente descurado entre nós, como, de resto, todos os problemas que se impõem para nosso saneamento social, bem preciso para nos aliviarmos da vergonhosa reputação que além fronteiras gozamos, abandono que também contém a cumplicidade do pouco escrúpulo de certos profissionais que não tendo ponderado jámais na questão, aconselham inadvertidamente este ou aquele consultente, ainda bem intencionado que lhes pede a sua opinião autorizada quando se decidiram casar e como não há legislação que puna, o consultente, aliás

muito bem com a sua consciência, vai casar, ignorando que vai fazer a infelicidade da consorte, a ruína da prole e a desarmonia de um lar, quando é certo que, a responsabilidade de tamanho infortúnio cabe inexoravelmente ao clínico pouco escrupuloso.

É claro que ao fazermos estas afirmações não queremos significar uma defesa do celibato, arripiando assim caminho contra os sãos fundamentos de uma boa sociedade, mas tam sómente indicar uma necessidade que entre nós não existe ainda, — povo como somos de *importação* a meio século, pelo menos, de atraso, não deixando de se impor, talvez mais que a qualquer outro, no grau de degenerescência em que já nos encontramos.

A autoridade de Fournier poderá servir-nos para nos ilucidar no que diz respeito ao casamento, e que êste autor largamente tratou no seu livro "*Syphilis et Mariage*„.

Mas tem-se lá fóra pensado na gravidade de um tal problema? É afirmativa a resposta como vamos ver:

Na ausência duma medicação verdadeiramente esterilizante da sífilis, em razão da falibilidade dos melhores específicos, tornava-se necessária uma barreira que impedisse o mais possível o alastramento da doença e parece então que o *desideratum* consistiria numa regulamentação da prostituição, pela qual as prostitutas fossem submetidas a uma inspecção médica.

Mas, obviamente, que êste meio era insufficiente, pois que além de não se estender às não inscritas, por ventura em muito maior número, deixava impune o homem que, *ad libitum*, poderia disseminar a doença. Foi assim que se pôde constatar o seu progresso infrene com excepção de colectividades, como os exércitos onde a punição podia recair exclusivamente sôbre os elementos constitutivos. É edificante, neste sentido, o critério de defesa adoptado pelas autoridades americanas para com o seu exército, a opôr à simples multiplicação dos centros de tratamento da sífilis adquirida, empregada no exército francês.

À sua chegada a França, era exposto em conferências médicas obrigatórias aos soldados americanos o perigo venéreo e que deviam precaver-se contra êle sob o risco de serem punidos. Para lhes facilitar os seus cuidados higiênicos foram instalados postos profiláticos por toda a parte, franqueados a qualquer hora e foi-lhes marcado o período máximo de quatro horas para êles darem entrada nestes postos, após o coito.

Constatou-se desta maneira que apenas eram contaminados os soldados que vinham fora daquele período ou que se não apresentavam, pelo que foi decidido para êstes a penalidade de três meses de suspensão de pagamento. Assim conseguiram os médicos americanos reduzir a uma percentagem insignificante a contaminação do seu exército.

Dizíamos nós que a regulamentação da prostituição era impotente como freio repressor do progresso da sifilização. Assim o reconheceram as autoridades sanitárias francesas, quando se inclinaram para a educação das crianças nas escolas, quer fazendo-lhes prelecções esclarecedoras sôbre as ameaças de semilhantes contágios, quer distribuindo-lhes publicações próprias; e se a esta preparação juntarmos que a contaminação intersexual passou em toda a sua extensão a ser considerada em França como delicto punido pelo código civil, temos em traços largos, posta a questão como ela se encontra em França actualmente.

Entre nós, sendo apenas repressivos estes meios em França, quere-nos parecer que a par dessa legislação com o carácter rígido do *dura lex sed lex*, deveria impor-se, à semelhança da Alemanha, uma fiscalização sôbre os cônjuges, fiscalização que sob o ponto de vista da sífilis, incidiria no exame prévio do sangue, feita, por sua vez, com a responsabilidade do analista e sôbre os demais pontos de vista incidiria, com a mesma responsabilidade profissional, sôbre qualquer facultativo, havendo sempre o recurso de um médico municipal.

