

SOBRE UM CASO DE “REABSORPÇÃO DO CÓLLO UTERINO” COMO SEQUENCIA DE PARTO LABORIOSO

pelo

Dr. HENRIQUE HEREDIA

assistente de Clinica Gynecologica

Dá-se o nome de “reabsorção do cóllo” a um processo pathologico que se opera na porção cervico-vaginal, cujo inicio é constituído por ruptura do cóllo, vagina e tecidos circumvizinhos, com sua consequente inflamação, e cujo fim resulta na formação de tecido cicatricial, fundindo-se entre si as superficies cruentas.

D’ahi decorre o seguinte: Desapparecimento quasi completo da cavidade vaginal, ficando esta redusida á um conducto afunilado, no fundo do qual se percebe um orificio que communica com a cavidade uterina, com um annexo ou com uma alça intestinal (dependendo naturalmente da extensão do processo inflammatorio e das lesões por elle causadas). Dá-se portanto a destruição da cervix e d’ahi o termo, talvez improprio, de “reabsorção do cóllo”.

E’ este processo pathologico muito raro hoje em dia, não o sendo porém ha muitos annos atraz. Isto se explica, pelos progressos realizados pela obstetricia, principalmente no tocante á technica operatoria e asepsia rigorosas.

O prof. Martin Gomes em sua these, para o concurso á 10.^a secção (clinica gynecologica e obstetrica), “Uma fórmula clinica de

elevação do utero”, relata um caso de “reabsorção do cóllo”.

Para bem apreciar-o e comparal-o ao da nossa observada, vamos reproduzil-o “ipsis litteris”:

“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, cóllo uterino edematoso.

Foi isto ha dois mezes e pouco, e a doente entrára nessa occasião, pelo que informa, já infeccionada. A extracção a forceps produziu rupturas do cóllo, que não se verificam ao exame, mas podem-se concluir da informação. Induz-se, ainda, uma perimetrite intensa, que o repouso, o gelo e o 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. E numa tumidez inflando a fossa iliaca direita.

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

A inspecção abdominal revela a immobibilidade 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 cóllo 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 tambem não encontra o utero ao toque vaginal, por si menos facil atravez duma vagina enrigecida, pratica o catheterismo, levando o hysterosmetro onze centimetros acima do orificio, já de si elevadamente situado, para cima e para a direita, rumo exacto ao ponto de Mac-Burney. Sommando-se 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 infecciosa, 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 possivel, 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 caso por nós observado, além da "reabsorção do cóllo" e ruptura antiga do perineo, havia volumoso tumor annexial, motivo pelo qual a doente foi enviada á este serviço pelo nosso distincto collega Dr. Nicolau Vergueiro, de Passo Fundo.

Passemos a relatal-o:

No dia 16 de Dezembro do anno passado, foi trazida á este serviço a doente C. S. P., com 37 annos de idade, branca, viuva, natural deste Estado, residente em Passo Fundo, papeleta n.º 9.736.

A' primeira vista, percebia-se o grau profundo da intoxicação de que era portadora: Facies abatido, olhos encovados, mucosas descoradas, pelle pallida e frouxa. Não podia caminhar nem manter-se de pé, tal seu estado de fraqueza e dôres que sentia no baixo-ventre. Quando sentada, curvava-se para deante, com o fim de relaxar sua musculatura abdominal. Temperatura 38°,5. Pulso 110.

Feito o exame do ventre, revelou-nos este uma deffesa muscular generalizada do andar inferior do abdomen, com forte reacção dolorosa, o que nos obrigou a não proseguir o exame.

Foi a doente posta em repouso, com uma bolsa de gelo sobre o ventre, injectando-se-lhe 2 c.c. de leite e 10 c.c. de sôro anti-estreptococcico.

Melhorados, seu estado geral e os phenomenos dolorosos, foi submettida a exame, dias após, cujo resultado foi o seguinte:

ANAMNÉSE — Ha 3 mezes (outubro), começou a piorar de uma dôr antiga na fossa iliaca direita, irradiando-se para a coxa do mesmo lado, dôr esta que antes apresentava remissões e exacerbações intermitentes. Sentiu que crescia um tumor na dita região. Teve febre alta (38°,5 a 39°), calefrios, vomitos, diarrhéa amarella e fétida, falta de appetite, vertigens e amenorrhéa, sendo que esta, persiste desde outubro. Pesava 74 kilos, emagrecendo muito com a molestia.

Um mez após o começo, teve sensação de ruptura no baixo-ventre, emittindo diversas vezes grande quantidade de pús esverdeado e fétido pela vagina e recto. Com essas emissões purulentas sentia-se bastante alliviada, tendo entretanto que conservar a coxa direita flectida sobre a bacia para diminuir as dôres. Esteve recolhida ao Hospital de Passo Fundo, como, onde já dissemos, foi submettida ao seguinte tratamento: repouso, applicações de gelo, injeccões, lavagens vaginaes e intestinaes.

