

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

Orgão da Sociedade de Medicina de Porto Alegre

DR. MARIO TOTTA

Prof. da Faculdade de Medicina

COMISSÃO DE REVISTA:

DR. DECIO MARTINS COSTA

Do Hosp. São Francisco

SECRETARIO DA REDAÇÃO:

DR. LEONIDAS SOARES MACHADO

Da Diretoria de Higiene

DR. WALDEMAR JOB

Do Hosp. São Pedro

EXPEDIENTE: A correspondencia deverá ser dirigida para a caixa do correio n.º 872

VENTRE AGUDO EM GINECOLOGIA

(Considerações em torno de alguns casos)

por

HUBERTO WALLAU

Cirurgião da Santa Casa

As crises abdominaes agudas são relativamente frequentes em ginecologia. Todos os órgãos que mais de perto interessam ao ginecologista, podem apresentar afecções agudas, que requerem intervenção cirurgica imediata. Reconhecer exatamente estes syndromas, pela avaliação cuidadosa dos seus sinais clinicos, é o nosso dever primordial. A mortalidade está na razão inversa da precocidade da intervenção.

Na pratica diaria não ha situação mais dramatica do que a desencadeada pelas afecções agudas do abdomen, exigindo do medico, cioso de sua responsabilidade, o mais agudo senso de analise e a mais pronta e decidida indicação.

Nesta situação, cada hora que passa tem importancia grande: "entre a hora do começo da molestia e a hora da morte, o tempo é tão curto, que não se póde contar com uma observação demorada", diz Mondor. Esses doentes devem ser observados de hora em hora — cada hora que passa agrava a molestia e faz perder um tempo precioso, que não mais se póde recuperar. E' preferivel abrir um ventre tão sómente com o diagnostico de abdomen agudo a esperar algumas horas para fazer, com os elementos que então aparecem e que não são senão sinaes de agravação da molestia, um diagnostico exacto.

Nestas ocasiões sómente os sinais clinicos bem controlados e bem apreciados nos poderão servir, pois raramente poderemos assumir a responsabilidade de esperar os resultados de exames complementares de Laboratorio ou de Raios X. E naqueles mesmo, não é o numero que deve impressionar, mas sim a qualidade. "Não devem ser contados, mas sim pesados", diz Mondor.

Si bem que nem todas as afecções ginecologicas tenham os seus caracteres proprios, ha alguns sinais que nos podem orientar com segurança. Assim, na anamnese, não devemos descurar de nos orientar seguramente sobre afecções anteriores do aparelho genital, sobre a marcha da ultima menstruação e seus caracteres; no exame da temperatura devemos sempre tomar a axilar e a vaginal, pois, grande disparidade entre elas, sempre é indicio de uma afecção genital aguda.

A localização da dôr é outro elemento de valor, nas afecções ginecologicas ela é sempre no baixo ventre. Em todas as outras afecções abdominaes de começo violento, a séde primitiva da dôr está longe da pequena bacia.

O toque vaginal ou sua combinação com a palpação abdominal é que nos fornece a maior cópia de sinais, orientando-nos seguramente no diagnostico. Ha mesmo um sinal revelado pelo toque, "o grito do Douglas", que é tido por alguns como

patognomônico da gravidez ectópica rompida. Naturalmente, todos os outros sintomas habituais de ventre agudo, tais como o pulso, a temperatura, a pressão arterial, as alterações do fômites e do estado geral, e principalmente a contração, devem merecer a nossa cuidadosa atenção, e se o balanço dos sinais apresentados pela paciente não conduz ao diagnóstico exato, será suficiente para nos levar à indicação operatoria, única capaz de preservar a grande maioria das doentes, de uma morte certa.

Dos exames de laboratório, quando ha tempo para praticá-los, somente a fórmula leucocitária e a velocidade de sedimentação das hemácias nos interessam, sem, entretanto, serem característicos para as afecções ginecológicas, tendo sempre, apenas, um valor relativo.

Tivemos ensejo de operar, nos últimos anos, uma grande série de afecções agudas ginecológicas. Estas e os casos em que servimos como auxiliar, vão prestar-se para os nossos comentários. Assim, revendo nossas notas, encontramos cerca de 20 casos de ruptura de gravidez extra-uterina, 2 casos de torção de pedículo de quisto do ovário, 2 casos de hemorragia intra-abdominal abundante, um determinado pela ruptura de folículo maduro e outro pela ruptura de corpo amarelo quístico, 2 casos de ruptura e um de perfuração de piosalpinx e um caso de peritonite generalizada primitiva, provavelmente de origem gonocócica.

