

Contribuição ao estudo de histero-salpingografia em clinica obstétrica

Dr. Oddone Eugenio Frederico Marsiaj

- Docente livre de clinica obstetrica da F. de Medic. de P. Alegre.
- Ex-chefe de clinica e assistente da F. de Medicina de P. Alegre.
- Cirurgião chefe e Diretor do Hospital da Soc. Port. de Beneficência.
- Obstetra e Diretor da Maternidade da Soc. Port. de Beneficência.
- Ex-adjunto da Maternidade da Santa Casa.
- Ginecologista e obstetra da C. A. P. dos Empregados da V.F.R.G.S.
- Ex-cirurgião, ginecologista e obstetra do Instituto dos Bancários.

Contribuição ao estudo da histerosalpingografia em clínica obstétrica

O presente trabalho tem por finalidade única trazer uma pequena contribuição pessoal aos conhecimentos já vastos e clássicos sobre histerosalpingografia, meio precioso ao obstetra e ginecologista para o esclarecimento de numerosas entidades mórbidas das respectivas especialidades.

A histerosalpingografia serve como processo de diagnóstico e de tratamento.

Foi mesmo usada a injeção de lipiodol na cavidade uterina e tubária em primeiro lugar, como tratamento das obstruções dos oviductos.

Como meio diagnóstico, presta reaes serviços numa série de afecções, tais como: fibroma, prenhez ectópica, obstrução tubária, malformações etc.

Como meio de tratamento, é indicada, como acima referimos, nos casos de esterilidade por obstáculo nas trompas, muitas vezes removível também pela insuflação simples, hoje quasi abandonada, e pela insuflação kymográfica de Rubin, usada por muitos, principalmente nos Estados Unidos da América do Norte.

Este trabalho — baseado na observação de cerca de uma centena de exames e em 50 casos do domínio puramente obstétrico — e a estatística que o acompanha, encara o assunto unicamente sob o ponto de vista obstétrico, embora, em grande número de casos, obstétrica e ginecologia se confundam, por tratarem de males que recaem sobre um mesmo terreno e cujas complicações se apresentam muitas vezes, mudando dum período puramente ginecológico para um obstétrico e vice-versa.

Como deixamos dito acima, existem vários métodos de exploração mecânica dos órgãos genitais internos da mulher baseados em injeções de substâncias líquidas ou gasosas e tendo em comum: a radiografia e a pesquisa da permeabilidade tubária; são:

- 1) **Pneumo peritônio**, só ou associado à instilação intra-uterina de substâncias radio-opacas.
- 2) **Insuflação tubária simples**, praticada por muito poucos atualmente.
- 3) **Insuflação tubária kimográfica** — segundo o professor Rubin de N. York, meio diagnóstico de grande valor em ginecologia, fornecendo-nos dados precisos nos traçados sobre o estado de contração útero-tubário, permeabilidade etc.
- 4) **Histerosalpingografia**, praticada por instilação de substâncias radio-opacas e que é, de todos os citados, o método que maior extensão de casos abrange pelas indicações e pela precisão diagnóstica.

Em obstetricia, porém, nenhum destes processos poderá substituir a êste último, pois, bem manejado e associado ao pneumoperitônio, quando necessário, e ao manômetro, sempre que fôr possível, fornecerá dados que método algum poderá fornecer.

Usamos em nossos exames o lipiodol. Algumas vezes empregamos a iodipina e a neiodipina. Existe uma variedade enorme de meios de contraste que podem ser empregados. Enquanto fôr possível nos serviremos do lipiodol, substância menos fluida e que nos permitiu até agora observações muito boas.

Aparelhos

Existem vários aparelhos para praticar a injeção intra-uterina. Os mais conhecidos são os de Douay, Cotte, Beclère, Petit-Dutaillis, Heuser, Schultze, Dalera, Tiéri, Vilard etc.

O mais simples pode ser improvisado por uma seringa e uma cânula.

Todos êles compõem-se de: a) uma seringa graduada com embolo, não permitindo refluxo; b) uma cânula longa terminando por uma oliva de metal ou de borracha que pode ser substituída; c) um manômetro; d) um suporte que permite adatar e fixar por meio de uma ou duas pinças o aparelho ao colo do útero.

A **primeira condição** da cânula é que não seja muito longa em sua porção além da oliva, afim de não penetrar no útero e sim permanecer só no colo. A sonda que penetra profundamente provoca dores e reações espasmódicas que alteram em parte o exame.

A **segunda condição** é de adatar-se exatamente ao colo, pois, em caso contrário, ha escapamento da substância opaca e prejuizo para o exame.

Usamos em quasi todos os nossos casos o manômetro e só o deixamos de fazer alguma vez, por motivo de alguma falha no mesmo.

A manômetro pode ser dispensado quando não fôr possível o seu uso, mas, não deve ser dispensado.

E' um controle de grande importância para avaliarmos a progressão do exame.

Permite-nos surpreender, nas quedas de pressão, um escapamento do óleo ao nível do colo, uma passagem da substância opaca em trompa obstruída mecanicamente ou por espasmo, deixa-nos manter com confiança uma determinada pressão durante minutos e horas até que o ponteiro registre a permanência do obstáculo ou o seu desaparecimento etc...

Em muitos casos, podemos vencer obstáculos tubários, aparentemente irremovíveis, após pressão contínua e emprego de antiespasmódicos. E' exemplo a seguinte observação.

Obs. 82 — I. K., 22 anos, casada ha 5 anos, estéril.

Foi submetida ao lipiodol em 23-9-41.

Instilação de 2 cc. de lipiodol sob pressão de 200 mm Hg, provocando imediatamente vômitos reflexos, caindo a pressão a 100 mm Hg, sem dor.

Instilação de mais 2 cc. de lipiodol, provocando dores lombares e abdominais discretas sob pressão de 200 mm de Hg, estabilizando-se o manômetro nesta altura com pequenas oscilações do ponteiro.

Foram feitas três radiografias, constatando-se, em todas, um útero desviado para a E, alongado, com maior diâmetro vertical, que se apresenta o dôbro do transversal. O útero tem forma de taga, por contração espasmódica do corpo. Trompas não permeáveis.

Uma hora mais tarde foram instilados mais 2 cc., despertando vômitos intensos.

Após duas horas de permanência da sonda sob pressão oscilando entre 150 — 200 mm. de Hg e o uso escofedol, foi possível transpôr o obstáculo tubário.

E assim como n'este caso, em muitos outros, sómente conseguimos obter permeabilidade tubária sob pressão constante, verificada pelo manômetro durante muitos minutos.

Técnica

Seguindo o conselho de Cotte, procuramos praticar o exame radiológico na segunda semana do ciclo menstrual, pois neste período, longe do período pré menstrual, a mucosa das vias genitais acha-se longe do estado de hiperplasia e portanto mais fácil de nos fornecer dados corretos.

No período menstrual, em virtude dos fenômenos que se passam ao nível das vias genitais superiores pode-se acreditar, pelo exame radiológico então feito, na existência de um estado patológico ou de obstrução tubária que não existe.

Deve-se procurar diminuir previamente o meteorismo intestinal.

Em alguns casos, empregamos pitressin ou equivalente, quando o uso desta droga não importe em alterações no exame que interesse a essência do caso.

A histerosalpingografia sendo uma pequena intervenção ginecológica, costumamos praticá-la sempre no hospital, tomando para tal todas as precauções, ou sejam certificando-nos que a paciente não esteja grávida, não apresente perdas sanguíneas no momento e não se ache, ha muitos meses, em estado de infecção genital aguda ou sub-aguda.

Assepsia da região é feita com solução de mercúrio cromo a 2%.

Praticamos o exame em posição ginecológica, em decúbito dorsal e em mesa especial.

Introduzimos o espéculo vaginal, que é retirado após certeza de não haver extravasamento da substância injetada pelo colo uterino.

Antes de introduzirmos a cânula, no colo uterino previamente fixado por uma pinga, devemos expelir o ar da seringa afim de não termos falsas imagens. Em seguida ajustamos o manômetro.

Iniciamos lentamente a instilação de 1 ou 2 cc delipiodol. Quando este escoar-se pelo colo em virtude de má adaptação e esta não fôr possível, deve-se recobrir a oliva com algodão ou gase estéril, que evitará o refluxo.

A maioria das pacientes tolera muito bem o exame. Algumas, nervosas, necessitam de um antiespasmódico previamente, afim de serem evitadas reações locais violentas. Costumamos usar octinum, belafolina, eupaverina e alguma vez morfina e escopolamina, quando a doente mostrar-se muito excitada.

Após a instilação mais ou menos fácil de 1, 2, 4 cc. de lipiodol, controlada pelo manômetro e pelas sensações da paciente, que geralmente tolera bem o exame, costumamos fazer a radioscopia e muitas vezes praticamos radiografias sucessivas com espaços de 15, 30 e até 60 minutos uma da outra.

Após a verificação radiológica inicial, costumamos praticar nova radiografia 8, 10, 24, 72 horas e dias mais tarde, afim de pesquisarmos a localização do lipiodol e a permeabilidade tubária.

Apezar de não termos observado até hoje, em 100 exames, uma única reação por parte da paciente, a não ser algumas vezes cólicas mais ou menos fracas ou fortes e vômitos em dois casos, aconselhamos grande repouso após a histerosalpingografia, com permanência no leito 24 a 48 horas.

Em clínica obstétrica a histerosalpingografia presta reais serviços em determinadas circunstâncias. Excluindo de nossas considerações casos que são mais do domínio da ginecologia, podemos fixar suas indicações principais em **três grupos** — citando mais um, que é o da prenhez normal, onde contraindicamos o lipiodol, por princípio, embora grande número de autores pratiquem a histerografia neste estado como, p. ex., Hauser, de Buenos Aires, pioneiro da histerosalpingografia, Dyroff, Jarcho, Nahmmacher e outros. — Estes três grupos são:

- 1 — Prenhez ectópica;
- 2 — Aborto habitual;
- 3 — Esterilidade.

