

# THESE

PARA O CONCURSO Á 10.<sup>a</sup> SECÇÃO

==== (clinica gynecologica e obstetrica) =====

~ na ~

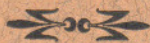
Faculdade de Medicina e Pharmacia de Porto Alegre

## Uma forma clinica de elevação do utero

(Cadeira de clinica gynecologica)

*Pelo Dr. Martim Gomes, formado pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre, antigo externo do serviço Civial do hospital „Lariboisière“, em Paris, membro da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, cirurgião do hospital da Santa Casa de Misericordia, antigo interno da clinica gynecologica do mesmo hospital, antigo interno do Hospital Militar.*

Abril, 25, de 1917



PORTO ALEGRE

Officinas Graficas da Livraria do Globo

Filias: Santa Maria e Cruz Alta.

86334

## ERRATA

A' pagina	linha	Onde se lê	leia-se
1	3	obstetrica	obstetrica
3	5	paciente ;	paciente
3	12	até o	até ao
5	7	nittidez	nitidez
7	16	nittidez	nitidez
7	19	mucosa	muscular
8	7	requerem	requer
8	6	Na região,	Na região da inserção placentaria,
9	23	torax	thorax
9	28	e vagina	e da vagina



Bib.Fac.Med.UFRGS

T-0431

Uma forma clinica de elevacao

# THESE

PARA O CONCURSO Á 10.<sup>A</sup> SECÇÃO

==== (clinica gynecologica e obstetrica) =====

~ na ~

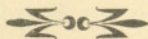
Faculdade de Medicina e Pharmacia de Porto Alegre

## Uma forma clinica de elevação do utero

(Cadeira de clinica gynecologica)

*Pelo Dr. Martim Gomes, formado pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre, antigo externo do serviço Civial do hospital „Lariboisière“, em Paris, membro da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, cirurgião do hospital da Santa Casa de Misericordia, antigo interno da clinica gynecologica do mesmo hospital, antigo interno do Hospital Militar.*

Abril, 25, de 1917



PORTO ALEGRE

Officinas Graficas da Livraria do Globo

Filiaes: Santa Maria e Cruz Alta.

## Uma forma clinica de elevação do utero

1º caso. E. M. J., 30 annos, casada, entrou no hospital em Janeiro deste anno, apresentando um estado geral relativamente bom, espirito simples, inculto, porém sadio.

Nos *antecedentes hereditarios* não ha descobrir molestia de importancia relativa á molestia da paciente; que nunca perdeu um irmão, e os tem em numero de 12. Não lhe consta que a mãe tivesse aborto, ou incidente grave nos partos.

Nos *antecedentes pessoas* encontram-se partos felizes, e, ao lado de uma vida genital bem iniciada, um estado de saude soffrivelmente bom. Menstruação normal. Tem tres filhos e, até o inicio da presente molestia, não se lhe descobrem indicios bem claros de affecção genital.

*O estado actual* começou imperceptivel, sob as apparencias, que ella notára, das suas prenhez. Crescia-lhe, aos pouco, o ventre. Parou a menstruação. Mezes depois, movimentos, que ella já conhecia das gravidezes passadas, deram-lhe a convicção de que mais uma vez entrava no mesmo estado. Passava com dôres abdominaes, não tinha dysuria nem tenesmo rectal, nem expelliu sangue pela vagina, pelo recto, pela bocca ou pelo nariz. Iam, as cousas neste pé quando, aos seis mezes, os «movimentos» pararam. As dôres, que até ahí eram «espalhadas» em todo o abdomen, como que lhe diminuíram um pouco. Entretanto, aos oito mezes, mais ou menos, vieram mais fortes, com hemorrhagia mais abundante do que a sua menstruação, mais negro o sangue, algo coalhado para o fim, e

acompanhado duma membrama. Ella nunca havia expellido essas membranas. Passada essa crise, as dôres continuaram, sem o aspecto de *expulsivas* que na occasião assumiram, porém mais brandas. A sua secrecção vaginal não lhe parecia ser differente da que tinha quando grávida em outras vezes. E as modificações no aparelho digestivo, pela informação, não parecem ter sido muito differentes. Sómente, mais accentuadas.