Peorando cada vez mais, foi enviada pelo Dr. Vergueiro á este serviço, onde baixou no dia 16 de Dezembro de 1931, apresentando toda a symptomatologia de um ventre-agudo, com estado geral profundamente compromettido.

ANTECEDENTES — Foi regrada aos 14 annos — regras irregulares até o primeiro e unico parto. Não teve abortos. Casou-se com 14 annos, tendo ficado grávida após 1 anno e 3 mezes. Por occasião do parto, manifestou-se uma dystocia, o que levou o medico a praticar uma extracção manual.

A creança foi extrahida com vida, porém viveu só até o 8.º dia. Esta operação acarretou grandes traumatismos e hemorrhagia intensa.

Surgiu então uma infecção puerperal de

grande intensidade que a reteve no leito durante 2 mezes. Desta época em diante, começou a sentir uma dôr continua na fossa iliaca direita, exacerbada por occasião das regras e attenuada após as mesmas.

Seu fluxo menstrual pouco abundante, durava no maximo 2 dias.

EXAME PHYSICO — Ruptura completa do perineo. Retracção e atrophia da vagina, dando-lhe uma fórmula afunilada, não permitindo a entrada do dedo além de 4 centimetros da vulva.

Reabsorpção do cóllo. Orificio fistuloso no fundo do funil vaginal, fistula esta que provavelmente atravessa os restos do utero e vae ter á um tumor duro, pelvico, cuja compressão faz sahir pús e fezes pela vagina e pelo recto ao mesmo tempo.

TRATAMENTO — **Tratamento pré-operatorio** — Como nos achavamos em presença de um processo em franca evolução aguda, foi a doente posta em repouso absoluto, com uma bolsa de gelo sobre o ventre, permanentemente, fazendo-se as seguintes injeccões:

- 16/12/31—Leite, 2 c.c. Sôro anti-estreptococcico 10 c.c.
- 17/12/31—Leite, 2 c.c. Sôro anti-estreptococcico 10 c.c.
- 18/12/31—Leite, 2 c.c. Sôro glycosado 500,0.
- 19/12/31—Vaccina urethritica 2 c.c.
- 29/12/31—Sôro anti-estreptococcico 10 c.c.
- 31/12/31—Leite 2 c.c.
- 2/1/32 — Vaccina urethritica 2 c.c.
- 4/1/32 — Sôro anti-estreptococcico 10 c.c.
- 6/1/32 — Leite 2 c.c.
- 8/1/32 — Leite 2 c.c.
- 10/1/32 — Sôro anti-estreptococcico 10 c.c.
- 12/1/32 — Vaccina urethritica 2 c.c.
- 13/1/32 — Leite 2 c.c.
- 15/1/32 — Sôro anti-estreptococcico 10 c.c.
- 18/1/32 — Vaccina anti-pyogenica 1 c.c.
- 20/1/32 — Leite 2 c.c.
- 22/1/32 — Vaccina anti-pyogenica 2 c.c.
- 24/1/32 — Leite 2 c.c.
- 25/1/32 — Vaccina anti-pyogenica 2 c.c.

— Foram feitas radiographias do intestino e utero, com o fim de orientar sobre as relações do tumor com a massa intestinal e cavidade uterina.

A radiographia intestinal trouxe a seguinte interpretação: Estase ileal, ptose do colon transverso e appendice opacificado.

As 3 hysterographias, feitas com solução de iodureto de sodio a 20 %, nada revelaram, de concludente, assim como a radiographia intestinal.

— Periodicamente era a paciente examinada e praticava-se a expressão do tumor, o que o esvasiava, ao menos em parte pela vagina e recto, sentindo-se a doente cada vez mais alliviada com este proceder.

As dôres, quer expontaneas quer provocadas, foram aos poucos cedendo e o empastamento da região desfazendo-se lentamente. A temperatura, que como já vimos, era a principio elevada, foi gradativamente diminuindo e o estado geral melhorando sensivelmente. Nos primeiros dias de Abril, já a compressão do tumor, agora do volume de uma laranja, não fazia surgir pús pela vagina e recto.

De tal modo se accentuaram as melhoras, que foi permittido á doente deixar o leito e retomar a marcha, com todas as precauções, fazendo-se ao mesmo tempo um tratamento tonico e reconstituinte.

A cura clinica estava realisada, porém para evitar recidivas, impunha-se a intervenção cirurgica, a qual foi praticada no dia 12 de Maio.