1 — Prenhez ectópica

A prenhez tubária pode ser elucidada pela salpingografia, como o demonstram as duas observações abaixo.

Obs. 36 — O. R., 29 anos — Estéril — Mentruada 3/27.

Compareceu à consulta em Outubro de 1939 em virtude de perdas sanguíneas irregulares, com dores abdominais imprecisas e vindo por crises. Esta situação já durava 2 meses.

O exame ginecológico mostrou um útero pequeno com pequeno tumor a E.

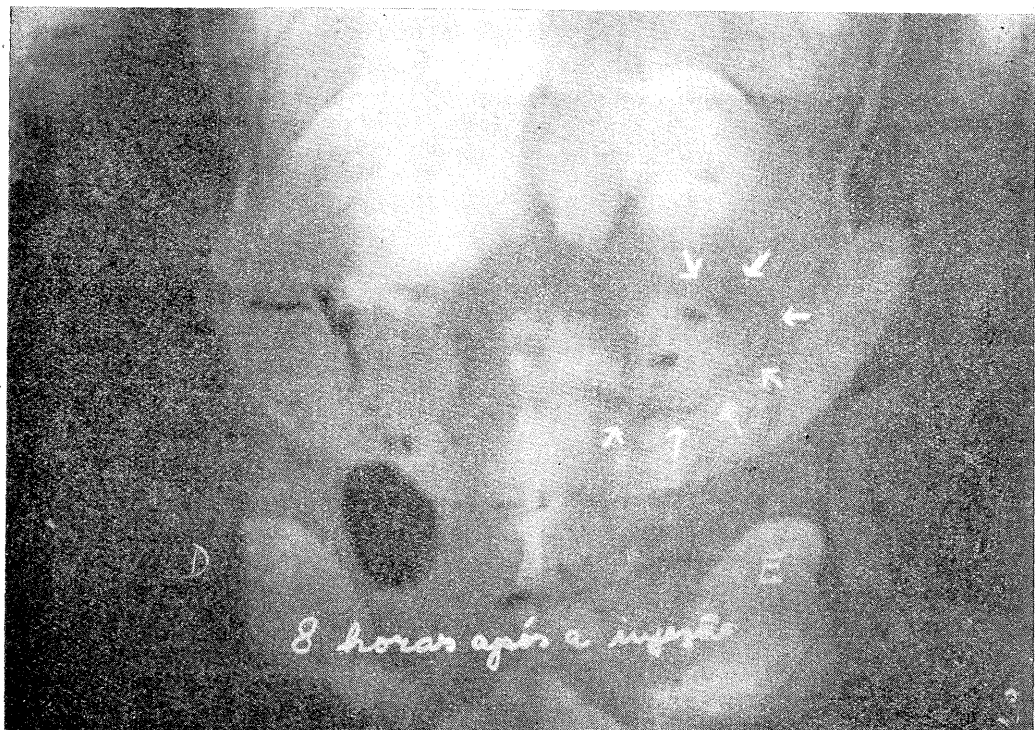
Diagnóstico — Prenhez tubária a E.

A paciente duvidou do diagnóstico, pois já estava casada havia alguns anos e era estéril.

A histerosalpingografia foi proposta e praticada em 23-10-1939, no Hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência, com o seguinte resultado:



N.º 25 — Obs. 36 — O. R.
 Esterilidade — Irregularidade menstrual com dores e perdas sanguíneas — Nos últimos dias cólicas abdominais intensas.



Idem — 8 horas mais tarde — Prenhez tubária à E — Trompa D permeável.



A venda em todas as Drogarias e Farmácias do Estado
Para amostras e literaturas:

Em Porto Alegre — Lab. Margel — Rua Dr. Flores, 472
Ed. Sta. Rosa (Filial).

Em Pelotas — Farm.º Lourival Saraiva Mascarenhas
Rua General Osório, 853.

Em Santa Maria — Antônio Achutti Sobr.º
Rua Venancio Aires, 1162.

Em Uruguaiana — Luiz Picavea
Rua B. Martins, 548.

Triod Zambeletti

Preparado organico tri-iodo-azotado

Máxima eficiência curativa — Destacado neurotropismo. —
Ausência de retenção — Perfeita tolerância local e geral.
Indicações: Artrismo — Artrite deformante — Localiza-
ções microbianas e tuberculares — Adenopatias — Afeções
para-lueticas — Intoxicações exogenas e endogenas também
dos centros nervosos — Arteriosclerose — Polisarcia —
Anexites.

Injeções intra-musculares e endovenosas.

Ampolas de 2 e 5 cc.

Via bucal: comprimidos em vidros de 50.

**LABORATORIO ZAMBELETTI LTDA. — Caixa 2069
SÃO PAULO**

IODOBISMAN

RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

TROPHOLIPAN

MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTERES, MARRUICO E CHALMOGRICO, SUPERSATURADOS DE LÍPOIDES TOTAIS DO CEREBRO

LITERATURA E AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DA CLASSE MÉDICA

PIO. MIRANDA & CIA. LTDA

RUA S. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523

RIO

Amostras em Porto Alegre:

SCHUETZ & COMP. — Rua Senhor dos Passos, 94.

“Foram instilados 7 cc. de lipiodol com pressão máxima de 120 mm de Hg, provocando cólicas discretas no baixo ventre, acompanhando-se de queda rápida do manômetro.

Radiografia: Útero de forma e dimensões normais. Trompa D visível em toda a sua extensão e permeável. Trompa E obstruída parcialmente ao nível do pavilhão, que não é percebido com nitidez.

A radiografia de controle mostra 8 horas mais tarde restos de lipiodol no Douglas e uma porção altamente situada dispondo-se em semicírculo e formando, em seu conjunto, o aspecto da imagem obtida em alguns casos de prenhez tubária.”

A laparotomia confirmou o exame clínico e radiológico. Veja fig. da Obs. n.º 36.

O outro caso de prenhez ectópica nos deu uma imagem diferente. A observação mesma não podia dar-nos dados certos.

Obs. n.º 75 — T. R., 33 anos — cas. há 7 anos — 5 abortos espontâneos.

Procurou-nos por aborto habitual e fecundação difícil. Iniciamos o tratamento em Março de 1941.

A paciente compareceu ao consultório poucas semanas mais tarde afirmando que estava com um início de aborto ovular como havia sucedido em outras vezes. Dóres abdominais discretas com perdas irregulares e escassas.

Iniciamos tratamento para evitar o aborto, mas dias mais tarde a perda sanguínea aumentou consideravelmente e foi feita por nós uma curetagem uterina de urgência na paciente, após prévia hospitalização no Hospital Alemão.

A curetagem uterina nada informou, por ter sido perdido o material para exame. Levantamos a hipótese de prenhez ectópica e a doente, a pedido, foi fazer repouso em sua residência.

No mesmo dia à tarde sentiu dor abdominal violenta que cessou subitamente, não tendo sido mais possível constata-la ao examinar a paciente.

Estas crises repetiram-se ainda três ou quatro vezes, em dois dias, e foram fugazes.

Foi hospitalizada na Beneficência Portuguesa, onde praticamos uma histerosalpingografia (vide figura Obs. n.º 75) com o seguinte resultado:

“Pequeno fibromioma uterino com irregularidade do endométrio. Trompa E obstruída no pavilhão. Trompa D obstruída no pavilhão com aspecto cístico.”

Laparotomia: Anexite crônica E — Prenhez tubária a D
Útero fibroso e globuloso.

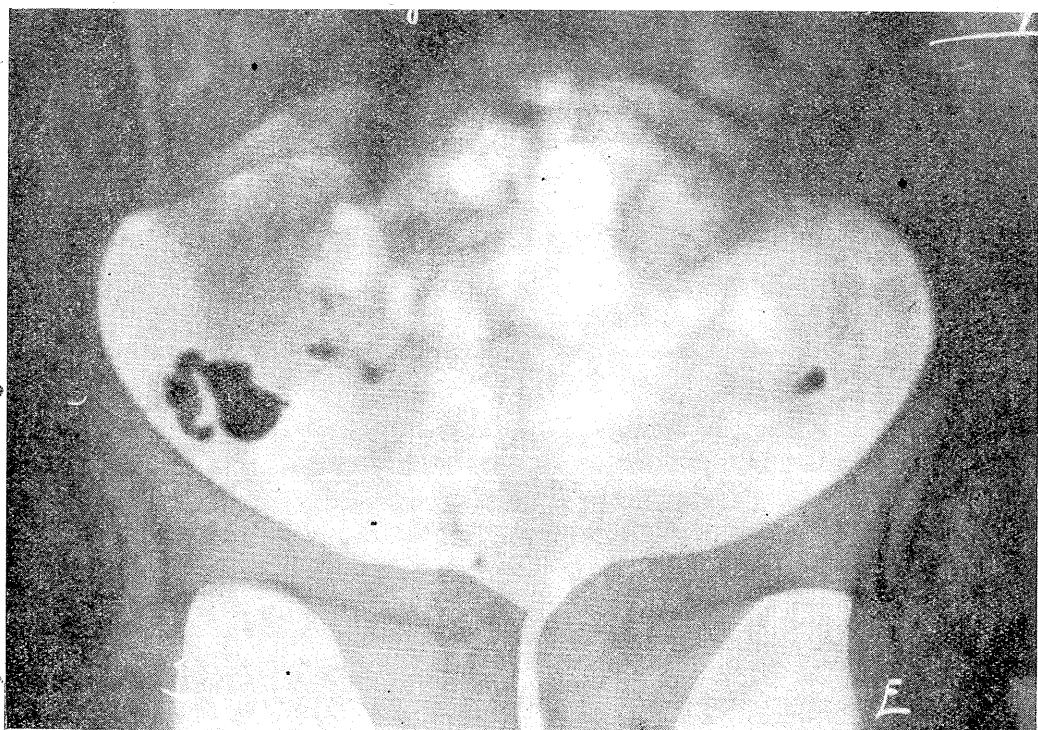
Partindo do conceito clássico que contraindica a histerosalpingografia nos casos em que existe perda sanguínea, não dever-se-ia praticar este exame nos casos citados. Entretanto, somos de opinião que o grande perigo, que é a embolia, pode ser evitado, 1) pelo emprego de



N.º 46 — Obs. 75 — F. R. — 21-4-1941.