Ao *exame geral*, os diversos órgãos não nos demostram muito. O rim funciona sufficientemente: O icto mucronico é normal. Não ha notar indícios de affecção ligada á historia pathologica. Ha colostro abundante.

Ao *exame especial*, a *inspecção abdominal* não nos convida a pesquisar o indice de Sturmdorf, e muito menos nos inclináramos a elle na inspecção da columna no exame geral. A pelle do abdomen nada mostra de necessaria menção. A respiração foi modificada, nos seus movimentos abdominaes, na soffrivel relação com o augmento de diametro do ventre, augmento que se mostra regular, inflado o centro, como numa prenhez nas proximidades do termo.

Ao *inspeccionar a vulva*, informações negativas para a infecção. Não ha edema, não ha varizes.

A *inspecção* com o especulo descobre uma côr não muito rosada na mucosa vaginal alisada em baixo, como que infiltrada para cima, onde ha pregas longitudinaes, e onde se nota ausencia do collo uterino, que deixou, em seu logar, um orificio onde se insinuam aquellas dobras da mucosa vaginal adelgada em funil.

*Apalpação do abdomen*. Ha um tumor; regula o tamanho dum utero grávido no oitavo mez mais ou menos. Não se lhe nota a torção physiologica do utero grávido, e, apezar de mais movel em cima do que em baixo, tende, mesmo na posição dorsal, a conservar-se na linha media com mais insistencia do que um utero grávido em condições normaes. Não tem a regularidade dum utero gra-

vido, nem a consistencia delle. Ha pontos mais resistentes, e irregulares, como pequenas partes fetaes ou porções accidentadas de fibromas. Ha pontos mais elasticos, onde se advinha alguma fluidez. Ha pontos mais firmes, renitindo, em baixo. Não se caracteriza uma fluctuação bem clara. Não se nota contractura provocada, na parede do tumor, nem movimentos activos ou passivos com a nitidez dos fetaes. Emtanto, essa apalpação embota-se na contractura reflexa da parede abdominal, por pouco que se insista. E' que ha dôr provocada, generalisada, mas especialmente embaixo.

A *percussão do abdomen* revela um som massiço, mesmo profundamente.

*Ausculta-se* um sopro de compressão, mas não se ouvem ruidos cardiacos de feto.

O *toque rectal* alcança, sem pormenores bem definidos uma empastação profundamente situada.

O *toque vaginal* confirma, desde logo, a ausencia do collo. O dedo pode-se insinuar no orificio já referido, e toma uma direcção á parede anterior do tumor, mas dá a impressão de entrar num canal de paredes estreitas. Os movimentos combinados, no toque *vagino abdominal*, com o dedo no interior do orificio, dão a impressão de que o tumor tem relações intimas com o utero, que não se isola nem assim, a mão posta no abdomen não descobrindo contornos, massa, ou delimitação de consistencia particular que individualise e revele o utero. Os movimentos passivos do feto procuram-se nesta situação favoravel e não são provocados. Ainda aqui, porém, a rigidez, reflexo da dôr que se provoca, não permite ao exame muita delicadeza em detalhes. Não ha localisar um pediculo, nem «em Trendelenburg», mesmo com o toque rectal, esvasiada a bexiga.

O resto da vagina é negativo em informações, em vista do grau de rigidez das suas tunicas, mesmo estando a paciente em pé.

*Cystoscopia* dispensavel. O *catheterismo* do utero não é feito. Devia tel-o sido.

*Diagnosticó.* O prof. Mariante, que havia visto ligeiramente esta doente, pensára num fibromyoma. O dr. Bernardo Velho e eu pensámos num kysto dermoide do ovario, numa gravidez com feto morto. Não aceitámos a prenhez ectopica, (é preciso dizel-o...)

