CELULITE PELVICA E SIGMOIDITE HIPERPLASTICA

pelo

Dr. ARGEMIRO DORNELLES

Chefe de Clinica Ginecologica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre

No dia 25 de agosto de 1931, baixou á 3.ª enfermaria D. V., branca, brasileira, casada, multipara, de 39 anos. A paciente, que se apresenta extremamente magra e intoxicada, responde dificilmente ao interrogatorio clinico. Informa que deu entrada no Hospital por estar sofrendo de muitas dores no baixo ventre e de tenaz constipação intestinal. Conta que, ha oito semanas, lhe apareceu um tumor no ventre, acompanhado de dores e dificuldade de evacuar. Parece que teve febre. Obtem evacuações por meio de purgativos ou lavagens, mas á custa de muito sofrimento. Não tem vomitos. Nunca teve colite nem evacuou sangue.

Exame clinico: abdomen agudo, pulso filiforme, mole, toquicardico. Temperatura, 37°5. Pela palpação verifica-se a existencia dum tumor pelvico. irregular, resistente, extendendo-se em bloco pela fossa iliaca direita, hipogastrio e fossa iliaca esquerda, mais elevado nesta, onde atinge á altura da crista iliaca.

Percebem-se tambem, sob a parede abdominal, na fossa iliaca esquerda, dois nodulos tumorais, salientes, lembrando ganglios linfaticos hipertrofiados.

Exame ginecologico: colo grosso, duro; utero indelimitavel, continuando-se com os fundos de saco, resistentes, infiltrados, dolorosos. Metrorragia.

Dia 26 — Bexiga paralitica, retenção e dor no hipogastrio. *Exame de urina:* albumina — traços carregados; regular numero de hemacias; densidade — 1025,5, como elementos mais importantes. Reação Wassermann — negativa.

Desde o dia da entrada no serviço até 28 de setembro, data da primeira intervenção cirurgica, a terapeutica foi orientada no sentido de levantar as forças da paciente e combater os sintomas de obstrução intestinal. A temperatura da enferma elevou-se poucas vezes acima de 37°, pela tarde.

Como o seu estado geral houvesse melhorado ligeiramente, foi possivel obtermos mais alguns dados, que esclareceram a anamnese do caso.

D. V. relata que tivera 7 partos a termo, perdendo três filhos com menos de um ano de idade; informa que houve 8 abortos, dos quaes 6 espontaneos, entre o segundo e o terceiro mês de gestação. Dois dêstes abortos foram antes da primeira gestação a termo. Vai para dois anos, teve

o ultimo aborto, seguido de hemorragia e febre por muitos dias. Desde essa ocasião começou a sentir dores no ovario esquerdo. Ha um ano teve um ataque de anexite aguda, com febre, corrimento purulento e dores no ventre, começando a doença á esquerda. Esteve de cama mais de um mês. Depois dessa crise, desapareceu para sempre o corrimento, porêm tem sentido constantemente dores no ovario esquerdo e a menstruação é irregular e abundante, o que foi verificado ser exato durante os quatro meses de internamento no serviço.

Dia 28 de setembro: o tumor apresentava a linha limitante superior no centro e á direita em ponto equidistante entre a cicatriz umbelical e a sinfise pubiana, porêm sempre mais elevada na fossa iliaca esquerda, onde se mantinham sem modificação os nodulos tumorais paralelos á arcada crural. A paciente continua sofrendo fortes dores após ás evacuações, obtidas por lavagens intestinais ou purgativos.

O exame ginecologico mostra que a situação dos orgãos genitais internos e anexos não se modificou. Resolvemos intervir cirurgicamente, na esperança de drenar alguma coleção profunda.

E' feita a anestesia local da parede abdominal de modo a circunscrever os nodulos tumorais da fossa iliaca esquerda. Abertura dos diversos planos, seguindo uma linha paralela á arcada, comparavel á de Roux para a apendicite, descobrimento do peritoneo de sua aderencia com um tumor formado de tecido infiltrado, duro, fibroso, esbranquiçado. Incisada uma porção da superficie tumoral, caiu o bisturi numa pequena loja sem liquido mostrando que o tecido tumoral era de aspeto atoucinhado. Drenagem á gaze, na espetativa de escoamento de alguma coleção profunda, purulenta ou outra, o que não se verificou ao depois.

A paciente, que havia obtido ligeira melhora, voltou a sofrer mais fortemente, acentuando-se as dores da fossa iliaca esquerda e desenhando-se a dilatação e os movimentos das alças intestinais, acima do tumor.

A' vista dêstes sinais alarmantes de obstrução, resolvemos praticar uma laparatomia exploradora.

Dia 19 de outubro — Anestesia geral pelo éter. Laparotomia infraumbelical, mediana. Aberta a parede e peritoneo, encontrámos um grande bloco de aderencias, formado, na maior parte, pela alça sigmoide muito espessada e endurecida, de coloração rosea desmaiada, aderente ao utero e anexos e á longa porção do ileon. A parte livre dêste, logo acima das aderencias, estava dilatada numa extensão de, mais ou menos, um palmo. Com alguma dificuldade, conseguimos descolar o utero de suas conexões com a alça sigmoide.