Causa da consulta: — Aborto habitual — Dificil fecundação. No último m. z., dores abdominais por crises com perdas sanguíneas.

Radiografia: — Utero com contornos irregulares — Trompa D obstruida no pavilhão.
— Trompa E obstruida no pavilhão.



Idem — 10 horas mais tarde

A radiografia de controle mostra que a substância opaca atingiu com dificuldade o pavilhão E e ali permaneceu. Trompa D facilmente permeável, mostrando grande dilatação e permanência no exame de controle

pequena pressão, sómente 100 mm Hg e menos; 2) pelo uso de substâncias como o skiodan-acacia, muito empregado nos E. U. da América do Norte, sem ação nociva quando em injeção endovenosa acidental durante o exame.

O outro risco que sofrem tais pacientes é o da ruptura da trompa durante o exame radiológico. Este perigo é relativamente pequeno, pois tais pacientes já devem estar preparadas para uma laparotomia de urgência.

Em 100 casos de histerosalpingografia tivemos de atender dois sómente de prenhez tubária ou sejam 2% de todos os exames.

Si encararmos sómente os casos que nos procuraram com finalidade obstétrica e que são em número de 50 — teremos 4% de prenhez tubária.

2 — Abôrto habitual

Temos a considerar junto a este título o abôrto espontâneo, pois ambos obedecem ao mesmo critério na pesquisa da causa.

Em todos os casos de abôrto habitual devemos praticar a histerosalpingografia, mesmo naqueles onde aparentemente existe uma causa. Com maior razão em outros nos quais tendo sido feito um tratamento bem orientado, o abôrto deu-se espontaneamente, sem causa apreciável.

Tivemos ocasião de praticar o exame com lipiodol em 8 casos de abôrto habitual ou abôrto espontâneo, sem causa aparente em nosso grupo de 50 observações ou seja em 16% das consultas.

Encontramos então o seguinte, nestes 8 casos:

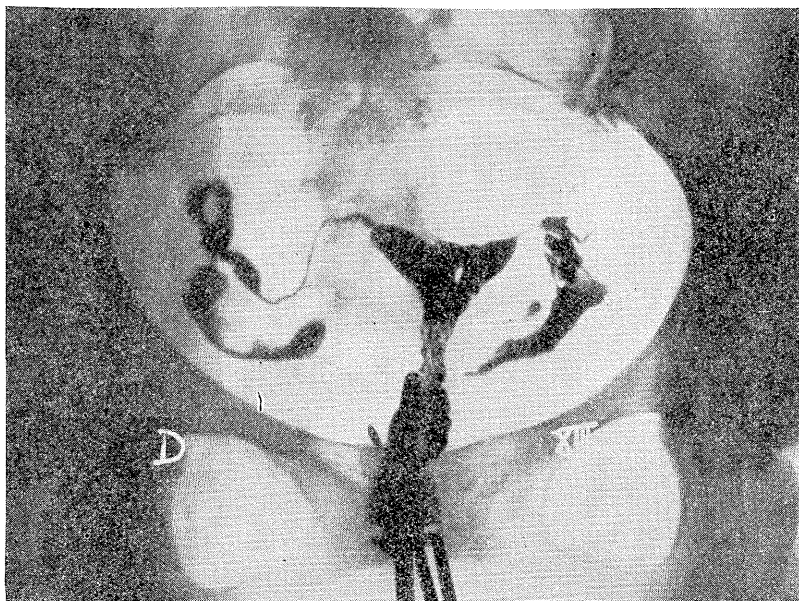
Hiperplasia do endometrio	— 2 casos ou 25%
Salpingite cística	— 2 casos ou 25%
Retroversão	— 1 caso ou 12%
Prenhez tubária	— 1 caso ou 12%
Fibroma uterino	— 6 casos ou 75%
Fibroma sub-mucoso	— 2 casos ou 25%
(veja obs. 13 e 87)	

Estas constatações não ocorreram em pacientes diferentes; houve pacientes que apresentavam fibroma uterino com nódulo sub-mucoso ou fibroma uterino, prenhez tubária e salpingite cística etc...

Verificamos nesta estatística que 100% das que nos procuraram por abôrto sem causa apreciável, apresentavam pequenos fibromas uterinos.

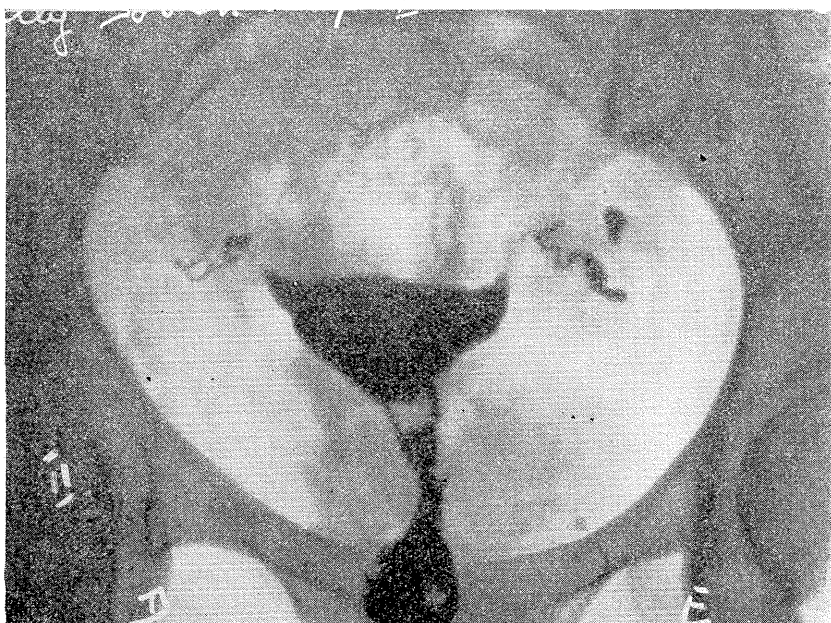
De todas as pacientes, as que têm observações mais interessantes são as de n.ºs 13 e 87.

Obs. N.º 13 — E. L. — Casada ha 11 anos — 1 gestação à termo ha 7 ans. Durante todo o período de gestação não fez tratamento algum embora tivesse tido várias vezes perdas sanguíneas que cediam pelo repouso. Procurou-nos com gravidez de 10 semanas aproximadamente, com perda sanguínea abundante.



N.º 8 — Obs. 13 — E. L.

Aborto habitual — Fibroma sub-mucoso.



N.º 53 — Obs. 87 — N. B.

Aborto habitual — Fibroma uterino — Fibroma sub-mucoso do istmo.

Iniciamos o tratamento com repouso no leito. Proluton 10 mmgr., Frenovex em gotas e ampólas, opiáceos, vitamina E em alta dose e tratamento anti-sifilítico. Após uma semana, apesar da medicação, a paciente foi recolhida ao Hospital Alemão com anemia aguda por violenta hemorragia, tendo que submeter-se a uma curetagem uterina.

O tratamento continuou intenso em preparativos para nova gestação que iniciou-se cerca de seis meses mais tarde.

No mesmo período abortou espontaneamente com nova hemorragia abundante.

Submetida à histerografia obtivemos a imagem da *observação n.º 13* — Utero de contornos irregulares de forma e dimensões normais com provável hiperplasia do endométrio, apresentando uma imagem lacunar no centro da imagem uterina determinada por fibromiona submucoso. Trompas normais facilmente permeáveis.

Obs. N.º 87 — N. B. 36 anos. — Casada há 9 anos. 1 parto a termo. — 3 abortos espontâneos no 4.º mês. — Fez histerosalpingografia em 27-10-41. Esta paciente apresenta uma história idêntica a da observação anterior. Após o terceiro aborto, em cuja gestação foi bem medicada por outros colegas, consultou-nos por desejar saber a causa de seus abortos.

Histero salpingografia — Pequeno fibroma uterino com nódulo submucoso projetando-se para a cavidade ao nível do istmo.

Trompas visíveis, normais, permeáveis”.

Em todos os oito casos citados nesta estatística os sinais subjetivos e objetivos não permitiam fazer clinicamente o diagnóstico de fibroma uterino.

3 — Esterilidade

É neste vasto capítulo da obstetria e ginecologia que a histerosalpingografia encontra suas indicações máximas.

Entre as 50 clientes examinadas, encontramos 43, ou sejam 86%, que nos procuraram em virtude de esterilidade. Estas pacientes já haviam, em sua maioria, tentado tratamentos mal orientados e todas elas somente submeteram-se ao lipiodol após o exame do marido.

Na esterilidade, a histerosalpingografia é empregada como meio diagnóstico e, em grande número de casos, como meio terapêutico.

É frequente o número de gestações após este exame radiológico.

Dentre 50 conseguimos acompanhar 5, ou sejam 10%, que conseguiram gravidez dentro do primeiro ano.

Destas 5, em 2 casos havia esterilidade primitiva e em 3 esterilidade secundária.

Das 2 pacientes com esterilidade primitiva uma (obs. n.º 1) era casada há 6 anos e concebeu um mês após o exame; a outra, casada há 2 anos, com trompas dificilmente permeáveis, entrou em gestação depois de um ano.