HEMORRAGIAS INTRAPERITONEAIS

A causa mais frequente das hemorragias intraperitoneais é a ruptura de uma gravidez ectópica.

Quando o acidente se faz acompanhar com todo o seu cortejo sintomático, o diagnóstico é fácil e um rápido exame associado a um ligeiro interrogatório é suficiente para esclarecer a situação; assim aconteceu no último caso por nós operado, com pleno sucesso, em companhia do Dr. Enio Marsiaj. Tratava-se de uma mulher de vinte e poucos anos que, pelas 19½ horas sentira uma dor violenta no baixo ventre, seguida de perda de sentidos. Pelas 21 horas examinamos a paciente e a encontramos extremamente palida, com mucosas descoradas, dilatação das pupilas, suores frios, profusos, pulso de 130, pequeno, fugidio, dor generalizada em todo o ventre, principalmente na fossa ilíaca esquerda, ligeiro meteorismo, matidez nos flancos, ausência de con-

tração. Pelo interrogatório sabemos que a paciente se sentira grávida ha cerca de dois meses. Com estes elementos fácil nos foi o diagnóstico, confirmado pela intervenção imediatamente praticada.

Nem sempre, porém, os casos se apresentam com uma sintomatologia tão impressionante, sendo necessário uma pesquisa atenta de uma série de sinais.

Em primeiro lugar, devemos proceder a um interrogatório preciso sobre a menstruação, que é modificada na sua data de aparição, qualidade, quantidade e duração.

Quanto à sua aparição, ha, em geral, um pequeno retardamento; a qualidade do sangue é modificada, sendo escuro, cor de chocolate ou sépia; a quantidade é em geral diminuída e sua duração mais prolongada.

Entretanto, esses sinais podem faltar ou passarem despercebidos a doentes que sofrem de irregularidades menstruais.

O pulso é, em geral, rápido, às vezes inconstante ou mesmo imperceptível. Entretanto, outras doentes, apesar da hemorragia abundante, guardam um pulso bem batido e normal. Metzger apresentou três observações onde o pulso era de 60 — 70 — 72, e Mirto relatou um caso de hemorragia cataclísmica com pulso de 45. Nos casos por mim vistos, sempre o senti acelerado, salvo numa paciente na qual era normal, mas nessa a hemorragia era pequena.

A temperatura, em geral, não sofre alteração ou abaixa alguns décimos; é clássico dizer-se que na ectópica rompida não ha temperatura, mas às vezes, e eu já observei dois casos, se verifica, nas horas que seguem ao acidente, elevação de temperatura a 39 e mesmo 40 graus, e isto na ausência de qualquer fenómeno séptico. Ao que parece, a única causa desta temperatura é a reabsorção massiva do sangue derramado. É preciso ter bem presente que a temperatura se eleva nas horas que se seguem ao acidente e não imediatamente.

A dor tem, habitualmente, a sua sede no baixo ventre; é intensa e acusada por todas as partes; ha rápida irradiação para todo o ventre, principalmente para as regiões lombar e epigástrica. A dor em barra, no epigástrico, chamada sinal de Laffont, é considerada por alguns como manifestação de hemorragia intraperitoneal importante, tendo passado a esfera da pequena bacia.

É necessário diferenciar a dor pélvica primitiva da ruptura da dor tardia elevada, traduzindo um derrame supramesocólico e

uma irritação nos nervos sensíveis do frenico.

Esta dôr tardia elevada se manifesta, quasi sempre, após a dôr pelvica. Pôde aparecer nos minutos que seguem esta dôr pelvica, porém, mais frequentemente se manifesta duas ou tres horas após. Sua precocidade é função de intensidade da hemorragia. "E' ela o grito de alarme que comanda a intervenção imediata" (Laffont). Em grande numero das minhas operadas pude constatar a veracidade desta asserção.

A palidez só é ausente nas pequenas hemorragias, mas a tendencia sincopal é presente na maioria dos casos.

O ventre é móle, depressivel, apesar da dôr, havendo nos derrames regulares, matidez nos flancos. A contratura nunca é presente.

