

Estado atual do tratamento da Cervicite

por

Gradique Corrêa Gomes

Cervicite é a inflamação do segmento vaginal do utero. O processo pôde atingir a superfície ou a espessura da cervice, ou então pôde localizar-se no proprio canal cervical, falando-se neste caso em endo-cervicite. As lesões da endo-cervicite limitam-se ao canal intra cervical, não havendo manifestações anatomicas externas (erosões), estendendo-se, pois, do orificio externo ao orificio interno, o qual constitúe barreira á propagação da infecção á cavidade uterina. Vencida esta barreira, a infecção inicia o seu curso acendente, atacando em primeiro lugar ao endometrio, o que já constitúe uma complicação da cervicite.

A cervicite é afecção muito encontradiza, podendo atacar a mulher em qualquer periodo da sua vida.

A **causa** mais frequente é a gonococcia (60%), á qual associa-se em breve tempo — em grande numero de casos — a infecção secundaria entretendo o processo que se torna cronico e se propaga. Além disso, a infecção pôde ser contraída no puerperio, ou ser acidental. O estreptococo, o estafilococo e o colibacilo pôdem ser os responsaveis; entretanto, as mais das vezes o processo deve-se a uma associação deles. A tricomona mais raramente é responsavel pelo processo. São os piogenos que em geral provocam as lesões accessorias da cervicite, depois de atingirem os tecidos subjacentes; o gonococo é um germen de superficie.

O **conflito epitelial** ao nivel do limite entre os epitélios de revestimento da superficie e do canal cervicais, observado em diversos estados fisiologicos (puberdade, maturidade sexual, gravidez, etc.), reacende-se por ocasião da inflamação. O cólo uterino é revestido por um epitelio chato, que em consequencia do proprio surto agudo da inflamação, e do contáto com as secreções patologicas, irrita-se, macera-se e descama-se deixando o córion a descoberta, o que constitúe a **ulceração**. Então o tecido conjuntivo infiltra-se e ulcera-se, formando a **erosão propriamente dita**. Esta **erosão** dura pouco tempo, porque o epitelio cilindrico que reveste o canal cervical vem cobrir transitoriamente a superficie desnuda do córion, transformando-a em **pseudo erosão simples**, que representa a primeira fase da cicatrização, e apresenta uma superficie algo saliente, irregular e secretante, em continuidade com o revestimento do canal cervical, ou isolada dele. Na segunda fase da cicatrização o epitelio chato insinúa-se por debaixo do

epitélio cilíndrico transitorio, despegando-o e substituindo-o em definitivo. Desaparece assim a **pseudo erosão simples**, voltando á integridade o revestimento cervical.

Entretanto, na maior parte das vezes a primeira fase da cicatrização é muito demorada, devido á grande infiltração do eóron. E acontece então, que, o epitélio cilíndrico — de natureza secretoria — que está fazendo o revestimento transitório, determina a formação de glandulas na superficie da cervice, onde normalmente não as encontramos. Constitúe-se assim a **pseudo-erosão-folicular**, dita tambem glandular.

Quando o processo inflamatório entra em regressão, o epitélio chato definitivo insinuando-se por debaixo do epitélio cilíndrico transitorio vai destaca-lo e substitui-lo. Porém as glandulas néo-formadas, cujos corpos mergulham mais ou menos profundamente na espessura da cervice, não se descolam facilmente (na 2.^a fase de cicatrização), como a camada simples. Vem daí que, o epitélio chato definitivo ou passa em ponte sôbre o orificio externo das glandulas (que não foram descoladas como a camada simples o foi), obstruindo-o e encistando-as, ou então o epitélio chato definitivo insinuando-se pela luz da glandula vai enche-la dum tecido epitelial desordenado. Assim formam-se, no primeiro caso, cistos de retenção contendo muco ou púz, conhecidos como óvos de Naboth. No segundo caso, formam-se nódulos resistentes de tecido epitelial.

Si os condutos glandulares invadidos pelo tecido epitelial acham-se muito hyperplasiados, culminando, diz-se que ha **pseudo erosão papilar**, a qual passa, por transformação insensível a formação adenomatosa difusa do cólo uterino. Estes nódulos da pseudo erosão papilar dão ao táto a mesma impressão de irregularidade que o carcinoma, e tambem sangram facilmente como éste, podendo pois prestar-se á fusão, tanto mais que o próprio aspéto tem as suas semelhanças. Esta proliferação, que leva ao adenoma, póde levar — e frequentemente leva — á cancerização. Eis porque, considerando a frequência com qua as erosões — e mais especialmente as pseudo erosões papilares — terminam pela cancerização, eis porque são elas consideradas como lesões pré-cancerosas.