Das 3 pacientes com esterilidade secundária, uma havia dado à luz há dois anos e tornou-se grávida um mês após o exame; outra, havia abortado há 6 anos e tornou-se grávida após 6 meses da data da histerosalpingografia; a terceira, portadora de um pequeno fibroma uterino,

casada ha 2 anos, abortou no 4.º mês, tendo sido fecundada no primeiro mês após o casamento; tendo sido praticada a histerosalpingografia em virtude de esterilidade secundária, tornou-se grávida após 5 meses, passando todo o período de gestação na iminência de aborto e de parto prematuro.

Ao atendermos uma paciente que nos procura visando sua esterilidade, devemos praticar antes de qualquer exame radiológico:

- a) O exame do marido, baseado principalmente na pesquisa de espermatozoides no esperma, quantidade, morfologia e grau de vitalidade.
- b) Exame clínico-ginecológico da mulher.

Dispostos estes dois elementos: a) possibilidade ou poder fecundante do marido, b) aparente possibilidade idêntica por parte da mulher, passaremos à histero-salpingografia.

Muitas causas concorrem para a esterilidade feminina.

Não é nossa finalidade enumera-las ou descreve-las.

Nossa contribuição limita-se à observação das perturbações mecânicas observadas durante nossos exames no écran.

Às vezes uma mulher estéril pode apresentar várias causas de esterilidade, como, p. ex.: estenose do istmo e obstrução tubária; outra poderá apresentar um fibroma uterino e hidrosalpinx etc.

Em nossas 43 pacientes estéreis, das quais 35 nos procuraram por esterilidade primitiva e 8 por esterilidade secundária, encontramos menorragias em 10, ou sejam 23%, em sua totalidade casos de esterilidade primitiva:

Fibromas uterinos em 10 dos 35 casos de esterilidade primitiva, ou 30%, e 2 em 8 de esterilidade secundária, ou 25%.

Fibromas uterinos em casos de esterilidade — **média 27,5%.**

Além desta observação, encontramos nos casos de esterilidade primitiva:

1) Obstrução tubária unilateral em 14 casos ou	42%
2) Estenose do istmo em 11 casos ou	33%
3) Obstrução tubária bilateral em 10 casos ou	30%
4) Menorragias em 10 casos ou	30%
5) Fibromas em 10 casos ou	30%
6) Hipoplasia uterina em 8 casos ou	24%
7 — Trompas dificilmente permeáveis, exigindo pressão elevada ou constante em 7 casos ou	21%
8) Desvios do útero em 5 casos ou	15%
9) Hiperplasia do endométrio em 5 casos ou	15%
10) Fibromas sub-mucosos em 5 casos ou	15%
11) Malformações em 3 casos ou	9%
12) Esfinter tubário presente em ambos os lados em 2 casos ou	6%

Estas diferentes modificações foram observadas às vezes em associação num único caso, como já referimos.

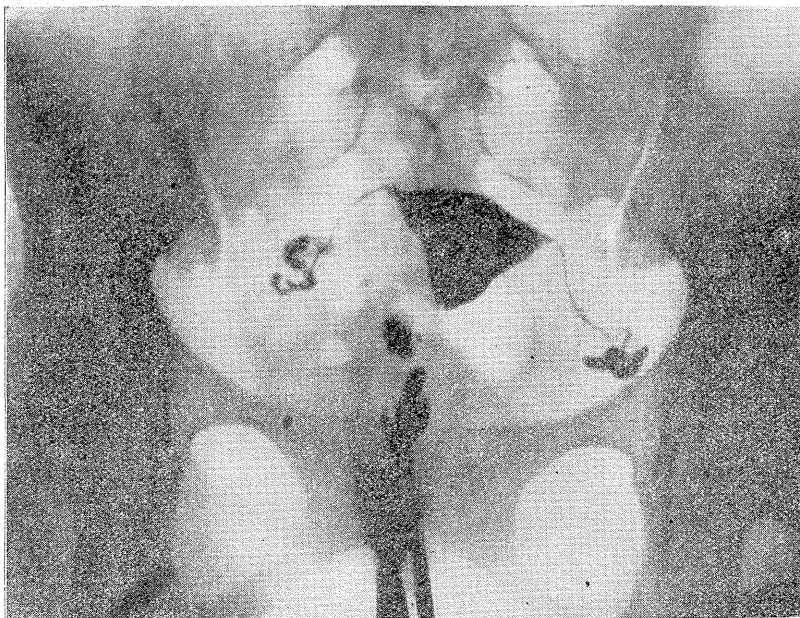
Não resta a menor dúvida que a esterilidade tendo por causa o obstáculo tubário, é a mais frequente.



N.º 22 — Obs. 32 — B. S. — Esteril
 Estenose do istmo — Útero volumoso em retroversão. — Trompa D obstruído no centro — Trompa esquerda obstruída ao nível do pavilhão.

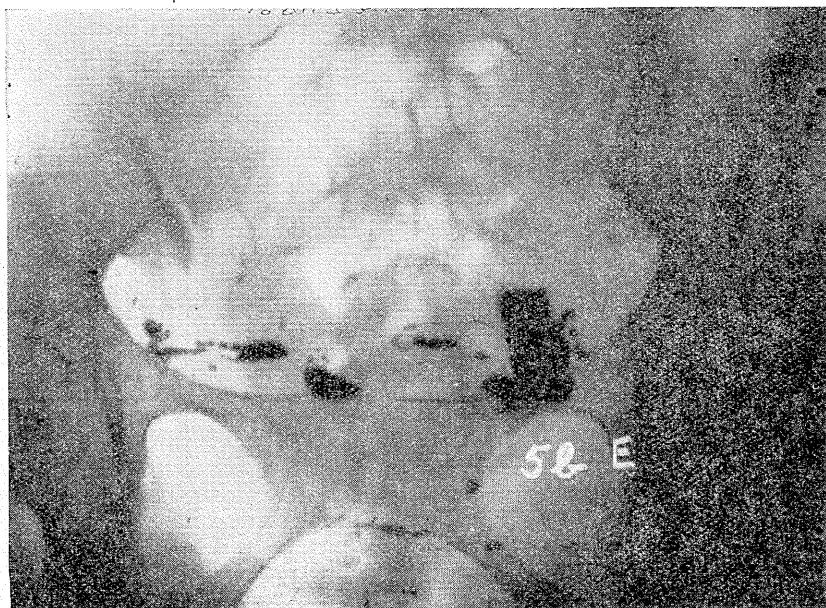


Idem — 8 horas mais tarde, mostra pequena quantidade de lipiodol na trompa D e toda a trompa E retendo ainda a substância opaca.



N.º 4 — Obs. 5 — E. B.

Esterilidade — Trompas permeáveis somente com pressão de 270 mmHg. — Esfinter tubário bilateral perceptível.



Idem — 8 horas mais tarde



N.º Obs. n.º 89 — C. O. — Menorragias e metrorragias.
 Fibroma uterino (istmo) — Trompas intensamente espasmodicas. — Esfincter tu-
 bario visível em ambos os lados.



N.º Obs. n.º 91 — R. A. — Menorragias e metrorragias — Esteril

Nossa estatística nos dá, entretanto, somente 30% de obstrução tubária bilateral, cifra inferior a da maioria ou quasi totalidade das estatísticas estrangeiras, que oscilam entre 30 e 65%.

Sómente 9 mulheres, ou 27% das nossas observadas, apresentavam radiografias nas quais não foi possível encontrar causa capaz de provocar esterilidade.

A obstrução tubária pode-se dar no ostium, porção istmica e ampular.

Como a causa do impedimento tubário pode ser intrínseca ou extrínseca, pela radioscopia e radiografias em séries podemos, em alguns casos, esclarecer as condições que presidiram à obstrução.

Por exemplo: **Obs. n.º 32** — B. S. — 32 anos — casada ha 7 anos, estéril — A histerosalpingografia nos deu o seguinte resultado:

“Trompas obstruidas, a D, no meio; a E, no pavilhão que persiste cheio 8 horas mais tarde. Útero volumoso em retroversão moderada, com estenose do istmo.

Conclusões: Salpingite cística a E, com aderências fixando a trompa em posição alta.”

Como pode ser visto nas figuras, não resta dúvida que um processo inflamatório extrínseco obstruiu o pavilhão desta trompa e as fixou, ambas, por aderências, aos órgãos vizinhos.

Na **obs. n.º 5** — E. B. — 21, anos — casada ha 3 anos, percebemos o esfinter tubário bilateral. A histerografia nos informa o que segue: “Útero de aspecto normal. Trompas permeaveis com grande pressão (270 mm de Hg). Verifica-se a **presença do espasmo do esfinter tubário bilateral**.

Na **obs. n.º 89** — C. O. — casada ha 17 anos, com esterilidade secundária, a histerografia nos informa: Trompas permeaveis, espasmódicas, **com esfinter tubário intensamente contraído em ambos os lados**.

Encontramos com relativa frequência o espasmo do esfinter tubário ao nível do ostium.

Sua presença, como a do espasmo tubário, ou da contratura uterina, depende muito de condições individuais.

Entretanto notamos, como bem chamou a atenção Jean Séguy, que o esfinter tubário é mais fácil de ser posto em evidência nos exames da difícil permeabilidade tubária ou nos quas se constatou obstrução dos oviductos.

