

**CLINICA GYNECOLOGICA DA FACULDADE**  
**A immobilização do utero e a suspeita clinica de malignidade**  
(Notas da observação duma doente)

pelo

**Prof. M. GOMES**

Cathedratico de gynecologia

Licção do dia 3-6-932:

**EXAME E DISCUSSÃO**

Antes de examinar, leiamos o que o interno está acabando de escrever na ficha, visto que a doente é recém-entrada: "42 annos, branca, serviços domesticos, casada, etc. Dôres fortes e persistentes no baixo ventre ha um mez. Mas essa dôr appareceu ha 9 annos, logo depois de um parto, numa occasião em que passou muito mal, tendo soffrido intervenção de forceps, e tendo tido febre alta. Essa dôr a principio foi leve. Passava alguns dias sem nada sentir, para depois retornarem os soffrimentos. E desta forma passou a paciente nove annos. Até o mez passado. Nesta occasião, as dôres foram insupportaveis. Ella teve que baixar para o hospital."

Mas o interno ainda esclareceu um por menor:

"Ha 6 annos, portanto 3 annos após o referido parto, a paciente soffreu uma curetagem, em virtude de irregularidades menstruaes, visto andar 14 dias com a menstruação."

Talvez o interrogatorio mostre que a palavra "menorrhagia" seja preferivel á simples irregularidade. Afóra isso, pouca cousa:

"Teve cinco filhos; um aborto ha 10 annos; e tem um corrimento não muito abundante e amarello."

**AO EXAME PHYSICO**

o alumno, que está praticando a apalpação, caracteriza bem certas cousas:

- a) a cavidade pelvica está cheia, de lado a lado;
- b) o que a occupa são massas duras, e irregulares;
- c) a exploração não permite individualizar com nitidez o utero, que parece perder-se no centro da massa;
- d) immobildade da massa;
- e) relativamente sem dôr, excepto na fossa iliaca direita;
- f) dureza e irregularidade especiaes do collo;
- g) nenhuma ulceração, nem ovos de Naboth na região cervical.

Ao exame geral, nada de importancia especial.



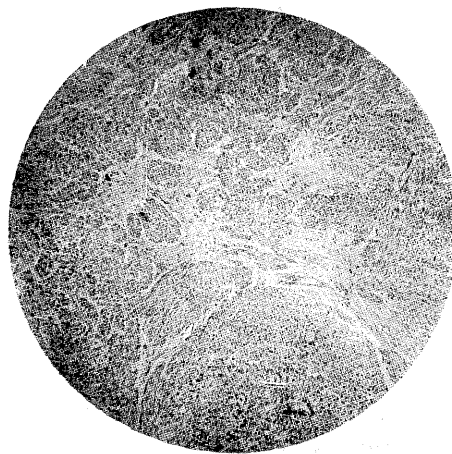
N.º 1 — Utero, com as agulhas calcareas



2 — Grande massa calcarea.



3 — Zona em degeneração hyalina cercada de tecido fibromatoso.



4 — Fibras musculares lisas que formam a massa do tumor, dispostas em diferentes sentidos. No centro notam-se pequenos pontos sarcomatosos.

## DIAGNOSTICO

I — O doutorando pensou num fibroma? Muita cousa tem por si: doença longa, augmento de volume, tendencia menorragica progressiva... Porém o fibroma só daria este conjuncto sendo acompanhado de salpingite, e previa encarceração na bacia. Ora não ha descobrir signal de compressão: a pelve se encheu menos por tumores intra ou subperitoneaes do que por infiltrações do parametrio. Esta infiltração é a unica que pôde dar essa relação que os dedos do doutorando sente, mostrando-se-lhe na adaptação das massas ás paredes, ao recto, e á bexiga. "Fibroma" não serve, como diagnostico. Si houver nodulos de fibromas, serão subalternos...

II — Como? Metrite paremchymatosa? Sim, como ella é uma forma demorada, dolorosa, progressiva, menorragica, capaz de se complicar de annexites, e, portanto, de peritonites, como ha uma historia de infecção puerperal... é uma hypothese apresentavel. Ha, porém, uma circumstancia que a elimina, como foi eliminado o fibroma: é que ella tambem não costuma dar este aspecto de infiltração do parametrio.