A leucoplasia, de muito valor como lesão pré-cancerosa, muitas vezes acompanha as erosões.

Além das erosões inflamatórias, existem as **pseudo-erosões congênitas**, que se apresentam desacompanhadas de sintomas clínicos claros, evidenciando apenas ligeira hiper-secreção. Elas correspondem á permanência dum estado fetal na zona de conflito epitelial, durante a idade adulta.

A dilaceração das paredes do cólo, com eversão do ou dos labios, com cicatrização defeituosa ou incompleta, ou então a hipertrofia determinando a proeminencia e a exposição da mucosa intra-cervical, cream o que se chama de **ectropion**. Nestas condições a mucosa endocervical fica exposta aos insultos dos traumatismos e do meio septico da vagina, irritando-se e inflamando-se facilmente, e se apresentando, então, edemaciada e intensamente rubra. A diferenciação en-

tre ectropion e erosão simples é, ás vezes, difficil. Apprecia-se o ectropion especialmente nos cólos rasgados ou nos cólos em "bico de pato".

* * *

A **sintomatologia** da cervicite intensifica-se muito quando esta se propaga, na infecção ascendente.

Na **cervicite aguda**, o colo congesto, edemaciado, inflamado, deixa ver um orificio externo sem operculo mucoso, por onde escôa púz amarelo e espesso que vai recobrir a superficie da cervice, determinando em poucos dias a sua erosão, conforme já vimos. Na fase aguda da cervicite pôde não haver sintomas subjetivos, e frequentemente, mesmo, as doentes não se queixam de dores ou de sensações de plenitude. Nesta fase o colo está aumentado de volume, endurecido pela proliferação intensa do tecido conjuntivo e pelas formações císticas glandulares; as proprias glandulas apresentam muitas vezes processo de hiperplasia que chega á constituição de pequenos tumores denominados polipos mucosos ou sejam néo-formações inflammatorias, pertencentes ao grupo dos adenomas ou fibro-adenomas.

A **cervicite crônica**, seguidamente não apresenta sintomas subjetivos. A cervice pôde estar mais volumosa, porém é menos rubra. As erosões e as pseudo-erosões inflammatorias poderão ser notadas. O corrimento, ás vezes ainda abundante, de aspéto cremoso ou mais transparente, viscoso, lembrando a clara de ovo, pôde ou não ser fétido. Em determinados casos a leucorréa é sanguinolenta, atestando a existencia de lesões cervicais de vulto. As cervicites crônicas raramente determinam metrorragias; entretanto, erosões extensas, adenomas ou fibro-adenomas exteriores pelo orificio externo pôdem determina-las por ocasião de traumatismo durante o coito, por exemplo, ou durante irrigações vaginaes com canulas improprias ou mal dirigidas. Assim sendo, geralmente não têm maior significação clínica. As menorragias são mais frequentes, podendo depender exclusivamente da cervicite crônica, e são explicadas pela congestão crônica do cólo uterino, decorrente do processo inflammatorio. A dôr, quando aparece, pôde ser expontanea, ou provocada pelo tóque ao nível dos ligamentos utero-sacros, e explica-se pela extensão do processo inflammatorio aos linfáticos que transitam por aí. Nêstes casos as doentes queixam-se tambem de sensação de plenitude no baixo ventre.

A leucorréa é o sintoma constante, obrigatorio, das cervicites. Os demais, dôr, menorragias e metrorragias, dependem da extensão das lesões, e, muitas vezes não aparecem no quadro clínico.

* * *

Embóra possa evoluir isolada, especialmente no estado crônico, quando as lesões do introito já cederam, a cervicite acompanha-se frequentemente de lesões da mesma natureza nas partes superiores do tractus genital, e no tecido conjuntivo da pelve, surgindo então as **complicações**, representadas por endometrites, miometrites salpingites, ovarites, parametrites.

A leucorréa traz, muitas vezes, como complicação, o prurido vulvar, o eritema e a liquenização das regiões circunvizinhas externas, pela ação sôbre a pele.