«Nada é mais irregular que o diagnosticó da prenhez ectopica.» Antes de tudo é rara a evolução da prenhez ectopica além do quinto mez. E ainda quando o feto está vivo, muitas vezes diagnosticá-se uma prenhez uterina, regular: «Il n'y a qu'un signe qui permet de l'éviter une erreur. C'est la constatation nette de l'utérus, independant du sac fœtal.» (J. L. Faure e A. Siredey.)

Em geral, morto o feto, a prenhez ectopica só se separa dum tumor do ovario, dum cancer do peritoneo, do hematocele pelvico, ou do fibromyoma uterino pelos antecedentes.

A historia da doente, no inicio, quer dizer — gravidez. Nos ultimos mezes podia ainda ser gravidez uterina. Tinha, contra si, a situação do utero, na apparencia clinica.

Tinha-o, egualmente, e nas mesmas condições, a prenhez ectopica. Utero impalpavel, não isolado, não encontrado, dada a hypothese da prenhez, como demonstrar que o feto estava fóra da cavidade do utero? E porque não seria um utero duplo, com o feto numa das lojas? A situação do orificio, que o utero deixou em sua fuga, precisamente na situação media do eixo pelvico, a falta de desvio, a continuidade intima que parecia ter o utero com a massa do tumor, militam a favor do tumor do utero em geral. E contra o kysto do ovario e a prenhez ectopica, que em geral desviam muito o utero. Por outro lado, o tumor do utero tinha contra si os antecedentes, com amenorrhéa, e o estado actual, não se notando os cordões tensos, como ficam os ligamentos redondos, repellindo o utero para cima e deprimindo a parede abdo-

minal logo acima do pubis. Tanto mais quando o utero, estando evidentemente elevado e transformado no tumor, guardou, ao crescer, a forma regular do utero gravido. Desviado ficaria ainda o utero catheterisavel, num caso de prenhez em utero duplo.

Mas a discussão do diagnostico não deve ir além: o utero não foi catheterisado, porque o dedo, que penetrou o orificio artificial, não penetrou o utero, como pareceu, mas uma parte restricta ao collo alongado... Dahi o diagnostico de kysto dermoide. E o erro.

*Descrição da intervenção.* Auxiliado pelo Dr. Bernardo Velho, sem a incisão de Pfannenstiel, pois não estava muito seguro do meu diagnostico, descubro um tumor kystico, com adherencias fracas do epiplon em cima, que são descolladas, com algumas suturas aqui e alli. Para baixo os limites do tumor perdem a nittidez, a alça sigmoide lhe adhere intimamente, em toda a sua extensão, e as tentativas de descollamento pelas compressas de gaze descobrem-lhe a tunica mucosa.

A disseccção pelo bisturi afigura-se-nos longa, é abandonada, o intestino adhere em toda a parte inferior do tumor, por cima e pela esquerda. Punctura do tumor apesar de pouco abundante em liquido.

Incisão, que permite retirar um feto morto, ligeiramente macerado, flaccido, descorado.

Placenta volumosa, esbranquiçada; insere-se em baixo, um pouco para a direita e atraz. As membranas adherem intimamente ao folheto externo do kysto, e o peritoneo só num ou noutro ponto, para cima, cede um pouco ao descollamento. Desinsere-se a placenta adaptada a um plano irregular de que parecem fazer parte, além do bordo direito do utero, um tecido cuja origem ovariana ou tubarica não pode ser claramente elucidada. O pediculo vascular que se encontra ao nivel do ponto onde devia ficar o ligamento ovaro-pelvico alterado contém grossos vasos que passam por cima da parede do kysto, rumo ao