Nas 50 observações notamos as seguintes obstruções tubárias:

28 obstruções tubárias no ostium	— 28% das trompas
10 obstruções tubárias no pavilhão	— 10% “ “
3 obstruções tubárias n' aporção istmica	— 3% “ “
59 trompas permeaveis ou	— 59% “ “

As obstruções achavam-se assim distribuidas:

12 casos de obstrução tubária bilateral no ostium	— 24%
7 “ “ “ “ unilateral no ostium	— 14%
1 caso “ “ “ “ bilateral no pavilhão	— 2%

9 casos	"	"	"	unilateral n opavilhão	— 18%
0	"	"	"	bilateral no istmo	— 0%
0	"	"	"	unilateral no istmo	— 0%
1	"	"	"	no istmo de um lado e pavi-	
				lhão do outro lado	— 2%
1	"	"	"	no ostium de um lado e pavi-	
				lhão do outro lado	— 2%
0	"	"	"	no ostium de um lado e no	
				meio do outro lado	— 0%

Como vê-se nesta estatística, a obstrução tubária na porção istmica é rara e quasi sempre extrínseca. Na maioria dos casos a obstrução se faz no ostium, 38%, e em segundo lugar no pavilhão, 20%.

Em 38% das examinadas não havia obstrução tubária uni- ou bilateral.

Constatamos divertículos tubários em dois casos e unilaterais (E).

ACIDENTES E CONTRAINDICAÇÕES

Os acidentes durante a histerosalpingografia são extremamente raros. Podem ser divididos em acidentes imediatos e tardios.

Entre os primeiros temos que consignar os que a literatura cita: morte súbita, embolia pulmonar, ruptura de trompas, infecção mais ou menos intensa, podendo levar à pelviperitonite e septicemia.

Entre os segundos, temos a citar o possível granuloma das trompas em casos de retenção de lipiodol, por muitos meses, conforme notificaram Rubin de N. York, Novak e outros.

Entretanto, podemos afirmar que tanto uns como outros são acidentes raros.

Entre os primeiros, a morte súbita também pode surgir num simples toque de faringe ou injeção endovenosa e não depende só da histerografia, podendo ser complicação reflexa de uma série de atos cirúrgicos sem importância.

Quanto a embolia, infecção e ruptura de trompas, são acidentes cada vez mais raros e dependendo da falta de observação das contra-indicações e de falha de técnica.

Quanto ao granuloma da trompa que a retenção demorada das substâncias radio opacas iodadas pode provocar, temos a objetar que, se o oviducto guardou retida tanto tempo a substância, este acidente só poderia ser possível em trompa já lesada, pois uma trompa normal não permite a permanência em seu trajeto, por muito tempo, de qualquer corpo estranho.

Nunca observamos acidente algum em nossos exames.

Aconselhamos, afim de serem evitadas complicações, a respeitar as seguintes contra-indicações:

- 1) gravidez tópica;
- 2) hemorragias;
- 3) processo infeccioso agudo ou sub-agudo;

e a seguir certos conselhos:

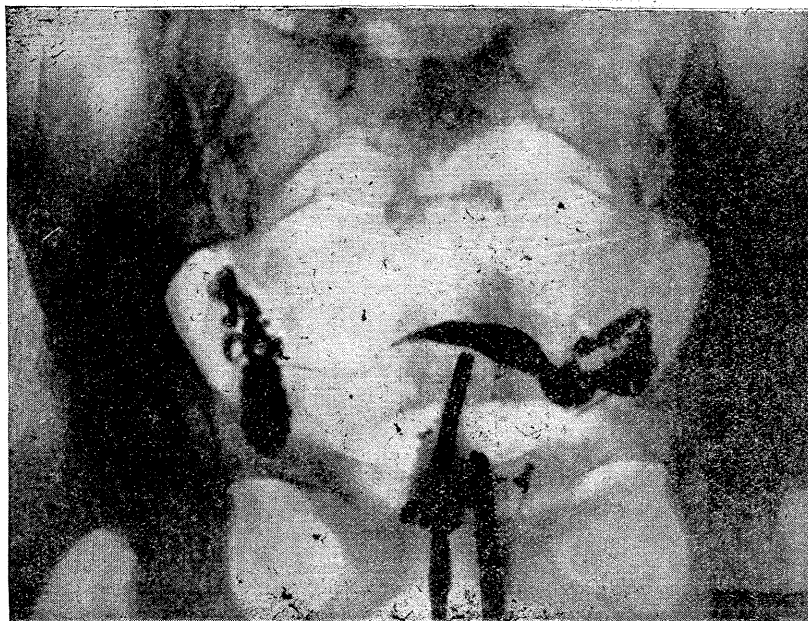
- 1) usar o manômetro;
- 2) evitar grandes pressões ou pressões rapidamente ascendentes. Não exceder de 250 mm de Hg e excepcionalmente ir a 300 mm Hg. É preferível manter uma pressão constante a 150—200 mm Hg durante muitos minutos ou horas do que forçar pressões elevadas.
- 3) colocar o aparelho corretamente e com delicadeza;
- 4) Praticar em série o controle radioscópico e radiográfico durante o exame;
- 5) Repouso no leito durante 24 a 48 horas;
- 6) Praticar a histerosalpingografia em meio hospitalar.

A histerosalpingografia necessita ser mais empregada na prática. Os que a contraíndicam fazem-no sem conhecimento de causa.

Os raríssimos acidentes possíveis são nada diante da contribuição diagnóstica que o método nos traz.

CONCLUSÕES

- 1 — A histerosalpingografia é um meio semeiológico indispensável em obstetria e ginecologia, para o esclarecimento de determinados estados mórbidos.
- 2 — A nosso ver, o melhor exame nos é permitido pelo contraste menos fluido — Ele permite melhor aproveitamento da pressão manométrica.
- 3 — O manômetro pode mas não deve ser dispensado em um exame correto, com poucas exceções em que o seu uso não interessa. Procuramos não exceder a pressão de 250 mm Hg.
- 4 — Em algumas pacientes, ha necessidade do emprego do antiespasmódico antes do exame.
- 5 — A histerosalpingografia deve ser indicada em todos os casos de aborto habitual, meno ou metrorragias e de esterilidade.
- 6 — O exame do esperma do marido deve preceder ao exame radiológico da mulher nos casos de esterilidade do casal.
- 7 — O esfinter tubário, a nosso ver, não constitue sinal patognômico de obstrução tubária, aparece dependendo de condições individuais e em certos casos de obstáculo tubário persistente ou de difícil remoção.
- 8 — As mulheres suspeitas de gestação tubária devem ser submetidas a histerosalpingografia em meio hospitalar. O aumento de pressão na trompa pode determinar a ruptura da mesma.
- 9 — A histerosalpingografia não deve ser praticada nunca em casos de infecção aguda ou subaguda do aparelho genital.
- 10 — Não praticamos nunca a histerografia em mulheres suspeitas de prenhez tópica normal e a contraíndicamos.
- 11 — Em 100 histerografias não observamos sequer um acidente e consideramos um meio de diagnóstico eficiente e inócuo quando feito com técnica.



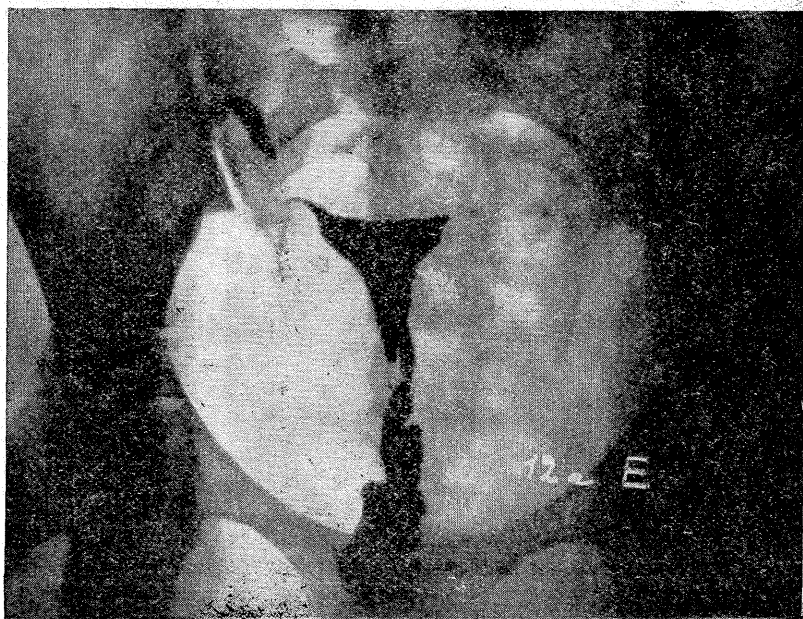
N.º 1 — Obs. 4 — I. Z.

Esterilidade — Retroversão, estenose do istmo — Salp. cística — Trompa D facilmente permeável com passagem da substância opaca sobre o ovário D cístico.

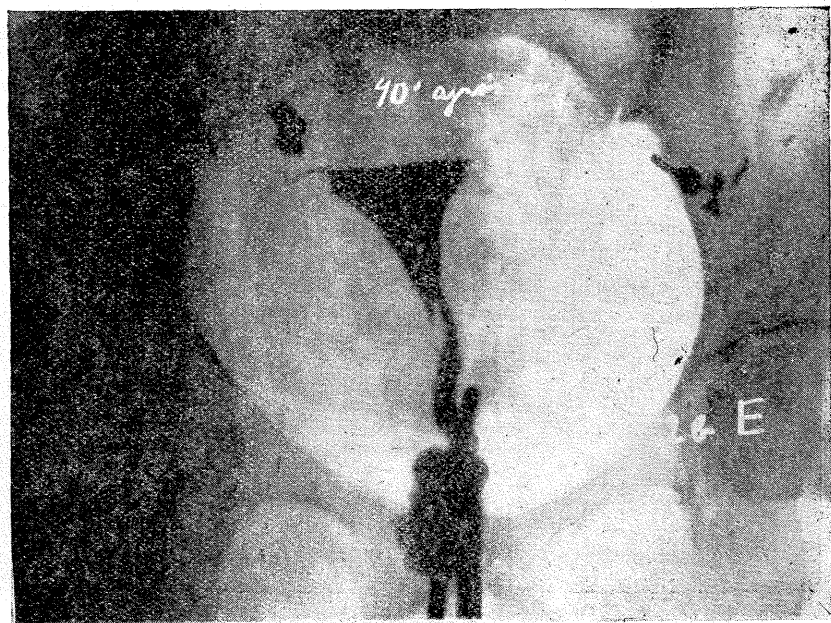


Idem 10 horas mais tarde

Esta paciente submeteu-se a uma intervenção cirúrgica Laparotomia: apendicectomia — histeropexia — pré sacro, enervação bilateral do ovário — Plástica das trompas, císticas.