A leucorréa persistente, muito rebelde ao tratamento, pôde ter influência nociva sôbre o sistema nervoso de pacientes predispostas aos estados psicicos, facilitando a instalação de psico-neuroses ou de um complexo de inferioridade. Estas condições viriam auxiliar a própria infecção no desnivel do equilibrio orgânico.

Devido ás comunicações linfaticas entre a cervice e o assoalho vesical o processo inflamatório crônico da cervice pôde provocar fenomenos de cistite, mais ou menos intensos, que desaparecem com a cura da cervicite.

Alguns autores acreditam que a modificação do meio cervical, durante as cervicites, pôde ser responsavel por determinadas fórmulas de esterilidade.

TRATAMENTO

A endometrite cervical ou cervicite, é uma afecção frequente que, abandonada ou tratada por meios pouco efficientes leva a diversas complicações, como vimos. E mais do que isso, insidiosamente transforma-se, evoluindo para a malignidade sem sintomas alarmantes, vindo surpreender, na maioria das vezes, já demasiadamente tarde.

Por isto o tratamento da cervicite assume uma feição toda especial e de grande importância.

Não vem dos nossos dias a preocupação pelo tratamento eficiente da cervicite. Inumeros métodos terapeuticos têm se sucedido, em todas as épocas, porém quasi todos igualmente inuteis como processos de cura. Hoje não é mais admissivel o emprego de métodos antigos e sobretudo inefficazes no tratamento das inflamações da cervicite. Eis porque vão desaparecendo as applicações topicas no canal cervical com as soluções de nitrato de prata, cloreto de zinco, mercurio cromo, acido cromoico, formol, e tantas outras substâncias que, na maior parte das applicações não chegavam ao contáto da mucosa da endocervice porque o algodão que as conduzia era, em regra, espremido já ao transpôr o orificio externo do cólo. As irrigações vaginaes tambem não exercem sua ação sôbre a mucosa endocervical, e servem unicamente para limpar a portio do muco-pús segregado pelas glandulas do canal cervical. Tambem os tampões e ovulos, tanto os que contém substâncias quimicamente ativas como aqueles que se dizem terem ação radio-ativa, não apresentam resultado satisfatório. Recentemente, Werbatius e Kritchewsky propuseram um novo método para o tratámento das cervicites e das erosões do colo por meio de solução amoniacal de saes de prata em injeções na submucosa do colo, o que determinaria a destruição das bacterias sem prejuizo nem alteração do ritmo da vida celular.

Do emprego de tudo isto, é bem possivel que só se obtenham alguns resultados com os ovulos de glicarina e as irrigações quentes, por seu efeito descongestionante.

Essas diversas substâncias, na sua maioria ineficazes como elemento curativo das cervicites, são quasi todas irritantes, e portanto não podem ser usadas durante muito tempo, enquanto se espera que sobrevenha a melhora ou a cura. A irritação prolongada do colo, quer de ordem patologica, quer produzida por meios therapeuticos, é um elemento que vem favorecer a cancerização. Não é razoavel, portanto, o emprego dessas substâncias irritantes, justamente quando devemos tratar de fazer a profilaxia do cancer. Não é razoavel, e é nocivo.

* * *

Concluimos pois, pela necessidade de abandonar esses pretensos meios therapeuticos em favor de outro método que leve á cura em tempo breve, diminuindo o periodo da irritação pelas secreções patologicas, e não acrescentando á ação destas a sua própria ação irritante, diminuindo consequentemente as possibilidades da transformação maligna.

A frequencia da cancerização das lesões da cervicite nos ensinou que não estamos em face de afecção banal e sem maior importância.

* * *

Os germens de infecção abrigam-se nas glandulas da mucosa endocervical, e não são atingidos pelos processos que os visam, uma vez que seja conservada a integridade da mucosa da endocervice. Por isso, na grande maioria dos casos, somente a destruição ou a exeresé desses tecidos consegue debelar o processo inflamatório. Isto não quer dizer que processos conservadores tenham sido sempre ineficazes: conhecem-se casos em que elles deram bons resultados.

As lesões que se constituem nas mucosas endo e exocervical são de caráter irreversivel, devendo ser destruidas ou removidas para que se obtenha a cura. E' esta a razão do fracasso do tratamento dirigido contra o germen — tratamento etiologico. Bucura, Basset e Poineloux divulgaram a vacinoterapia pelvica e exaltaram os seus méritos no tratamento da cervicite crônica. Entretanto os resultados d'este método tem desiludido a quantos o tem experimentado. Também a vacinação local não dá resultados visiveis. Quanto á vacinoterapia geral, é incontestavel que auxilia o organismo no combate á infecção; a leucorréa diminue muito, porém retorna quando a vacinação cessa. Além disso a vacinação não inflúe sôbre as lesões já constituídas.