É claro que a solução, simples na verdade, arripiava dificuldades do centro para a periferia, mas num país pequeno como o nosso não poderá opor-se, justamente, qualquer entrave à sua execução, parecendo-

nos, aliás, o único meio de eliminar os descalabros que todos os dias contemplamos em abono do definhamento da nossa raça, quando já nesta altura nos deveríamos encontrar em pleno exercício de meios seleccionadores.

Terapêutica

O tratamento da sífilis genital deve dirigir-se não só às lesões que affectam os órgãos genitais, mas também à infecção geral.

Localmente, e conforme as lesões, assim faremos o emprêgo dos *revulsivos*, dos *calmantes*; dos *emolientes*, dos *detergivos*, etc., que podemos suborbinar a dois métodos de tratamento: *Métodos gerais e Métodos directos*.

Métodos gerais: — *a) Repouso*, base do tratamento de todas as inflamações do útero e anexos, nomeadamente nas formas dolorosas, podendo êste ser absoluto—formas agudas—ou moderado—formas crónicas; *b) irrigações vaginais* com água esterilizada simples (2 l. em média) ou acompanhada de antisépticos (permanganato de potássio a 0,^{gr} 25-1.000, água iodada, sublimado 1/6.000, ictiol); estas irri-

gações deverão ser quentes, (48.º-50.º-52.º), nas formas crônicas, pouco congestivas, ou tépidas, nas formas muito agudas e dolorosas.

Métodos directos:— *a)* Lavagem da vagina, com o auxílio de um espécúlo, com água iodada; *b)* pincelagens com tintura de iodo, sôbre o colo no caso de êste se encontrar ulcerado ou inflamado, sôbre os fundo-de-sacos laterais e posterior afim de actuar sobre os anexos; *c)* aplicação de tampões de glicerina, simpes ou ictiolada, nas formas congestivas, muito dolorosas, os quais, pelo notavel poder higrométrico e osmótico que possui a glicerina, aumentam consideravelmente as secreções, provocando, por esta forma uma verdadeira *sangria branca*, que descongestiona fortemente o colo e útero, aliviando, assim, a doente; *d)* aplicação de compressas quentes, ou melhor ainda, sacos de areia muito quentes sobre o ventre, nas fórmas muito dolorosas, devendo ser dados ao mesmo tempo clisteres calmantes, com antipirina, laudano, etc.

O tratamento geral faz-se empregando o *mercúrio*, o *iodeto de potássio* e os *arsenicais*, 606 ou 914, conforme as lesões e conforme o estado geral da doente.

Êste assunto tem sido largamente debatido pelos especialistas, tendo alguns deles marcado um exclusivismo, com que não concordamos, a favor de uma das três medicações; nós fazemos o tratamento depois de um exame a todos os aparelhos, o que nos pode

levar, algumas vezes, a abandonar os *arsenicais*. No caso de podermos empregar qualquer das medicações — *hidrargírica*, *arsenical* ou *iodetada*, conservando como tratamento de fundo o *mercúrio*, daremos a preferência aos arsenicais, 914 especialmente, quando as lesões sejam ulcerosas ou quando seja muito acentuado o depauperamento; quando predominem as lesões de esclerose ou exsudativas, então a nossa preferência irá para o tratamento *iodetado*, tendo sempre o cuidado de explorar a tolerância do doente, ou até, corrigi-la se necessário fôr.

Para o tratamento mercurial, damos a preferência às injeções solúveis por *via intra muscular*, reservando as *endovenosas* para casos de muita urgência.

Se a doente é uma artrítica, então o método de escolha, seriam as *fricções* associadas à *balneotrápia sulfurosa*.

Eis, de um modo bastante sucinto, a terapêutica *anti-sifilítica* a empregar e sôbre a qual nos não prenderemos mais, porque são bem conhecidos de todos estes processos de tratamento, cuja discussão e justificações bastariam para a elaboração de um livro bem mais valioso que êste que o leitor ilustre está lendo.

VISTO.

PODE IMPRIMIR-SE.

Alvaro Teixeira Bastos.

Maximiano Lemos.

ERRATAS

PAG.	LINHA	ONDE SE LÊ:	LEIA-SE
22	2	metrite	— metro-anexites
23	2	dalguns	— dalgumas
30	22	Wasserman	— Wassermann
54	21	Monor	— Monod
72	22	por ventura	— porventura
74	7	Héricout	— Héricourt
75	2	sentidos	— sentimentos
81	6	suborbinar	— subordinar