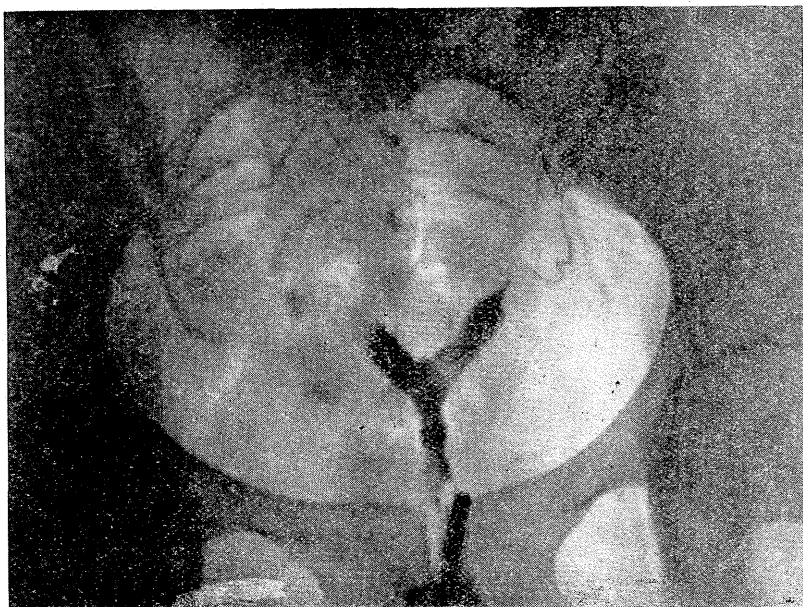


N.º 7 — Obs. 12 — B. B.
Esterilidade secundária.



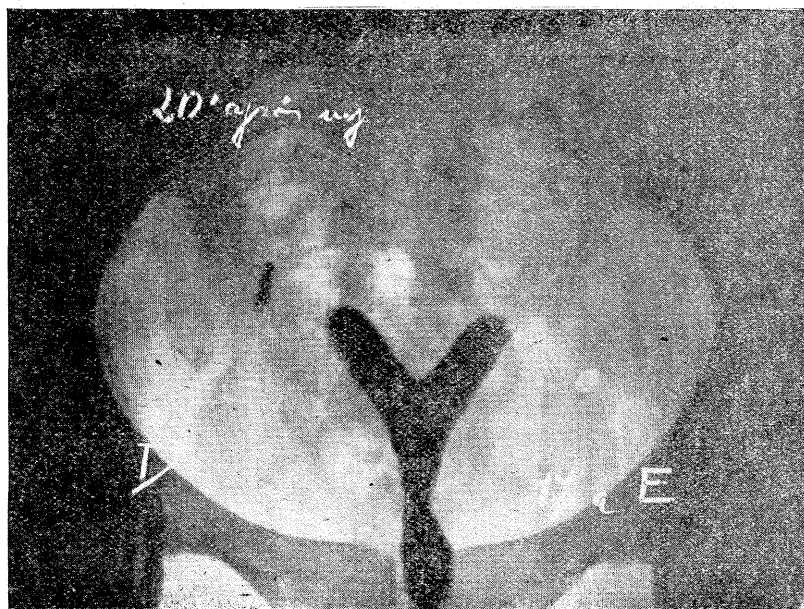
Idem, sómente após 40 minutos de pressão a 150 mm Hg.

A radiografia do controle mostrou o lipiodol no Douglas 9 horas mais tarde. Esta paciente concebeu meses após o exame radiológico e deu a luz em Fevereiro de 1941.



N.º 12 — Obs. 17 — A. A.

Esterilidade — Útero bicorne unicervical — Obstrução tubária no pavilhão à D



Idem — 20 minutos após a instilação,



N.º 14 — Obs. 21 — E. C.

Aborto espontaneo — Menorragias. — Trompa D visível. — Trompa E não perceptível. — Hiperplasia do endométrio.

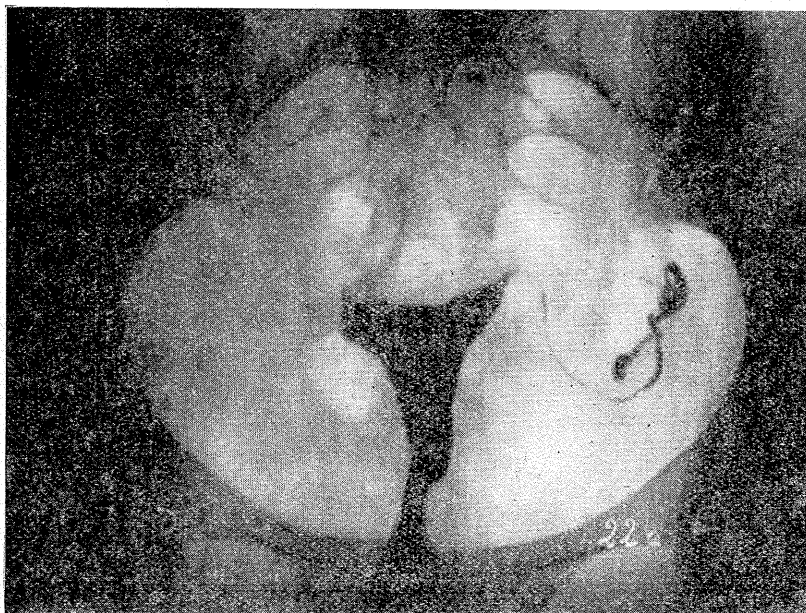


Idem — Trompa E deu passagem ao lipiodol. — Trompa D obstruída no pavilhão que retém a substância opaca, 10 horas mais tarde.



Idem — Quatro dias após o exame ainda existe restos de lipiodol no pavilhão D

N.º 14 — Obs. 21 — E. C.

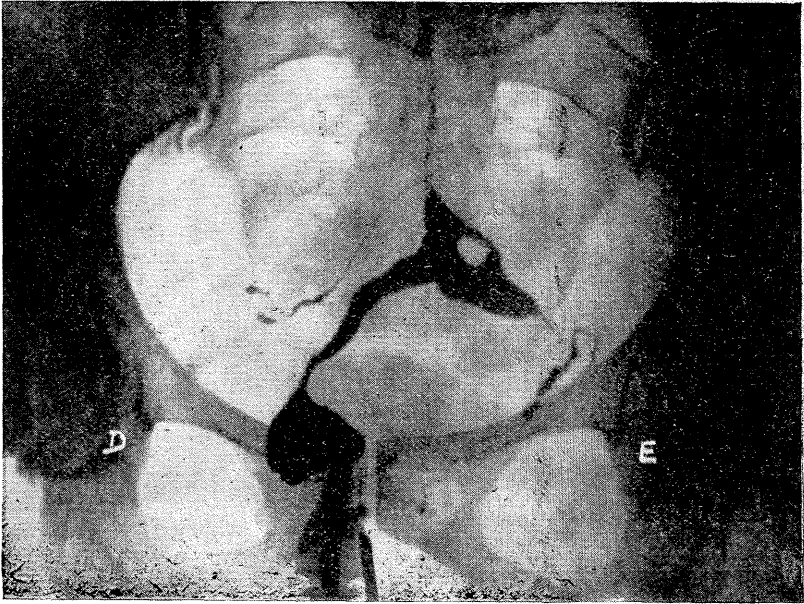


N.º 15 — Obs. 22 — M. S. M.

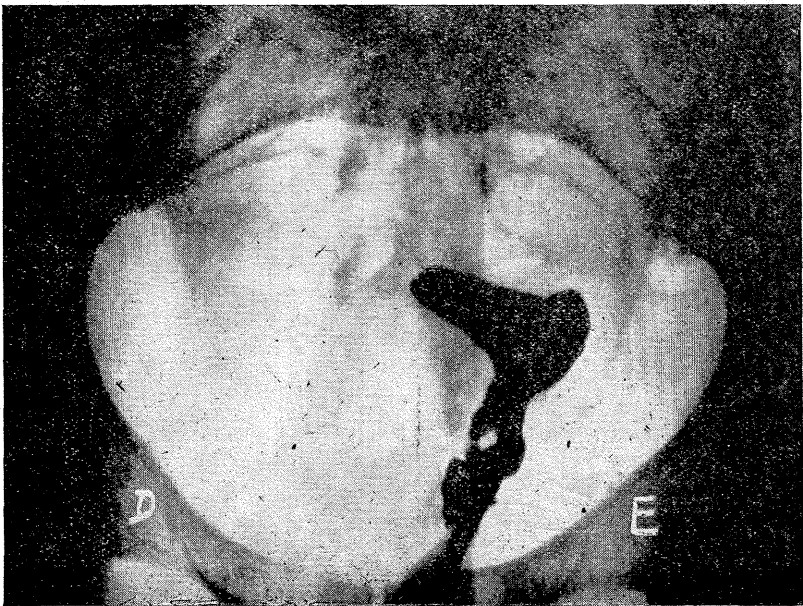
Esterilidade secundária — 1 parto a termo há 2 anos, sem nova fecundação. — Trompa direita obstruída ao nível do ostium, trompa E permeável. — A radiografia de controle mostrou, 10 horas mais tarde, lipiodol no Douglas à E. — A paciente concebeu e 1 mez após o exame e deu à luz um feto vivo. Percebe-se o esfinter tubário bilateral.