OPERAÇÃO

Operador: Dr. Dornelles. Assistentes: prof. Martim Gomes, Dr. Fischer e Dr. Heredia.

Anesthesia pelo ether, praticada pelo int. Pedro Motta.

OPERAÇÃO — Extirpação da collecção enkystada de origem annexial. Appendicectomy.

Achados grosseiros: Collecção kystica, de um liquido turvo, do annexo direito, com destruição do ovario, adherente esta collecção ao recto e utero. Annexo esquerdo com signaes de inflammação antiga resfriada, formando um nodule frouxo, na pequena bacia. Appendice grande, duro, flexuoso. Utero em situação normal e não mantido por adherencias altas (ao contrario do que foi observado no caso do prof. Martim Gomes, ao fazer-se a hysterometria).

Technica operatoria: Laparotomia mediana infra-umbilical. Descolamento do tumor das adherencias com o utero e porção anterior do ligamento largo e ligamento redondo.

Encontrado um plano de clivagem na face anterior do tumor (que regulava o tamanho de uma laranja) foi pinçado seu pediculo e seccionado. A adherencia com o recto foi destruida a dedo, produzindo-se ruptura da serosa e descobrindo-se a musculosa. Com 2 pontos de catgut fino, foi suturada a serosa, juntando-se para reforço o appendice epiploico mais proximo. Extirpação do appendice, com invaginação do coto. Drenagem alta por dreno grosso de borracha.

SEQUENCIAS OPERATORIAS

Foram normaes, ficando a doente radicalmente curada. O fluxo menstrual reapareceu em meados de Junho, fazendo-se preceder de alguns disturbios, não tão intensos porém, como antes da operação.

COMMENTARIOS

Do caso observado, o maior ensinamento que pudemos tirar foi o seguinte: a grande desproporção entre os phenomenos apresentados pela doente no principio e pelos resultados dos exames praticados e, o estado relativamente bom dos órgãos pelvicos e a benignidade da intervenção depois de debellados os phenomenos de suppuração.

Era de esperar que, a symptomas tão alarmantes como os que citamos acima, correspondessem lesões tão graves, que iriam tornar difficil, sinão impossivel, o acto operatorio.

Para isso muito concorreram, na nossa opinião, o grande espaço de tempo que mediou entre a entrada da paciente e a intervenção, o longo repouso, a proteina — e a sôro-therapia anti-estreptococcica e a expressão abdomino-vaginal do tumor, feita para facilitar seu esvaziamento pelo recto e vagina.

Todos os signaes graves do inicio pareciam pedir a intervenção: a pressão exercida sobre o tumor que tomava quasi toda a pelvis, dava sahida pela vagina e pelo recto á grande quantidade de pús cremoso, amarello, denso, sem mixtura de nenhum liquido. Era evidente que havia uma enorme collecção purulenta na pelvis. Era tambem manifesto que esta collecção se esvasiava. E, como a doente tendia a melhorar, saltava uma conclusão clinica: Seria um erro operar então, era impor, á paciente, descabido risco, o risco de abrir o abdomen, para extirpar a collecção purulenta **communicando largamente** com o intestino, em que se esvasiava.

O estado ainda era grave; mas o maior perigo imminente que havia era o acto operatorio, si praticado de inopino. Só não seria perigosa a abertura e a drenagem do kysto purulento; mas tal intervenção, sobre illogica, seria contraproducente.

Deante da acuidade nas suppurações, a mão do circurgião só pôde tomar o bisturi quando tiver sido impotente para melhorar o estado geral, e diminuir os signaes de virulencia crescente.

— O tumor, que diminuia a medida que rareava a quantidade de pús diariamente delle expremida, tornou-se, nos ultimos dias quasi imperceptivel, mais ou menos a quarta parte do volume anterior.

A intervenção foi resolvida muitos dias depois que nada mais se conseguiu fazer surgir pela pressão.

Ora, é trivial na clinica assistir-se á cura de abcessos pelvicos que se rompem e se acompanham da quéda dos phenomenos agudos. No caso vertente, a restituição relativa dos órgãos pelvicos ao seu estado de integridade anterior é surprehendente, tão surprehendente, que só se pôde interpretar a evolução das lesões, a caminho da cura, admittindo, á vista do campo operatorio, duas causas:

1) Que havia uma collecção de parametrite suppurada, que se curou completamente, abrindo-se pelo trajecto fistuloso que occupava a séde anatomica onde tinha havido um cóllo uterino.

2) Que houve uma enorme **pyo-ovaro-salpinx**, que se abriu para o intestino e assim perdeu a infecção, tornando o seu pús aseptico, e mais tarde deixando o hydrosalpinx que foi extirpado no acto operatorio.