O toque vaginal é quasi sempre doloroso e dá frequentemente uma sensação aveludada, imprecisa, de massa mole no Douglas. Mas encontramos por esta manobra um elemento essencial para o diagnostico "o grito de Douglas", sinal mais a miudo observado e mesmo patognomônico para alguns autores. Seu autor, Proust, assim diz: "E' um sinal que não engana e que é capital porque é constante; si fizerdes o toque vaginal, a palpação profunda do fundo do saco de Douglas e, sobretudo, a palpação dos fundos de saco vaginal, não encontrareis coleção, porque o sangue liquido não pôde ser percebido pelo dedo, mas determinareis um reflexo de Douglas, uma sensibilidade esquisita que, mesmo na mulher em syncope, provoca uma dôr intensa, da qual se queixa".

Dou a este sinal grande valor, pois sempre o encontrei nos meus casos, principalmente num em que fui chamado cerca de uma hora após o inicio da dôr; esta fôra fraca e localizada na fossa iliaca direita. A temperatura e o pulso eram normais. A' palpação do ventre, encontrámos dôr fraca um pouco abaixo do ponto de Mac Burney, mas fazendo o toque encontrámos nitidamente o sinal de Proust que, aliado a um pequeno retardamento de regras, nos fez firmar o diagnostico de tubaria rompida, diagnostico este que foi ratificado pela intervenção imediata.

Os sinais de Cullen e o de Piscasek são muito inconstantes; nunca os verifiquei até agora. O primeiro se traduz por uma coloração azulada do umbigo e o segundo se manifesta por tenesmo vesical e retal.

Não é difficil, a meu vêr, o diagnostico

diferencial da extra rompida com a apendicite aguda ou com os outros syndromas pelvicos agudos. Na ectopica sempre predominam os sinais de hemorragia interna, **que faltam nas outras afecções**, e, se alguma duvida persistir, deve recorrer-se a uma manobra simples e inofensiva: a punção do Douglas que, quando positiva, trará absoluta certeza ao diagnostico.

Sou dos que não admitem demora na intervenção, uma vez diagnosticada a ectopica ou seu acidente. Tenho esta convicção desde o meu tempo de estudante, quando vi se salvarem duas doentes operadas pelo Dr. Moisés e que foram para a mesa quasi sem pulso. Da protelação só tenho visto resultar prejuizos graves e mesmo dois casos fatais, um ha cerca de dois anos, em que o diagnostico e a indicação da intervenção imediata foram feitos pelo Dr. Octavio, mas por desidia do marido, a paciente só foi operada 4 ou 5 dias mais tarde, já em plena peritonite; outro operado pelo Dr. Bruno Marsiaj, no decimo terceiro dia após o accidente, numa paciente que fôra acompanhada por um medico estrangeiro, desde o primeiro dia, e que aconselhava esperar mais um pouco.

Não ha, a meu vêr, razão que justifique a protelação, pois, si numa hemorragia externa procuramos jugular imediatamente a sua causa, numa hemorragia interna, com mais forte razão, devemos intervir, visto ignorarmos o calibre do vaso que sangra.

O argumento mais forte atirado contra a intervenção imediata é o estado de choque peritoneal; ora, sabemos que ele pôde ser devido á presença do sangue e muitas vezes vimos doentes melhorarem consideravelmente após a retirada deste.

Além disto, a diferença entre o choque peritoneal e a anemia é sutil e não ha, a meu ver, criterio seguro, para distinguir estes dois estados, associados como estão, numa mesma doente.

A operação deve ser conduzida o mais rapidamente possivel, estando a doente em posição de Tredelemburg. Limitamo-nos em todos os nossos casos, salvo num em que o excelente estado da paciente permitiu a apendicectomia, á castração ou salpingectomia unilateral, rapida retirada dos coagulos maiores e drenagem do ventre com tubo de borracha.

Julgamos a drenagem indispensavel nas grandes hemorragias, pois tememos que o sangue aí retido se torne um excelente meio de cultura.

Além disto a reabsorção massiça de sangue pôde determinar graves acidentes.

O tratamento post-operatorio será o de todas as hemorragias graves — sôro, subcutanea ou intravenosamente, e, si possível, transfusão.