III — O doutor Heredia tem um diagnostico?

— E' apenas uma hypothese...

— Nem outra cousa quer ser o diagnostico clinico preliminar, deante dum caso atypico e singularissimo, como este... qual é?

— Pelvicellulite.

Para conclusão muda, sem olhar o passado, essa hypothese tem por si a infiltração evidente do parametrio. Mas lembrem a pobreza dos signaes reflexos, a historia das dôres e da febre; a curva das reacções geraes. O que, em resumo, domina aqui é a **dureza infiltrada e sem dôr**. O contrario é o que se dá na peritonite pelvica, diffusa ou em focos; na inflammção peritoneo-pelvica consequencia de cellulite puerperal: esta tem uma phase mais ruidosa, antes de entrar no estado chronico. Nella a **dureza é dolorosa e menos infiltrada**. E' o con-

juncto physico dos signaes, e o conjuncto anamnestic, que militam contra a cellulite **como entidade nosologica**, para o diagnostico; porque cellulite como signal ahi está... não é preciso diagnostical-o.

Aliás, a primeira doente que este anno examinámos em aula obrigou-nos a estudar o phlegmão da bainha hypogastrica e o do ligamento largo. Vimos, alli, qual o papel diagnostico que assume a fixidez das lesões, fixidez que mostra que a cellulite, o phlegmão, ficam como fazendo parte da parede pelvica. Mas, com lesões tamanhas, como as do caso vertente, era preciso que no passado da paciente houvesse manifestação de infecção violenta, que não ha descobrir pela nossa indagação.

Tudo, pois, leva a crer que ha neste caso um processo morbido que attingiu o tecido cellular para-uterino. Mas tal cellulite não é a affecção que domina o estado actual. Entretanto, visto que se afasta esse diagnostico pela falta duma phase de violenta infecção, é bom não esquecer que ha collecções pelvicas suppuradas que se disfarçam numa falta de febre e de dôres que chegam a constituir armadilha que, não raro, colhe o especialista, deixando-o preso na duvida.

Vimos dois casos neste serviço.

Mas tanto essas collecções, como os resultados da evolução protrahida de hematoceles, por mais que se fixem ás paredes, são mais ou menos restrictas para o Douglas (no hematoma), ou lateralizadas (na annexite).

IV — Não é fóra de proposito lembrar a tuberculose pelvica, ou abdominal. Ella poderia dar este conjuncto pela palpação. Não é provavel, entretanto, pela falta de signaes de tuberculose geral, pela persistencia muito boa do estado anterior de nutrição e pela evolução das funcções menstruaes.

V — Na minha opinião, nas mesmas condições que a tuberculose, a syphilis pôde dar este resultado ao exame physico. Combinadas com infecções metro-annexiaes ba-

naes, ellas poderiam compôr este aspecto clinico de todo em todo. São, porém, muito raras, nesta forma. E o criterio da frequencia conta muito no cômputo para o diagnostico clinico preliminar.

E' a syphilis, entretanto, combinada com velhas lesões peri-metro-annexiaes, que mais tenho visto arremedar este aspecto que estamos examinando.

Ella faz, no utero e annexos, o mesmo que faz na prostata e vesicula: transcende-os, e os immobiliza na pelve. Nem por isso deixa de ser, neste aspecto, uma raridade.

A syphilis endurece os tecidos delicados da pelve, engrossa o peritoneo, embranquece os órgãos, dá-lhes uma consistencia entre a do toucinho e a da cartilagem. Injecta os tecidos. Mas o tratamento especifico remove o que por conta da lues vier a correr.

VI — A ideia que melhor se enthroniza sobre este conjuncto é a da neoplasia maligna. Houve antes infecção, é evidente, e é evidente que ella persiste. Poderá haver por ahi um nódulo de neoformação benigna tambem. Mas eu acho que o diagnostico que cabe aqui é o de tumor maligno. Pela inspecção, nada se nota ao collo. Não é um cancer do collo. Mas, excluindo este, eu digo que estamos em face de um tumor maligno: eis o diagnostico preliminar.