Resta-nos considerar os processos cirúrgicos e os processos fisicos, uma vez que os processos **médicos** já foram revistos; d'estes fazem parte, ainda, os processos de cauterização por meio de agentes **químicos**, dos quais o mais conhecido é o caustico de Filhos, muito usado pelo dr. Fausto de Veiga, de Montevidéo, porém completamente abandonado no Brasil.

* * *

Os processos **cirúrgicos** ainda hoje encontram indicação. Falhando a fisioterapia, ou não sendo indicada, existindo condições de ordem anatomica — prolapso uterino, alongamento hipertrofico do colo — a indicação cirúrgica se impõe.

Entretanto, as exereses cervicais não eliminando completamente o condúto cervical, não afastam a possibilidade de recidivas. Além disso, abortos e partos prematuros são frequentes após a intervenção devido á estenose cicatricial que impede a evolução normal da gestação. Apesar disto, um beneficio deve-se atribuir ao método, é a profilaxia do cancer do colo.

São vários os processos cirúrgicos. Contam-se entre os principais: a amputação infra ou supra vaginal (alongamento sómente da portio vaginalis ou alongamento á custa da porção média ou superior do colo); o esvaziamento conoidal de Pouey, o esvaziamento conico de Sturmndorf e a operação de Schröder, que são indicados quando não ha alongamento hipertrofico de nenhum tipo nem rupturas consideraveis alcançando a aboboda vaginal.

As raspagens, como ato cirúrgico que são, devem ser consideradas aqui.

* * *

Os processos **fisioterapicos**, mais especialmente a **diatermo-coagulação** vem constituir o tratamento por excelencia da cervicite. Com efeito, a D. C. destróe a mucosa do canal cervical e com ela as lesões que aí se estabeleceram, e dirétamente destróe as lesões externas. Como vimos ha pouco, as lesões da cervicite são irreversiveis, sendo necessário destruil-as ou remove-las para se chegar á cura.

Sôbre os demais métodos de destruição a D. C. apresenta as seguintes vantagens:

- 1 — a cicatriz não é retrátil, e é menos fibrosa.
- 2 — applicação facil, sem preparo prévio, sem anestesia.

Sómente nas hipersensiveis torna-se necessario uma ligeira anestesia.

- 3 — nos casos de evolução normal o post-operatório só requer repouso.
- 4 — na grande maioria das vezes basta uma unica applicação.

No entanto, a diatermo-coagulação não é inofensiva. E' necessaria a observância de certos detalhes de técnica para a obtenção de resultados absolutos.

O método mais empregado de diatermia cirúrgica é o método bi-polar, que póde ser mono ou bi-ativo: Até bem pouco tempo usava-se o método mono-ativo no tratamento das cervicites. Agora começa-se a usar, e cada vez mais, um processo mixto, mono e bi-ativo, reunindo, assim, as vantagens de ambos os processos, sem os inconvenientes da adaptação dos dois tipos diferentes de electrodios, graças á aparelhagem intermediária do dr. W. Paixão, do Rio de Janeiro.

O processo **mono-ativo** é superior ao bi-ativo para tratar as lesões externas do colo, tais como pseudo erosões, ectropions, cistos

glandulares, pequenos polipos, pois pôde-se empregar um tipo de eletródio especial para cada um desses casos, facilitando e aumentando a eficiência da aplicação (plaquetas, esferas, lancetas, etc.).

O processo **bi-ativo** apresenta grande vantagem no tratamento da endocervice, ainda em razão da fôrma dos eletródios, que são em haste, ambos de tamanho e superfície igual, situados paralelamente, separados por uma substância isolante, tendo o conjunto a fôrma de um cilindro com meio centimetro de diametro por quatro de comprimento. Assim sendo, o eletródio é facilmente introduzido no canal cervical, e coagulação faz-se simultaneamente em duas faixas longitudinais diametralmente opostas correspondentes aos eletródios. Basta uma rotação de 90 graus sôbre o eixo do cilindro para que a coagulação seja levada aos segmentos que não tinham sido atingidos, pois a superfície de cada eletródio iguala a quarta parte da superfície total do cilindro.