RUTURAS DO FOLICULO OU DE CORPO AMARELO QUISTICO

Além dos accidentes da gravidez ectopica ha uma outra fórmula de hemorragia intraperitoneal que deve merecer a nossa atenção apesar de bastante rara: é a hemorragia intraperitoneal pela rutura de foliculo ou de corpo amarelo quistico. No momento da rutura dum foliculo ha ordinariamente um pequeno escoamento de sangue no ventre, mas em certas circumstancias ainda não positivamente determinadas, acreditando alguns autores serem devido á alteração dos vasos da téca interna ou grande desenvolvimento deles pelo retardamento da postura, este derrame pôde ser consideravel, atingindo a meio litro e mais. Ha mesmo dois casos fataes descritos na literatura. Em geral estas hemorragias provocam uma sintomatologia discreta: dôr aguda no baixo ventre, á direita, ligeira defesa, aceleração do pulso, sem grande alteração da temperatura. A localização da dôr é interessante, mesmo quando a hemorragia provém de foliculo do ovario esquerdo a dôr se manifesta á direita, por isto a afecção sempre foi confundida com a apendicite aguda nas solteiras e com a gravidez ectopica rompida nas casadas. E' uma afecção rara, tivemos ensejo de observar até agora sómente dois casos deste genero. Ambos foram operados pelo Dr. Moysés com o nosso auxilio. No primeiro tratava-se de uma rutura de corpo amarelo quistico, no segundo de uma rutura de foliculo maduro. Ambas as doentes foram operadas com diagnostico de apendicite aguda. No primeiro um estudo atento do caso talvez podesse ter induzido ao diagnostico certo, mas no segundo a sintomatologia discreta apresentada pela paciente tornava, a nosso entender, o diagnostico exáto impossivel.

Descreverei abaixo resumidamente os dois casos:

I CASO. L., solteira, de 23 anos, sentiu, bruscamente, uma dôr aguda no baixo ventre. Remetida para o hospital, poucas horas após, apresentava o seguinte quadro: pulso 130, temperatura 36,8. Palidez, des-

coramento das mucosas, ventre mole, levemente distendido, dôr á palpação principalmente no ponto de Mac Burney. Aberto o peritoneo encontramos um grande derrame sanguineo proveniente de rutura extensa, de cerca de 2 cm num corpo amarelo quistico, estando o ovario aumentado de volume, sendo a sua coloração quasi uniformemente amarela. Foi praticada rapida ablação dos anexos direitos e do apendice, que apresentava lesões cronicas. Drenagem do ventre com tubo de borracha. Cura em doze dias, sem incidentes.

II CASO: N. N., sentiu, pelas dez horas da noite, forte dôr no baixo ventre á direita. Chamado o Dr. Octavio de Souza, este diagnosticou uma apendicite aguda. adiando, entretanto, a intervenção para a manhã seguinte, dado o excelente estado geral da paciente.

Esta apresentava, ao entrar no hospital, pelas 8 horas da manhã, o seguinte quadro: bom estado geral, pulso 104, temperatura axilar 37,5, dôr leve no ponto de Mac Burney, ligeira defesa muscular á direita. Aberto o peritoneo, encontrámos cerca de 200 cc de sangue liquido provenientes de rutura de foliculo do ovario direito. O apendice parecia macroscopicamente são. Ablação dos anexos direitos e do apendice. Alta curada no 11.º dia.

Um interrogatorio posterior á intervenção nos mostrou que a rutura se dêra no 14.º dia após a ultima regra. Esta informação está de acôrdo com os dados de fisiologia atuaes do ovario, pois se sabe que a rutura do foliculo maduro se dá, geralmente do 8.º ao 16.º dia após a ultima regra. Procurando orientar-me melhor sobre o diagnostico e a etiologia destes casos, procurei a literatura ao meu alcance, não encontrando sinão ligeiras notas e citações de casos esparsos nas revistas de cirurgia. Quanto á sua etiologia Forsner acha que sempre é a gravidez ectópica que determina estes accidentes; ora nos dois casos por nós observados esta hipótese pôde ser afastada com toda a segurança e em observações com estudos histologicos, lidas por mim, os seus autores chegam á mesma conclusão. As causas geralmente apontadas são o levantamento de peso, os traumatismos dirétos, os esforços de defecação, a cópula e a erosão de vasos calibrosos no momento da postura ovular.