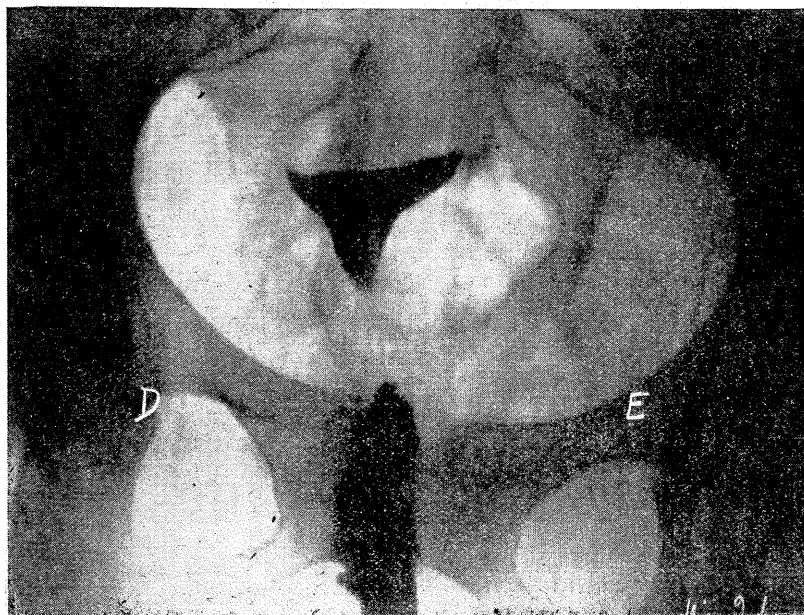
N.º 26 — Obs. 39 — D. G.
Obstrução tubária bilateral.



N.º 17 — Obs. 24 — G. A.
Esteril — Fibromioma sub-mucoso.

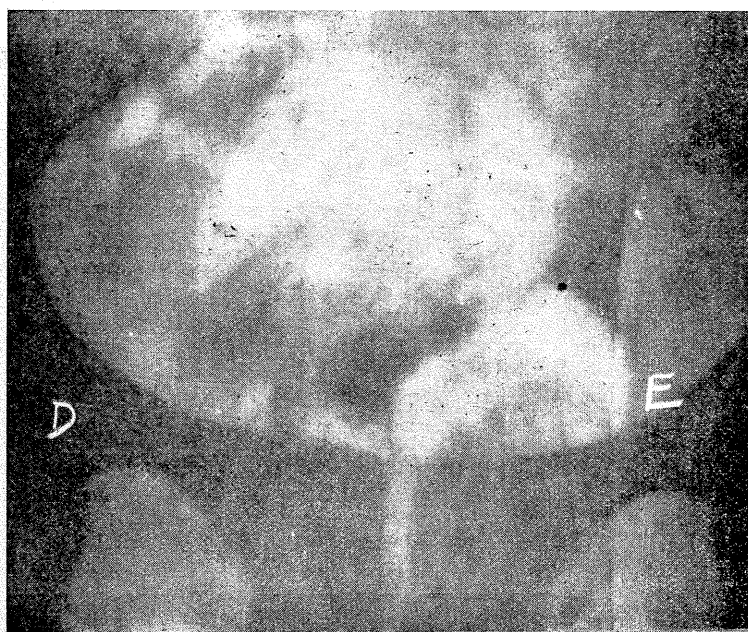


N.º 24 — Obs. 34 — D. G.
Esteril — Hemorragias — Fibromioma uterino, — Nodulo sub-mucoso no istmo.



N.º 26 — Obs. n.º 26 — A. V.

Esterilidade — Obstrução tubária à E. — Trompa D espasmodica, aparentemente obstruída em sua porção mediana — A rad. de controle mostra vestígios de lipiodol na cavidade abdominal à D.



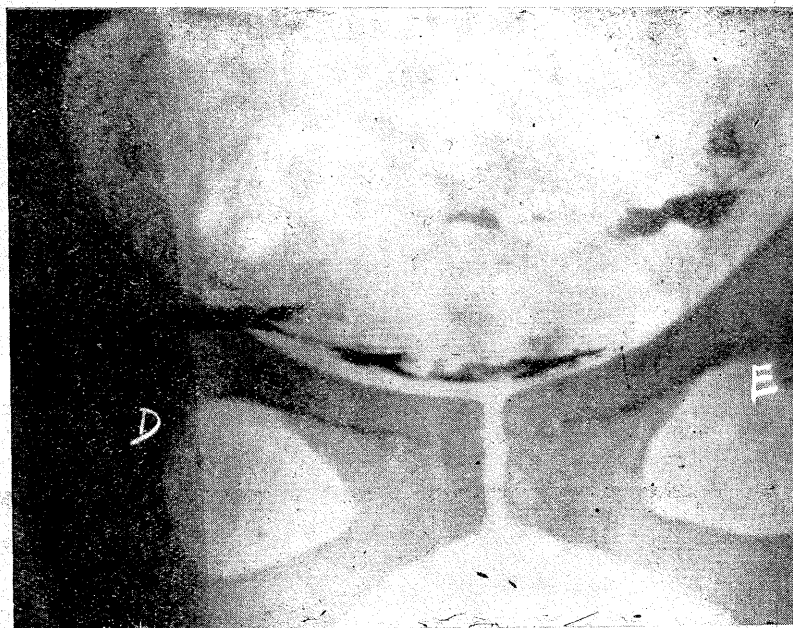
Idem, após dez horas — Pequenos vestígios de lipiodol na cavidade abdominal. Esta paciente submeteu-se a histerosalpingografia em Julho de 1939 e teve a última menstruação em 27-2-41. — Parto em 12-12-1941.



N.º 20 — Obs. 29
Pequeno fibroma uterino à E e D.

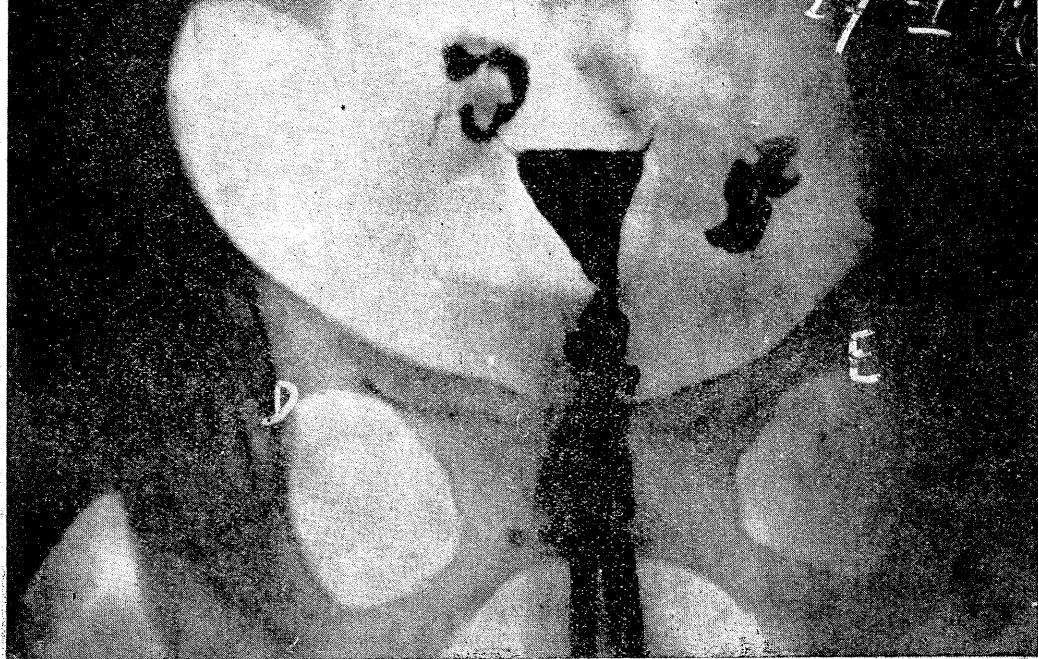


Idem — $\frac{1}{2}$ hora mais tarde. — Trompas permeáveis com facilidade; retenção de lipiodol na cavidade uterina.

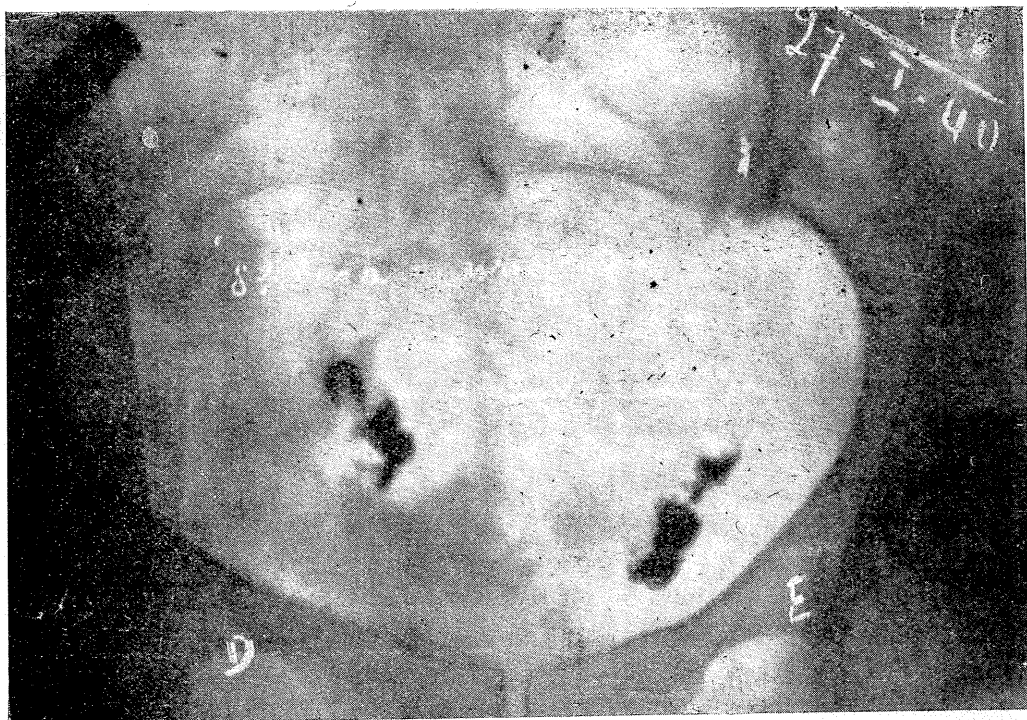


Idem — 8 horas mais tarde. — Esta paciente deu a luz cerca de $11\frac{1}{2}$ ano mais tarde, tendo tido durante todo o período de gestação, até ao 7.^o mez, frequentes ameaças de aborto.