Desta maneira obtem-se uma destruição regular e homogênea sem possibilidade de ficar uma porção da mucosa da endocervice sem ser tratada, o que não se obtém com segurança no processo mono-ativo, pois um eletródio esferoide devendo percorrer o canal cervical às cegas, pôde deixar de destruir partes da mucosa, agindo demasiadamente noutras porções.

Contraindicações da diatermo coagulação

- 1 — lesões agudas ou sub-agudas do aparelho genital em qualquer das suas regiões (vulvar, vaginal, uterina, peri-uterina, anaxial. Cervicite em fase aguda).
- 2 — proximidades da menstruação.
- 3 — gravidez.

Técnica da diatermo coagulação.

Retirada do muco endo-cervical com algodão embebido em agua oxigenada, ou por meio de uma lavagem, esponjando depois o côlo.

Introdução do eletródio bi-ativo no canal cervical. Fechamento do circuito por meio do botão interruptor do revolver.

Interrupção da corrente, retirada do eletródio, inspeção da coagulação obtida (orla esbranquiçada em torno do orifício externo do colo).

Nova introdução do eletródio para aplicação cruzada, fazendo um giro de noventa graus sôbre a posição anterior.

Substituição do eletródio bi-ativo pelo mono-ativo, dispensando um dos fios que vai ao revolver e substituindo-o por outro fio que vai do aparelho ao eletródio indiferente (placa). Escolha do eletródio mono-ativo mais aplicado ao caso e destruição da lesão externa.

Post-operatório

Repouso no 1.º dia, que será prolongado si houver reação anaxial. (Dôr no baixo ventre).

Aumenta o corrimento após a aplicação devido á transudação originada da hiperemia secundaria. Este corrimento é fétido, ás vezes, em virtude de fragmentos do tecido necrosado que são assim expulsos. O corrimento dura até o 15.º ou 20.º dia, quando se dá o desprendimento da escára.

Lavagens vaginaes com agua distilada e agua oxigenada em partes iguais, uma vez ao dia.

Evolução da escára

Logo após á aplicação surge em torno do ponto tocado uma orla esbranquiçada denunciando o tecido coagulado. Nos dias que seguem esta parte vai se tornando mais escura e aderindo fortemente aos tecidos subjacentes. A escára desprende-se entre o 15.º e o 20.º dia, dando lugar a uma hemorragia mais ou menos abundante, ás vezes. Caíndo a escára, fica exposta uma superficie de granulação que sangra ao tóque, e que cicatriza a custa do epitélio pavimentoso. A cicatrização se completa entre o 30.º e o 40.º dia, ficando o cólo com aspectó normal.

Complicações

Imediatas — aparecem logo após a diatermo coagulação e dependem diretamente da coagulação massíca dos tecidos:

a — Hemorragia imediata — quando a coagulação é insufficiente ou é praticada durante as inflamações agudas da cervice, durante a gravidez ou nas proximidades da menstruação. Basta retificar a aplicação insufficiente.

b — Complicações inflamatórias — resultantes da re-ativação de processos inflamatórios do aparelho genital, ou de néo-infecção.

A primeira é uma complicação grave, chegando frequentemente á peritonite, e deve-se a uma coagulação extemporanea.

Mediatas — são as que sobrevêm dêsdê a quêda da escára até o momento da completa cicatrização do cólo:

a — Aglutinação do orificio externo do cólo — isto é, obliteração do orificio externo por uma tenue membrana que póde ser eliminada com a primeira menstruação, ou, caso seja muito resistente, originar um hematometrio.

b — Hemorragia tardia — São frequentes as pequenas hemorragias por occasião da quêda da escára; as graves, são raras, e devem-se a coagulações demasiadas, estados congestivos da pélve, e tendencia hemorragípara. No tratamento desta complicação uma nova coagulação é preferivel ao tamponamento, que ás vezes traz sérios embaraços.

Tardias — aparecem após a cicatrização do cólo.

A complicação tipica é a **estenóse**, total ou segmentária, do canal cervical. Este acidente depende quasi sempre de má técnica ou de má indicação.

Quer total, quer segmentária, a estenose póde ser completa ou incompleta, obstruindo ou apenas dificultando a passagem do fluxo

menstrual. As conseqüências variam com o gráu da estenose, indo desde o síndrome dismenorréico de tipo expulsivo até á peritonite originada na hematocéle infectada.

Resultados obtidos com a diatermo coagulação.