Quanto ao diagnostico ha acôrdo entre os autores, todos acham o diagnostico differencial com a apendicite aguda muito di-

fácil, declarando mesmo Boss e Euch ser impossível por não existirem sinais clínicos suficientes para distinguir essas duas afecções. Hermann conseguiu reunir na literatura 89 casos e em todos eles o diagnostico foi feito durante a intervenção. Estas considerações dispensam maiores detalhes para provar a extrema dificuldade deste diagnostico. O tratamento é simples. Nos casos de ruptura de corpos amarelos quísticos deve-se sempre fazer a ablação do ovario atingido e nos casos de ruptura de folículo, quando o caso se mostra favorável, a ressecção em cunha da parte doente é aconselhada pela maioria dos autores. Como já dissemos, esta afecção sempre é confundida com a apendicite aguda, logo se opera com a incisão á direita. Verificado o erro esta incisão dá luz suficiente nos casos de hemorragia proveniente do ovario direito, nos outros é necessario prolongar a incisão para baixo e para dentro no sentido da incisão alta de Pfannenstiel.

TORSÃO DE PEDICULO DE QUISTO DE OVARIO

Das complicações de quisto de ovario, a torsão do pediculo é o accidente mais frequente e mais bem estudado. Seu diagnostico é fácil quando anteriormente já se conhece a existencia do tumor, mas quando este foi de evolução silenciosa e sendo a doente examinada algumas horas após o accidente, o diagnostico é bem difficil, sabendo-se que nesta afecção há, segundo Mondor, uma mistura de sinais de hemorragia interna, de reação peritoneal e de ileos.

O sinal capital é a percepção do tumor, com os caracteristicos habituaes do quisto do ovario e que repentinamente se tornou menos movel e extremamente doloroso, aliado a phenomenos geraes: alteração do facies, do pulso, com vomitos precoces e meteorismo.

O toque vaginal combinado com a palpação pôde completar o diagnostico. Além destes ha tres outros que estão descritos nos livros mas que raramente são encontrados: 1.º o atrito de bola de neve, descrito pelos alemães e produzido pelo atrito do tumor na serosa peritoneal; 2.º o sinal de Mòuls: na ausculta e palpação do tumor, ha um sopro sistolico, sincronico á pulsação arterial e que se acompanha de uma ondulação em massa do tumor; é necessario, entretanto, que as arterias tenham ficado permeaveis, estando as veias esmagadas pelo tu-

mor para que se perceba este sinal; 3.º o sinal de Warnek: a percepção de um cordão duro ligando o tumor ao utero e sentido pelo toque combinado.

Descrevem-se, habitualmente, tres formas clinicas:

1.º) — a forma pseudo-oclusiva, com os sinais capitaes: vomitos e paralização das fezes e gazes;

2.º) — a forma pseudo-peritonitica: vomitos porraceos precoces, alteração do facies, paralisia intestinal, contratura da parede, hiperestesia;

3.º) — a forma cataclismica de Lejars: dôr atroz no baixo ventre, palidez, pulso rapido, syncope.

Duas vezes operamos doentes portadoras desta afecção; no primeiro caso fomos chamados á noite para o hospital e encontramos em presença de um quadro típico de oclusão intestinal: pulso rapido, dôr abdominal aguda, parada completa da emissão de gazes e fezes; meteorismo. A anamnese em nada nos orientou quanto á lesão, informando a paciente apenas que anteriormente nada sentia, tendo o accidente começado ha poucas horas por uma dôr aguda no baixo ventre. Em presença de tal quadro pensámos numa oclusão intestinal e por ter a dôr iniciado no baixo ventre praticamos uma laparotomia infra-umbelical, encontrando um quisto do ovario esquerdo com pediculo torcido. Posteriormente soubemos que o dr. Pitta Pinheiro nos remettera a paciente com o diagnostico exato.

No segundo caso o diagnostico foi facil, a torsão se deu na nossa enfermaria. A paciente, grávida de tres meses, baixára á enfermaria apresentando os sinais habituaes de quisto do ovario. Na madrugada do dia escolhido para a intervenção, sentiu uma dôr violenta no baixo ventre logo seguida de vomitos e mal estar. Pelo exame verificamos que o quisto até então indolor e movel, se tornára extremamente doloroso e perdera parte de sua mobilidade. Na intervenção praticada imediatamente encontramos o pediculo do quisto torcido duas vezes, completamente. A parede interna do quisto apresentava pequenas hemorragias. A doente sarou em poucos dias, não havendo perturbações na marcha da gravidez que seguiu o seu curso normal, o que, aliás, é regra nestes casos em que a operação é precoce.

As intervenções geralmente são facéis e pôdem ser conduzidas rapidamente, pois sómente os quistos de pediculo longo e sem

velmente. Sabado, 22 de agosto, a paciente aderencias aos órgãos visinhos é que apresentam esta complicação.