utero, confundidos no massiço dos tecidos, sendo que alguns tomam evidentemente outra direcção, contornando a parede do kysto para baixo e pela direita. Liga-se esse pediculo. Não ha isolar vestigios claros de ovario. Os da trompa resumem-se, aliás pouco visiveis, nos da inserção della no utero. Na região, a hemorragia capillar, abundante, sobretudo contra o utero, requerem um tamponamento com gaze diante da invalidade das suturas. Assim deixa-se o lado direito e toma-se o intestino adherente, com o aspecto já descripto. Um talho sobre a parede anterior do kysto, que foi desnudada de parte das membranas fetaes, talho que desce marginando a adherencia intestinal á distancia de dois ou tres centimetros, fornece uma fita que é abatida sobre o intestino, pondo-se assim a face fetal da fita sobre a parede intestinal onde havia a adherencia do kysto. O intestino estava peritonizado, ainda que duma fórma pouco classica. Desliga-se um pouco o bordo posterior da adherencia do intestino ao kysto, com um talho sobre este. Recorta-se o excesso da parede do kysto, desnecessaria á marsupialização. Sómente, essa marsupialização conseguiu-se á custa de unir-se os dois bordos resultantes da brecha aberta no kysto fetal com a retirada do retalho abatido sobre o intestino. É isso depois de esgottar a possibilidade de remover o sacco, e a possibilidade de sustar a hemorragia incoercivel. Mickulicz. Sutura da parede á Jean-Luiz Faure.

A *historia post-operatoria* foi das mais simples. O segundo e terceiro dias, porém, trouxeram um pouco de febre, (38,96,) que desapareceu com uma lavagem intestinal e a retirada de algumas gazes do sacco de Mickulicz, e accrescentando-se um dreno, o que o tornou menos hemostatico e drenou melhor.

A fistula fechou em tempo relativamente curto.

---

IIº Caso. M., 48 annos, casada, com tres filhos, não apresenta, ao exame das suas informações, passado digno de nos demorar, nem nos seus proprios antecedentes, nem nos de seus parentes.

A *molestia actual* lhe parecia ter começado, uns oito annos depois do ultimo parto, por umas dôres no ventre, dôres a principio moderadas e vagas, depois mais intensas e, talvez, mais fortes para o lado direito.

Ha tres annos este inicio de dôres. Data do mesmo tempo a falta da menstruação, que até ali fôra normal. E por esse tempo tambem começa o crescimento do ventre, regular e progressivo.

O *estado geral* é mau. Dyspnéa, ligeira cyanose, mesmo no decubito dorsal, e quando a doente senta-se. Pulso frequente, variavel, soffrivelmente regular. Base do pulmão talvez ligeiramente congestionada. Icto mucronico um pouco apagado. Signaes de infecção urinaria discreta. Albuminuria. Estado dyspeptico bem accentuado. Temperatura mais ou menos normal. Cachexia.

A *inspecção abdominal* demonstra enorme augmento de volume: tumor irregular, sahindo da pelvis até á parte superior do abdomen, ponto culminante, onde se advinha o limite arredondado, cahindo dali para o torax mais inclinada a pelle. Tumor alongado, longitudinal. Ha irregularidades em lóbos que transparecem sob a parede adelgada, distensa. Ausencia quasi completa da respiração abdominal.

A *inspecção da vulva e vagina* não fornece signaes de importancia, além da ausencia do collo do utero, que deixou, ao fugir, um orificio onde se insinua a mucosa da vagina, pregueada, muito pallida.

A *apalpação do abdomen* confirma o tumor: multilobado, consistencia variavel com as lojas, apresenta varios trechos de consistencia hydrica, com fluctuação quando procurada, outros massicos, duros, irregulares. A *percussão* leve não é sonora. Auscultação negativa, como o toque rectal, que não descortina o utero. Não o descobre

ainda o toque vaginal, insinuado o dedo, depois de verificar o distenso da vagina, no orifício, que dava a impressão de seguir rumo á parede anterior para um ponto pouco acima do pubis onde o dedo pára. Julgando que ali termine a cavidade uterina, decidindo pela fixidez e adherencia do utero, encontro no catheterismo, uma confirmação apparente do toque intra-uterino, ou como tal realiado.

*Diagnostica-se* um kysto do ovario, provavelmente dermoide.