N.^o 20 — Obs. 29



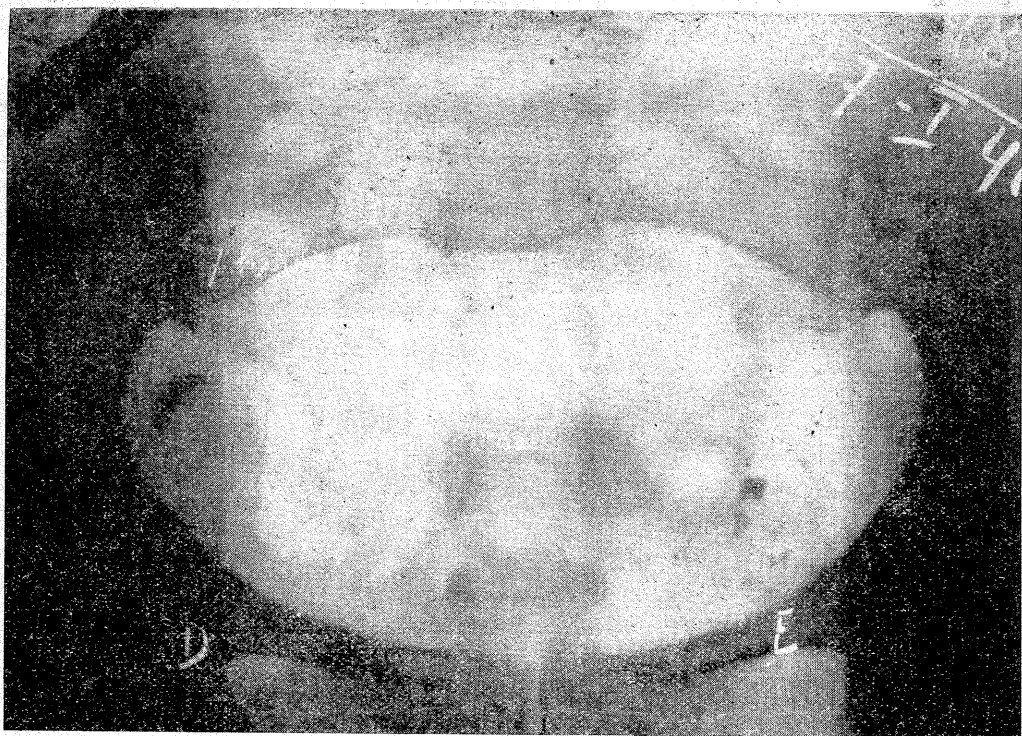
N.º Obs. n.º 47 — R. M. — 50 anos — 10 abortos espontâneos, 6 partos a termo.
 Causa da consulta: Menorragias e desejou saber qual a causa dos abortos e mais
 tarde da esterilidade.



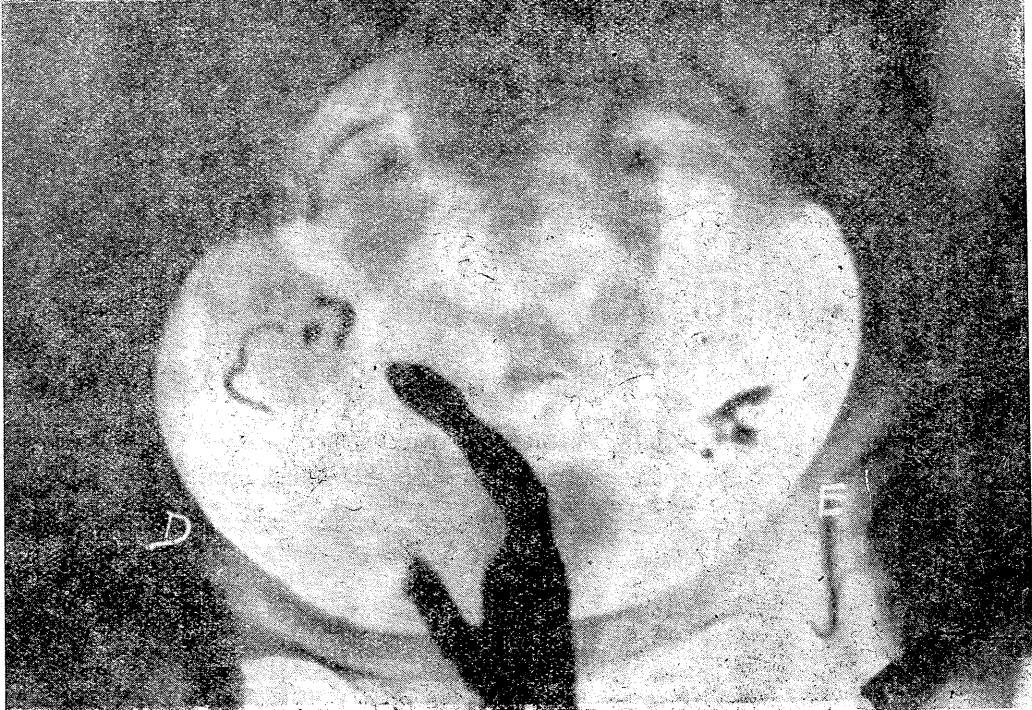
N.º Obs. n.º 47 — R. M.
 Utero normal — Trompas visíveis em toda a sua extensão, espasmodicas, com obstrução do pavilhão. — A radiografia de controle feita 8 horas após, mostra lipiodol retido nas trompas. Salpingite cística bilateral. Radiografia feita em 27-2-1940. Esta paciente submeteu-se cerca de 1 ano mais tarde a uma laparotomia de urgência em virtude de ruptura de pyosalpinx a D. — As hemorragias desapareceram após



N.º 31 — Obs. 48 — E. S. — Esteril — Menorragias.

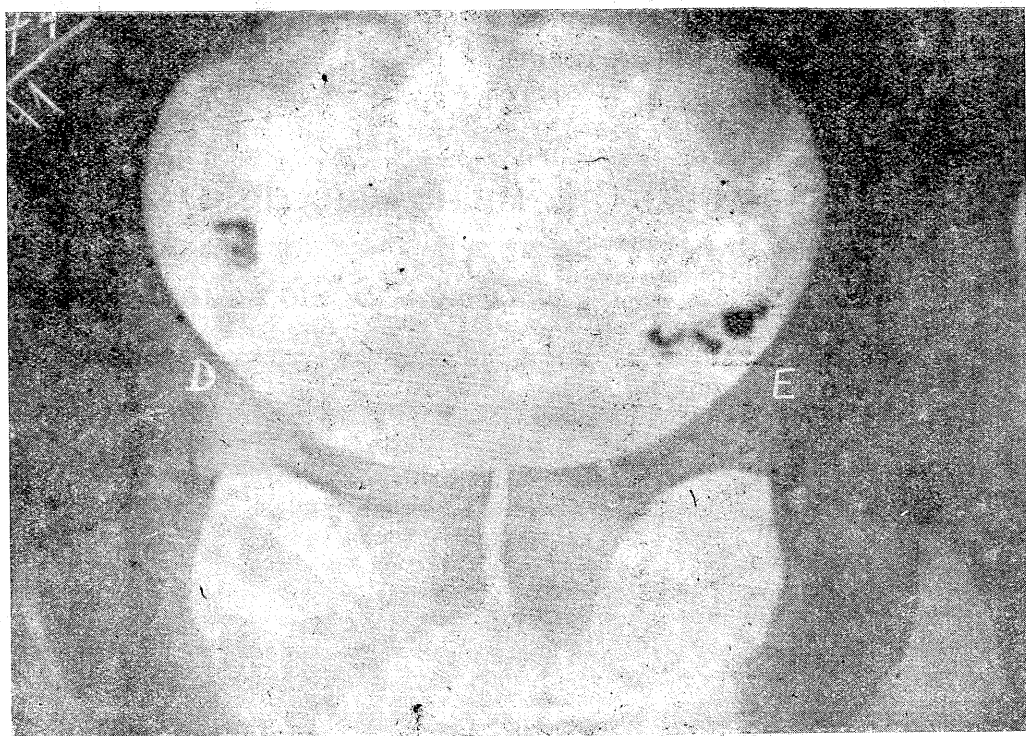


N.º 31 — Obs. 48 — E. S. — Prova de controle 7 horas mais tarde.
 Útero aumentado de volume, (pequeno fibroma) com hiperplasia do endometrio. —
 Trompa D obstruída ao nível do pavilhão e espasmodica. — Trompa E intensa-
 mente espasmodica e dificilmente permeável.



N.º 45 — Obs. 74 — D. B. V.

Causa da consulta: — 1 gestação a termo — Esterilidade secundária, menorragias.
 Imagem uterina deformada, pequeno fibroma uterino; trompas espasmódicas com
 obstrução ao nível do pavilhão.



Idem, 10 horas mais tarde — Obstrução tubária ao nível do pavilhão.