Logo após a cicatrização não são mais distinguidos vestígios das lesões; o cólo apresenta-se normal em aspéto e elasticidade, pois a fibrose cicatricial é muito pouco acentuada.

Como resultado tardio observa-se uma cura anatomica sem restituição integral, pois o canal cervical que antes era forrado por epitélio cilindrico mucoso, apresenta-se, depois da cicatrização, forrado por epitélio pavimentoso, vindo da exocervice. Além disso, alguns fundos de saco glandulares não destruidos permanecem sepultados na espessura da cervice, sem comunicação com a luz do canal. Apesar disso, o resultado funcional é ótimo, pois a mais importante das perturbações funcionais e a mais frequente delas — o corrimento, cessa, na maioria dos casos com uma unica aplicação.

Alterações histologicas produzidas pela coagulação.

Alterações imediatas — nos tecidos atingidos pela aplicação desenvolve-se um processo de necrose de coagulação, de aspéto vitreo.

Alterações tardias — revestimento do canal por epitélio pavimentoso algo desordenado. Revestimento de tipo malpighiano perfeito e íntegro na sua continuidade, no cólo.

* * *

Algumas glandulas do canal cervical não são totalmente destruidas, porque mergulham tão profundamente em plena camada muscular do cólo, como vimos, que para destrui-las completamente a coagulação deveria ser levada além dos limites em que é considerada inofensiva. Entretanto o resultado funcional não é prejudicado por êstes núcleos glândulares remanescetes que ficarão sepultados sob o epitélio pavimentoso que avança da superfície externa do cólo para reconstituir o revestimento interno destruido.

Resta saber o que será dêsses núcleos glândulares sepultados. Talvez regridam, ou formem pequenos cistos mucosos, talvez tenham significação na patogenia do cancer.

Entretanto, método algum de destruição evita-os, não havendo, pois, outro processo que apresente vantagem sôbre a diatermo coagulação nêste particular.

* * *

Outro processo fisioterapico é a **diatermia**, cujas aplicações são feitas pela técnica de Corbus, estando o eletródio ativo no canal cervical e o eletródio passivo sôbre o abdomem e o dorso (cinturão). Nas

endocervicites gonococicas crônicas, sem exocervicite, especialmente nas formas atenuadas, a porcentagem de curas é crescida. As aplicações devem ser diárias, começando com oito minutos e indo até quinze, e a temperatura necessariamente controlada pelo termometro oscilará entre 42 e 45 graus, sem inconveniente para os tecidos. Desde as primeiras aplicações o fluxo leucorreico modifica-se, aparecendo mais hialino. Em regra, com 12 aplicações desaparece o corrimento e a pesquisa bacteriologica torna-se negativa.

A **ionização**, ou eletrólise intersticial intra-uterina, processo de Spiegelberg, foi reintroduzida por Izador Forman cuja estatística apresenta 76,3% de cura.

Assim como a diatermia, a ionização tem o valor e o merito de um processo conservador que dá bons resultados, quando reservada aos casos indicados.

A **eletro-cauterização** e a **conização** por meio do bisturi electrico, também tem os seus adeptos, dando, em certos casos, resultados bastante animadores.

CONCLUSÃO

A cervicite crônica é um foco de infecção que deve merecer muita atenção.

Dôres pelvicas, menorrhagias, fenomenos de cistite (via linfática), certas formas de esterilidade (modificação do meio cervical), e outros sintomas distantes, podem desaparecer quando se obtém a cura da cervicite. Bem assim, o estado geral melhora, e a instabilidade nervosa desaparece.

Elegendo o tratamento de acordo com a natureza da lesão e a idade da paciente, e concedendo os necessários cuidados post-operatórios, o sucesso é quasi certo.

A frequência da transformação maligna das lesões cervicais, mostra a importância destas na patogênica do cancer do cólo.

Cuidando convenientemente a cervicite doente, reduz-se a possibilidade da transformação maligna.

Deve-se evitar a amputação do cólo nas mulheres moças; prefere-se, então, a operação de Sturmdorf.

A escolha entre cauterização e conização depende do tipo da lesão cervical.

A diatermo-coagulação tem trazido os melhores resultados, aliado á sua eficiência, a simplicidade da aplicação e a relativa inocuidade, uma vez que sejam respeitadas as contra-indicações e os detalhes de técnica.