Porque?

Por duas razões:

1.ª) Viram com que demora conseguimos fazel-a corrigir-se claramente quanto ao **corrimento amarello**. Ella tem persistentes corrimentos rosados, semelhantes ao da lavagem da carne, posto que sem fetidez.

2.ª) Viram a descripção do collo: elle é duro e deformado. A dureza não é irregular, nodulada, como a das metrites. E' a duma cartilagem firme, e mais junto do orificio interno. A deformação é importante, não é a da compressão contra o soalho perineal.

Ha uma saliencia transversal por traz do collo. Lembra, como uma barra, certas saliencias transversaes que o dedo sente ao toque das prostatas com tumor maligno.

**Licção do dia 9-6-932:**

### **DEMONSTRAÇÃO TÉCNICA E VERIFICAÇÃO OPERATORIA**

Não havendo contra-indicação quanto ao estado geral, realiza-se a operação, perante os alumnos, tomando parte nella os drs. Argemiro Dornelles e João Fischer, além do interno Natal (anesthesia). Eu os auxilio, e explico. O dr. H. Heredia acompanha, escrevendo, na ficha, os achados mais importantes, e a marcha da intervenção.

Eis o que elle descreveu quanto á tecnica:

"Laparatomia mediana infra-umbilical. Isolamento (descollamento e dissecação) do utero. Pinçamento da uterina e do lig. largo esquerdos. Extirpação dos annexos esquerdos. Secção do isthmo uterino. Dissecação e isolamento da massa annexial direita. Extirpação da massa. A uterina appareceu afastada do utero, por um tecido de aspecto inflammatorio, resistente, sem elasticidade. Hemostasia demorada das paredes da bacia, contra as quaes estava fixada a massa, até acima da linha inominada, onde havia um peritoneo espessado, irregular; hemostasia das paredes intestinaes, sutura dellas, para esconder o musculo exposto. O mesmo contra os vasos iliacos, que foram descobertos. Dissecação do appendice, afundado contra os tecidos infiltrados por cima do promontorio, onde fica um sulco sangrando rebeldemente. Mickulicz."

Eis aqui, "mais ou menos", o que o dr. Heredia descreveu, "d'après nature", quanto aos achados pathologicos:

"Aberto o ventre, exposto o campo operatorio a massa que occupa a pelve mostra partes de intestino, epiplon e tecidos densos, branco, avermelhados, havendo um nódulo á D., que sóbe á linha inominada, de côr mais cinzenta. No centro, o descollamento individualiza o fundo do utero. A' E., o ovario está alongado, fusiforme; trompa tumefeida no isthmo, enorme e com as-

pecto de kysto purulento, no resto. Todos os órgãos são infiltrados. Nos pontos onde o descollamento mergulha para o fundo apparece puz. A infiltração é accentuada mesmo nas paredes intestinaes: a ponto de não ser possível esconder pela sutura o coto que a appendicectomia deixou.”

---

Commentario perante os alumnos:

Havendo este utero grande, adherente a essa massa dentro da qual havia puz, não se verifica o meu diagnostico de tumor maligno.

Neste momento, quando retiravamos, aos pedaços, a massa incaracteristica, friavel, que enchia o lado direito, chamei-lhes a attenção para o facto da ausencia de arteria e veia uterinas em todo o bordo uterino, desde perto do fundo até o isthmo. Achámos depois aquelles vasos longe do utero. Havia nucleos de tecido denso que ficava entre os vasos e o bordo do utero. Esse afastamento era maior para baixo. Diminuia para cima. Ora, si a anatomia pathologica do phlegmão do ligamento largo mostra que a inflammação cahe no tecido cellular para-uterino, junto do isthmo, vindo ficar o foco inicial entre a uterina e o myometrio, ha razões claras e bastantes para concluir pela pelvicellulite inicial ou intercurrente.

Nestas condições, confirma-se a hypothese do assistente da clinica, o dr. Heredia.

Entretanto, si repararem bem no aspecto que offerece, ao corte, este utero, notarão que as camadas delle não são normaes.