As demais visceras formavam um novelo por meio de aderencias entre si. Verificámos que o meso-sigmoide apresentava a mesma infiltração dura, esbranquiçada, alongando-se do promontorio á parede posterior da pelvis. Notámos que a porção do tumor, que fôra incisada na operação anterior, era parte da parede da alça sigmoide. Como sangrassem as superficies descoladas entre o utero e o colon ileopelvico, deixámos um dreno a Mikulicz. Tomámos a porção dilatada do ileon e prendemo-la á parede, praticando um anus artificial.

Depois desta segunda intervenção, o estado da paciente apresentava-se melhor, graças ao desvio do transito intestinal, diminuindo as dores e fazendo desaparecer a intoxicação estercoral.

Entretanto, não progredindo francamente a convalescença da paciente, dez dias após á intervenção, requisitámos reações de Wassermann, Roffo e Botelho. A resposta do Laboratorio Geyer foi negativa.

Levando em conta os abortos espontaneos da paciente e os três filhos mortos na primeira infancia, resolvemos recorrer

á terapeutica tonica e especifica, apesar das duas reações de Wassermann negativas.

A enferma recebeu, em novembro, 8 injecções de arsaminol, de 5 c. c. Observamos grande melhora do estado geral e local. Prosseguimos o tratamento pelo arsaminol, em dezembro. D. V. recebeu mais 6 injeções de arsaminol — duas de 3 c.c. e 4 de 5 c.c. Acentuaram-se as melhoras. Restabeleceu-se o transito intestinal normal, fechando espontaneamente o anus artificial. O tumor ileo-pelvico parecia fundir-se.

D. V. deu alta do serviço a 1.° de janeiro de 1932, em animadoras condições de saude. O exame ginecologico ,nessa ocasião, mostrava o utero com alguma mobilidade e o retorno lento da elasticidade dos fundos de saco, percebendo-se, entretanto, á esquerda, na parede posterior da pelvis, através do fundo de saco vaginal, uma placa de celulite plastica.

Perdemos de vista a paciente até 3 de junho passado, quando conseguimos examiná-la novamente e colher novos dados para esta observação.

Conta D. V. que, no mês de janeiro, a menstruação ainda lhe apareceu duas vezes e com abundancia. Tambem teve uma evacuação com sangue — unica desse aspeto durante todo o tempo de sua enfermidade. Diz que gozou de boa saude até abril passado, quando adoeceu de uma infecção na perna esquerda, motivada por uma escoriação. Esteve de cama varios dias, com febre alta. Apareceu-lhe, em seguida, uma erupção pruriginosa nas duas pernas e nos antebraços, que tomou o aspeto de eczema seco, sobre fundo arroxeado.

A paciente abandonou o tratamento especifico desde que saíu do Hospital.

Reação de Wassermann e complementares: negativas.

Exame ginecologico: colo pequeno e duro; corpo do utero de tamanho normal, movel e duro; fundos de saco — elasticos, menos o lateral esquerdo, onde se nota a placa de celulite plastica que o traz aderido á parede posterior da pelvis.

D. V. está curada da prisão de ventre e não tem sentido dores nos ovarios. A menstruação tem sido regular nestes ultimos cinco meses. Em janeiro, foi menstruada duas vezes, com intervalo de 15 dias.

Dia 23 de junho: D. V. fez a ultima injeção de uma serie de 10, de Thiobi.

R. Wassermann e complementares — negativas.

Exame radiologico — praticado pelo Dr. Nestor Barbosa, após clister baritado, mostra que o reto, alça sigmoide, colon ascendente e transverso são normais quanto á forma, mobilidade e posição.

Dia 5/7/1932: D. V. está na 6.ª injeção de Lipocarbisan. Queixa-se de dores de cabeça, vesperais e matinais, dores osseas e articulares.

Exame ginecologico: o anexo esquerdo está solto, mas ainda se nota a placa de infiltração dura na parede posterior da pelvis.

O exame do aparelho respiratorio nada indica de anormal. Ha, entretanto, sinais semiologicos de aortite.

O interesse da presente observação não decorre tão somente das dificuldades do diagnostico como da conduta clinica consequente a êle. E' evidente que, ao lado da causa patologica local, determinada imediatamente pelos numerosos abortos da paciente, sendo o ultimo acompanhado de infecção, além do ataque de anexite aguda que diz ter ela sofrido alguns meses antes de ser internada no serviço de ginecologia, é evidente, diziamos, que existe uma intoxicação de ordem geral e cronica causando aqueles abortos e determinando o aspeto especial da sigmoidite hiperplastica encontrada na laparatomia.

Não cremos, por isso, que se possa atribuir toda a fenomenologia do caso á infecção parametritica, propagada aos mesos e

á sigmoide. Não existiram, tambem, outras causas locais como colite ou prisão de ventre habitual, se é que esta tem algum valor etiologico.

Apesar das quatro Reações de Wassermann e complementares negativas, pensamos que não poderemos despresar a sifilis como fator causal principal da segmoidite hiperplastica. Os numerosos abortos da paciente e os esplendidos resultados obtidos com o tratamento especifico, falam bem em favor daquela hipotese.

Os dados clinicos posteriores, completando a observação, desde que D. V. deu alta do Hospital até á presente data, reforçam aquele modo de ver e tornam esta observação muito curiosa, dada a pouca frequencia da localização da sifilis na alça sigmoide.