*Operação*, (feita com o prof. Mario Totta e auxilio do prof. Moysés). A enorme incisão feita na parede, a punctura de varias lojas, que dão um pouco de liquido, não permitem exteriorisar o tumor. A adherencia é por todos os lados, mesmo por diante, onde o epiplon é difficil de retirar e impõe suturas demoradas. O tumor continua immovel e irreductivel. É *impossivel* o descollamento do intestino sem o abrir. Esvasia-se na medida do possivel, o que é liquido, e pouco se consegue diminuir do volume, com incisões que aqui e alli deixam retirar cabellos, materias cebaceas, porções incaracteristicas de tecido de varios aspectos, porções claramente musculares, cartilaginosas, osseas, alguns dentes implantados numa fita que atravessa, em ponte, uma loja. Ha pontos onde os tessidos incluidos nas lojas são mais resistentes que as paredes dessas lojas, que são rompidas a despeito de pacientemente procurar um espaço virtual favoravel ao descollamento. Abandona-se o intestino preso, e apressa-se a marsupialização. Deixam-se mesmo alguns tessidos no interior do sacco geral, pois o intestino, pela sua porção descendente do grosso, passa precisamente no interior daquelle sacco, e dir-se-ia que elle ahí constituiu novo meso em baixo, na alça sigmoide, abatendo-se a parede do kysto geral sobre o meso normal. Talvez á custa do processo de fusão de lojas, entre as quaes primitivamente foi sitiado o intestino. A marsupialização parece, apenas concluida, a toda cavidade abdominal aberta. Debaxo disto succumbe a doente meia hora após a intervenção.

III *caso*. — Mulher de menos de 30 annos, penetra o hospital procurando allivio para as suas dôres abdominaes.

Entre os *antecedentes*, apenas os pessoases importam, e nelles já se esboçam as primeiras linhas do estado actual. Parto laborioso, com applicação de forceps, depois de longo trabalho inutil do utero, estando a doente já febril, collo uterino edematoso. Foi isto ha dois mezes e pouco, e a doente entrára nessa occasião, pelo que infórma, já infeccionada. A extracção a forceps produziu rupturas do collo, que não se verificam ao exame, mas podem-se concluir da informação. Induz-se ainda, uma perimetrite intensa, que o repouso, o gelo, e tratamento medico geral debellam e a doente deixa o hospital em estado relativamente bom, levando, no ventre, pequenas dôres erraticas. Não houve vomitos muito intensos, e o seu estado intestinal adapta-se aos incidentes do parto.

A *molestia actual* resume-se na persistencia daquellas dôres, exacerbadas a pouco e pouco, tomando a pelvis e irradiando para a fossa iliaca direita e, ás vezes, para as coxas e para o lombo. È numa tumidez inflando a fossa iliaca direita.

Ao *exame geral*, nada de grave ou particularmente importante. O apparelho digestivo, salvo o estado dyspeptico sobrio e vago, funciona regularmente.

A *inspecção abdominal* revela a immobildade do tumor á respiração num ventre emmagrecido e delgado.

A *inspecção da vulva e da vagina*, pouca secreção, branca, turva. A vagina é um sacco fechado, e o prof. Mariante, que examina commigo, vê, muito ao fundo, e no centro, signaes cicatriciaes que impressionam como se a vagina se tivesse fechado por diante do collo uterino que se não vê. Para o lado direito, porém, desdobrando a vagina distensa, e inclinando nessa direcção o especulo, descobre-se um orificio de aspecto fistuloso, pela irregularidade e pela côr e pela profundidade e desvio da sua situação.