Não têm o aspecto habitual do fibromyoma, e ha este nucleo cheio de producções calcareas, parecidas com pequenos incisivos de ratos. Este nucleo está rodeado dum tecido finamente nodulado. Vamos examinal-o, e breve ainda voltaremos a esta questão. (n.º 1 e n.º 2)

Licção do dia 20-6-932:

### EVOLUÇÃO POSTOPERATORIA. HISTOPATHOLOGIA

Têm visto todos os dias a boa marcha que tem tido esta doente. Convalescença inteiramente favoravel. Entretanto, sómente olhando os traçados da respiração, do pulso e da temperatura, tudo parece muito risonho e tranquillo. A irmã Salomé e a Concessa estão ahi, porém, para lhes ajudar a recompôr o combate a uma dilatação aguda do estomago, e aqui na ficha está bem registrada a marcha da medicação, desde a pituitrina, ClNa, bicarbonato, glycose, até á lavagem do estomago e á posição ventral.

Notem que o combate deu resultado porque começou nas primeiras phases do mal, quando o mecanismo pathogenico depende mais do reflexo inicial, que traz a atonia do musculo gastrico, do que da obstrucção do transito duodenal, que vem posteriormente, e traz a perda do succo pancreatico para o organismo, completando a intoxicação, pela alteração do metabolismo. E, nesta altura, notem o papel do Mickulicz: rompendo um dos peiores circulos viciosos do figado, sobremaneira auxilia a desintoxicar o organismo.

Resta-nos olhar os aspectos histologicos do tumor que retirámos á paciente.

Lembram-se daquele corpo uterino, enorme para ser de paciente sem involução, sem gravidez, e cujas regras, nos ultimos annos era infallivel, voltando cada 25 dias, com tendencia menorragica. Nada de placa amarello-enzofre na mucosa. Porém uma camada muscular toda sulcada de vasos. Olhem agora as preparações feitas pelo dr. Helmuth Weimann. E' um leiomyoma com transformações sarcomatosas. O leiomyosarcoma surgiu aqui e alli no seio dum leiomyoma banal. Tal é a conclusão destas primeiras preparações.

Entretanto as acquisições mais recentes

têm registrado automaticamente a dificuldade de afirmar a malignidade na evolução dum leiomyoma, tanto na clinica, como pela histologia.

Quanto á clinica, têm-se mostrado na observação das doentes:

- a) rapida quéda no estado geral;
- b) dôres no ventre;
- c) ascite;
- d) hemorragias;
- e) augmento rapido do tumor.

A clinica pôde mostrar que um myoma de subito enriquecido destes symptomas vem a ser nessa occasião tomado pela transformação sarcomatosa. Seria justo, pois, pensar na malignidade, quando isso aconteça. Mas não devemos ir além da suggestão. Firmeza não existe, pois que tudo isso acontece quando o tumor ainda pôde ser, e persistir sempre benigno.

Mas não param ahi as dificuldades.

Não é raro que a histologia revele a olhares experimentados a benignidade do leiomyoma que em seguida mata a doente, com innumerables metastases. Nestes casos, a curetagem, para diagnostico, é mais perigosa que util.

## COMMENTARIOS

O primeiro é que a paciente deve submeter-se á radiotherapia profunda.

Além disso, a questão da cellulite.

De todas as hypotheses clinicas formuladas, é a mais evidente, e a que mais se desprezou: este paradoxo é devido a que essa palavra não se refere, no caso, á parametrite aguda, ao phlegmão. E, sendo apenas a cellulite insidiosa, chronica, não conta, como diagnostico, num caso de immobilização dos órgãos pelvicos.

Ahi ella não deixa nunca de existir, mas é symptoma e não diagnostico.

Seria o mesmo que deixar de discutir o diagnostico entre o ulcus do estomago e a cholecystite, para contentar-se com uma cousa que se manifesta igualmente — a dyspepsia.

Quero dizer que num caso clinico como este, seria vicio theorico ir tentar constituir um diagnostico de: 1) periproctite de Mulher; 2) atrophia do parametrio de Freund; parametrite posterior de Schultze; ou mesmo a pelvicellite de Stapfer, que Condamin recentemente estudou em conjuncto.