A ablação precoce do quisto deve ser a regra, pois o quisto torcido e abandonado a si mesmo, se necrosa e rompe, falecendo a paciente em poucas horas, por peritonite.

PERFURAÇÃO E RUTURAS DE PIOSALPINX

A perfuração ou rutura da trompa doente é um acidente terrível e que ternima quasi fatalmente pela morte, caso não se intervenha imediatamente. Lenormant e outros insistem sobre a diferença entre a perfuração — resultado final de um processo inflammatorio com esfacelo da parede tubaria por placa gangrenosa e a rutura — resultado de um traumatismo ou rutura por superdistensão. E' um acidente felizmente raro e que se anuncia por meio de uma dôr subita no baixo ventre que rapidamente se generaliza, instalando-se imediatamente o quadro de uma peritonite por perfuração: dôr no ventre, contratura, meteorismo, alterações graves do facies, da temperatura e do pulso, vomitos.

O diagnostico de peritonite não oferece difficuldades, entretanto o reconhecimento do ponto de partida é difficil como em todas as peritonites por perfuração. A noção da existencia de uma anexite supurada anterior, os comemorativos poderão encaminhar o diagnostico. A dôr tem sua séde no baixo ventre. O toque vaginal nos fornece alguns esclarecimentos, dando-nos, apesar da dôr e da contratura, indicios de massas justauterinas; ele é extremamente doloroso. A anamnese cuidadosa que, permitindo eliminar as outras causas de peritonite, fóra da esfera genital, nos auxilia o diagnostico.

Tres vezes intervim por este accidente, conseguindo salvar duas pacientes.

No primeiro tratava-se de uma mulher de 35 anos, que fóra enviada ao hospital com o diagnostico de apendicite aguda. Referiu-me ser portadora de uma anexite dupla, tendo tido já algumas crises agudas, nenhuma entretanto, tão intensa nem de começo tão subito como a presente. Seu aspéto era o habitual nas peritonites generalizadas: facies palido, ancioso. Pulso 130, temperatura axilar 39,5. Ventre distendido, muito doloroso, com maximo de dôr na fossa iliaca direita. Defesa generalizada. Vomitos de côr escura. O toque vaginal doloroso, não permitindo sentirmos exatamente lesões anexiaes.

Principalmente pelas informações da existencia anterior de crises anexiaes, puz em duvida o diagnostico do colega, pensando antes numa rutura de piosalpinx. Efetivamente, na intervenção, encontrei a trompa direita do tamanho de um punho, apresentando uma rutura de cerca de um centimetro, proxima ao istmo, donde se escoava pús fluido.

Havia pús livre na cavidade abdominal e placas de peritonite em diversas alças. Pratiquei a ablação da trompa direita, drenando o ventre com grosso tubo de borraça. A paciente teve alta vinte dias após a intervenção.

No segundo caso a doente chegou ao hospital em pessimas condições. Intervim com o diagnostico de peritonite generalizada, encontrando uma rutura da trompa esquerda. Pratiquei uma salpingectomia esquerda, drenando o ventre com um largo Mikulicks. A paciente faleceu no dia imediato.

No terceiro caso operei no dia 26-VIII com o auxilio do dr. Manoel Loforte Gonçalves que teve a gentileza de nos fornecer a observação por ele feita, relativamente ao caso, até a entrada da paciente no hospital e que passo a transcrever:

Clara de R., 31 anos. Branca. Casada. Deste Estado.

Antecedentes morbidos familiares: Pae e um irmão mortos por tuberculose pulmonar.

Antecedentes pessoaes: Não tem filhos. Foi regrada aos treze anos. Suas regras, que se prolongavam sempre até dez dias, eram muito dolorosas. Além das molestias comuns da infancia, a paciente informa que ha cinco anos teve um aborto, necessitando, nessa ocasião, ser curetada. Daí para cá teve sempre um forte corrimento vaginal, amarelo esverdeado, muito fetido, que a fez vir ao nosso consultorio, ha trez mêses.