Entretanto, o tratamento não póde ser estandardizado, pois cada caso tem a sua indicação. Salientam-se os processos cirúrgicos e os fisioterápicos, especialmente a diatermo-coagulação.

REFERENCIAS

- 1 — Tratado de Ginecologia — M. M. Fabião, 1935.
- 2 — Manual prático de Ginecologia — Nery Machado, 1938.
- 3 — Traité de Gynécologie — Faure et Siredey.
- 4 — Traité de Gynecologie — Labadie, Lagreve, Legueu.
- 5 — Gynécologie Médicale — A. Robin et P. Dalché.
- 6 — Ginecologia prática — Enest Runge.
- 7 — Tratamento das cervicites crônicas — O. S. Loureiro, an. bras. gin., vol. IV, n.º 5.
- 8 — Tratamiento de las cervicites crônicas — Fausto Veiga, an. bras. gin., vol. IV, n.º 4.
- 9 — Therapie der Portiosrosionen mit Elektrokoagulation durch Kurzwellen Diathermie — I. Bláha, Z. f. Gynak. n.º 4, 1937.
- 10 — Electrocoagulation of four hundred cervical erosions. A photograph study — Baumrucker and Baumrucker, Surg. Gyn. and Obst., vol. 67 n.º 1.
- 11 — A diatermo-coagulação no tratamento das cervicites crônicas — W. Paixão, an. bras. gin., vol. VI, n.º 2.
- 12 — Complicaciones en el tratamiento de la cervicitis crônica por la diatermo-coagulación — Herrera e Nogues, Bol. Soc. Obst. y Gynee. de Bs. Ayres, tomo XV, n.º 12.
- 13 — Un caso di grave dismenorrea da diatermo coagulazione del collo uterino — G. Paci, La clinica ostetrica, ano XL, n.º 11.
- 14 — Peritonitis generalizada consecutiva a una electrocoagulación del cuello uterino — E. Bazterrica, Bol. Soc. Obst. Y Gynee. de Bs. Ayres, tomo XVI, n.º 10.
- 15 — Peritonitis generalizada consecutiva a una electrocoagulación del cuello del utero — T. Lastra, Bol. Soc. Obst. y Gynee. de Bs. Ayres, Tomo XVI, n.º 9.
- 16 — Erosion cervicale. Résultat du traitement par les injections locales de folliculine — J. Vanrell, Gynee. et Obs., tomo 38, n.º 1.
- 17 — Eine neue Methode der Behandlung von Endozerviziten und Erosionen des Uteruskollums mit Intrazervikalen Injektionen von Ammoniaksilbersalzlösungen — Werbatius und Kritschewsky, M. f. G. und Gynak, vol. 101, tomo 6.
- 18 — The significance of pathologic changes in the uterine cervix — J. Babis, W. J. Surg. Obst. and Gyn., vol. 145, n.º 5.
- 19 — Eine operatives Verfahren zur Verbesserung der Strahlenwirkung bei Collumkarzionm — E. Engelhart, Z. f. Gynak. n.º 46.
- 20 — Pseudo-malignant and precancerous lesions of the cervix. — E. Novak, The J.A.M.A., vol. 108, n.º 4.
- 21 — États précancéreux du col utérin — P. Degrais, Presse Médicale n.º 33, 1934.
- 22 — Stenoses et atrophies uterines consecutives à l'application du Filhos, — A. Brindeau, Rev. Franc. de Gyn. et Obst., fev. 1928
- 23 — An inquiry into the basic cause and nature of cervical cancer. K. V. Bailey, Surg. Gyn. and Obst., março 1930.

- 24 — Leucolasia of the uterine cervixes — Koestehmer — Am. J. of Obst. and Gyn., junho de 1932.
- 25 — Chronic endocervicitis — Miller, Surg. Gyn. and Obst., março 1938
- 26 — Infections and degenerations of the cervix — Mayo, Surg. Gyn. and Obst., Abril 1932.
- 27 — A proposito do tratamento das cervicites cronicas — Peltier de Queiróz, Brasil Médico, agosto 1931.
- 28 — Chronic infection of the cervix — Young, Surg. Gyn. and Obst., — Setembro de 1930.
- 29 — A comparison of the end-results of treatment of endocervicitis by electrophysical methods: cautery, coagulation, and conoization — A. Jacoby, Am. J. Obst. and Gynec. vol. XXXVI, n.º 4.
- 30 — Chronic cervicitis — W. T. Black, J. Am. M. Ass., 1939.