Como o *toque rectal*, que eu pratico, me demonstra

que o utero não existe na pelvis, aliás de facil exploração ainda que levemente empastada e tensa para a direita, o prof. Mariante, que também não encontra o utero ao *toque vaginal*, por si menos facil atravez duma vagina enrijecida, pratica o *catheterismo*, levando o hystero metro onze centimetros além do orificio, já de si elevadamente situado, para cima e para a direita, rumo exacto ao ponto de Mac-Burney. Sommando aos onze centimetros a distancia da vulva ao orificio, obtem-se uma distancia que, applicada a partir da vulva e por fóra, em direcção parallela, alcança o centro do tumor já referido. Concluimos que o utero alli se acha, preso de adherencias de origem infectiosa, a favor da atonia e do desvio habitual, para a direita, que soffre o utero no puerperio. Essa pathogenia afigura-se mais exacta que a hypothese de uma annexite que na gravidez fixasse a trompa na fossa iliaca; porque, si bem que isto fosse possível, em vista do facto clinico de annexites altamente situadas, porque simultaneas com a gravidez, a ponto de oscillar o juizo diagnostico entre annexite e adenites iliacas, — os antecedentes, balançados, não fornecem elementos que militem a favor duma annexite concomitante com a gravidez. Ainda que a menstruação não esteja normal já, teme-se uma nova gravidez, que seria, provavelmente accidentada. Propõe-se a operação, que a doente não recusa, mas que adia para mais tarde, mesmo informada dos perigos a que está exposta.

---

No ultimo caso, o utero não foi examinado em celiotomia. No primeiro, elle guardava a sua fórmula, salvo o achatamento, a distensão transversal, algum alongamento sensivelmente maior do que teria um utero ao terceiro mez de gravidez.

Estas modificações, independentes da hypertrophia habitualmente produzida pela gravidez ectopica atravez de influencias trophicas complexas, eram devidas a in-

fluencias mechanicas da situação do utero adherente á parede anterior do kysto fetal, precocemente e fortemente produzida. No caso do kysto do ovario, o orgão estava ainda mais achatado, delgado, na intimidade da parede do kysto, collocado adiante, e um pouco para a direita, ao nivel da terceira ou quarta vertebra lombar em uma situação muito superficial embaixo da parede abdominal rarefeita, e ali escapou ao exame que o procurou, mesmo depois da celiotomia, sendo cortado ao retirar um retalho do kysto, com o aspecto de um ponto mais espessado da parede do sacco geral. Os vasos e os ligamentos e annexos o identificaram então. As consequencias da adherencia e distensão eram analogas, sómente, muito mais intensas.

Com e sem a fuga do collo uterino desaparecido da vagina, tenho observado varios casos de elevação do utero, notando nelles a rigidez da vagina distensa, o vago das informações do toque vaginal e rectal, e as adherencias resistentes e generalizadas, multiplas nos casos operados.

De relance, um ou outro gynecologista tem referido que o collo, no kysto do ovario, é, ás vezes, «como absorvido pelo desdobramento do fundo de sacco da vagina» em expressões muito pobres de descripção. Admitte-se mesmo que «mais tarde, o kysto, desenvolvendo-se, repelle o utero para traz.» Entretanto, quando o gynecologista intenta fazer o diagnostico das adherencias nos kystos, nunca o vi relacionar esta fuga do collo a phenomenos precoces e intensos de adherencia. Fala-se nos effeitos da respiração, na deslocação do tumor produzindo depressões e levando a parede presa; fala-se no attrito, na dôr á palpação, no ruido de couro-novo que fazem pensar na adherencia peritoneal, epiploica; fala-se no pequeno volume do tumor e na ascite ou na mobilidade que militam contra a hypothese da adherencia; fala-se na percepção rara dum tracto da parede do kysto, mais depressivel, onde se podem produzir borborygumos, e fixar a situação

da adherencia com o intestino; e alguns gynecologistas allemães têm registrado que «o utero, largamente adherente á parede anterior do ventre, dá suspeitas de que o intestino está preso em adherencias.»

Não quero demorar-me na discussão desses elementos aleatorios, variabilissimos e dubios de informação. Informações muitas vezes solicitadas inutilmente, esses pequenos dados, com permittir um detalhe, na apparencia secundario, para o diagnostico, formulariam, de verdade, um juizo prognostico, delineando uma das perspectivas em que o cirurgião procura desenhar a planta, raramente bem traçada, onde se pintam as côres da gravidade na intervenção cirurgica...

---

#### CONCLUSÃO ORIGINAL

A fuga do collo, na elevação do utero indelineavel e impalpavel, com distensão da vagina, milita pela hypothese de adherencias precoces, intensas e vastas.

(Trabalho feito no serviço de gynecologia do prof. Mariante, em Porto Alegre).