Observamos tratar-se de um metrite gonococica com provavel anexite direita (a fossa iliaca era dolorosa). O exame microscopico da secreção uterina, vaginal e da retirada por expressão das glandulas vulvo-vaginaes, confirmou a origem gonococica. Foi-lhe instituida a medicação apropriada (vacina, lavagens, diatermia). Recomendamos ainda o uso de oleo de figado de bacalháu e lhe fizemos injeções de sôro lipotonico feminino por estar muito magra e se sentir muito nervosa. A doente engordou e seu corrimento diminuiu considera-

não compareceu ao consultorio por lhe terem aparecido as regras, que, como era costume, lhe provocaram muitas dôres uterinas. A 23 as dôres se exacerbaram para melhorarem a 24. A 25 sentiu novamente fortes dôres que se localizaram na fossa ilíaca direita, mas que, assim mesmo, lhe permitiram a sua ida ao consultorio. Examinada, observamos que havia leve reação abdominal á direita e que o fundo do saco direito estava cheio. As regras eram abundantísimas. Recomendamos repouso ao leito, bolsa de gelo, por não se querer recolher ao hospital. A 26 fomos chamados de noite, tendo encontrado a paciente com um ventre timpanico, temperatura de 37,5, forte reação abdominal direita, soluços e facies peritoneal. Recomendamos, então, baixar ao hospital, o que foi feito minutos após.

De chegada ao hospital foi a paciente por nós examinada, verificando-se: pulso 109, temperatura axilar, 38,9. Facies abatido, peritoneal. Mucosas descoradas. Ventre doloroso, com maximo de dôr na fossa ilíaca direita, onde havia hiperestesia cutânea. Contratura. Leve meteorismo. Não havia vomitos nem soluços. Pelo toque encontramos os fundos de saco dolorosos, estando principalmente o esquerdo entumescido. O utero, levemente aumentado de volume, estava fixo por massas anexiaes, perfeitamente perceptíveis. A tentativa de mobilização do utero era extremamente dolorosa para a paciente. Deante desta sintomatologia, firmamos o diagnóstico de ruptura de trompa e operamos imediatamente. Aberto o peritoneo, encontramos as alças intestinaes distendidas e pús livre no ventre. Sobre a parte média do apêndice encontramos uma grande placa. Julgando ter errado o diagnostico fizemos a ablação do apêndice. Continuando a nossa exploração, verificámos que o utero, aumentado de volume, era ladeado pelas trompas, em fôrma de retorta, e cheias de pús, apresentando á direita uma perfuração pequena, donde se escoava pús fluido de côr amarelada. Praticámos salpingectomia direita, drenando o ventre com dois tubos de borracha e uma mecha de gaze. A paciente teve alta, curada, no dia 9 de Setembro, não tendo apresentado, no periodo post-operatorio, acidente digno de nota.

Dada a extrema gravidade desta afecção, a intervenção deve ser conduzida rapidamente, limitando-se o operador á ablação da trompa atingida e ampla drenagem com tubo de borracha ou saco de Mikulicks,

de acôrdo com as suas inclinações particulares.

Apezar de sabermos que, teoricamente, a histerectomia sub-total com ablação dos anexos seria a operação mais satisfatoria, limitámo-nos, nos casos por nós operados, á ablação da trompa atingida e ampla drenagem. Assim procedemos, para abreviarmos o choque operatorio em doentes já tão seriamente ameaçadas pela peritonite.

AS PERITONITES AGUDAS GENERALIZADAS PRIMITIVAS

Essas peritonites são raras, necessitando sua eclosão o concurso de fatores patogenicos especiaes e que são: uma grande virulencia de germen — habitualmente o gonococo — e integridade absoluta do aparelho tubario, com permeabilidade dos dois crificios. Nestes casos as doentes apresentam o sindroma tipico da peritonite aguda generalizada. O começo é brutal, marcado por uma dôr violenta no baixo ventre. A difusão da dôr a todo o abdome é rapida, acusando a paciente este sintoma de uma maneira muito intensa. O facies é caracteristico: nariz afilado, traços estirados, coloração ligeiramente plumbea, olhos escavados; a temperatura é elevada entre 39 e 40 gráus, acompanhando-se de calefrios e suores profusos. O pulso é de 120 a 140, pequeno, filiforme, rapido e de baixa tensão. A respiração é curta e superficial. Os vomitos são frequentes e precoces. O ventre meteorizado, hipersensível em toda sua extensão, estando os musculos contraidos. Esses sintomas têm tendencia a se exagerarem á medida que as horas passam. Em presença de tal quadro pensa-se necessariamente numa peritonite generalizada, mas sua origem pode levantar duvidas e causar frequentes erros de interpretação.

O diagnostico exato é difficil, muito difficil mesmo; no mais das vezes intervem-se pensando numa perfuração apendicular, não se verificando a origem tubaria senão á abertura do ventre. As perfurações do estomago apresentam um quadro clinico semelhante, sendo muitas vezes difficil á doente precisar, poucas horas após o drama da perfuração, os detalhes do principio. Certamente, numa doente cujos antecedentes gastricos accusam fenomenos dolorosos ou hemorragicos, o diagnostico é facil, mas a hesitação é permitida e o erro excusavel em presença de uma doente em que tudo nos faz pensar numa peritonite difusa sem

que nada venha precisar a origem. Aqui se impõe a laparotomia que cortará a questão. Ao lado das afecções do tubo digestivo pôde apresentar-se á confusão um bom numero de accidentes agudos que se desenvolvem no tractus genital feminino. Entre eles, está em primeiro lugar a gravidez ectópica. Entretanto, a riqueza dos sintomas particulares é grande e além disto devemos procurar com cuidado os pequenos sinâes que acompanham esta afecção.

A ausencia de temperatura é classica na gravidez tubaria rompida, sendo os phenomenos peritoneaes sempre menos intensos, menos brutaes e melhor localizados.

Antes de tudo, pensa-se numa apendicite aguda perforada. Será conveniente procurar o começo das dôres no ponto de Mac-Burney e inquirir sobre a existencia de dôres anteriores. Mas na falta de outros sintomas o diagnostico pôde ficar exitante. A pesquisa de corrimentos é frequentemente negativa. A infecção, principalmente a gonococica, pôde, clinicamente, passar despercebida, quando a peritonite já está em plena evolução, sendo isto explicado pelos tres fâtores patogenicos a que acima alludi

O toque vaginal é negativo, encontrando-se apenas uma sensibilidade exagerada no fundo do saco de Douglas, sinál habitual em todas as peritonites, dando nas outras afecções ricos informes á solução do caso.

Nas salpingites agudas com pelvoperitonite, o processo é menos brutal, não se observando invasão da grande cavidade; o processo todo se limita á pequena bacia.

O tratamento destas peritonites é ainda bastante discutido. Querem alguns a abstenção operatoria com tratamento medico, outros a salpingectomia dupla, sendo outros favoraveis á simples drenagem.

No caso que observamos e no qual intervimos com o diagnostico de apendicite aguda perforada, limitâmo-nos, uma vez reconhecida a origem tubaria da peritonite, á drenagem com grosso tubo de borracha, conseguindo salvar a paciente sem lhe tirar a possibilidade de fecundação.

Tratava-se de uma moça de 24 anos e que baixou á enfermaria com o quadro completo de peritonite generalizada. O inicio da dôr fôra á esquerda e por isso praticamos uma laparotomia mediana, apesar de nos inclinarmos mais para o diagnostico de apendicite perforada. Encontramos as duas

trompas ligeiramente aumentadas de volume, deixando sair, pela pressão, gotas de pús amarelado. O apendice não apresentava lesões que justificassem tal quadro. Com a simples drenagem obtive a cura da paciente em dezoito dias.

Essas são as considerações que me sugeriram os casos por mim observados. Si nalgum, pela cópia dos sinâes observados, fiz o diagnostico exáto, noutros sómente o fiz durante a intervenção.

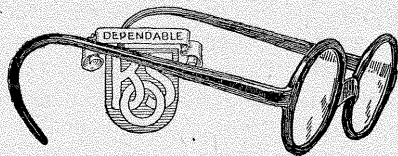
Aliás, em cirurgia geral como em Ginecologia, penso que a preocupação do clinico não deve ser o diagnostico exáto, mas sim o reconhecimento precoce do syndroma agudo, que, por si só, é suficiente para a indicação operatoria.

Quanto mais precocemente o reconhecermos, quanto mais cedo intervirmos, mais sucessos teremos e se, por circumstancias não conseguirmos curar a paciente, teremos a consciencia tranquila de bem termos cumprido o nosso dever, tudo tendo empenhado para salvarmos as nossas doentes, agindo como verdadeiros cirurgiões.

Optica Moderna FOERNGES IRMÃOS

Andradas 1504 Porto Alegre

Especialistas no preparo das lentes recebidas pelos snrs. Medicos-oculistas



Completo sortimento de

Lentes Bi-Focaes que combinam dous fôcos em uma só lente; um para longe e outro para perto.

Lentes Zeiss-Punktal que produzem imagens nitidas em todas as direcções que se olhe.

Lentes Crookes que eliminam praticamente os raios Ultra-Violeta e reduzem a intensidade da luz.

Termômetros Casella - Olhos artificiaes