

Contribuição ao estudo da  
INVERSÃO UTERINA

Dr. Galdino da Silveira Magalhães Ribeiro

Contribuição ao estudo da  
**INVERSÃO UTERINA**

THESE PARA O CONCURSO DE  
LIVRE-DOCENTE À CADEIRA DE

**CLINICA GYNECOLOGICA**

NA

Faculdade de Medicina da Bahia



1927—BAHIA

LIVRARIA E TYPOGRAPHIA DO COMMERCIO  
Rua Silva Jardim, 35 — Telephone Central 1260



## MEMORIAL

---

Regimento Interno da Faculdade de Medicina da Bahia.

Art. 40—O candidato a concurso exhibirá no acto de inscrição: c) memorial de que conste minudentemente toda a sua vida scientifica, funcções que tenha exercido e trabalhos publicados.

### Titulos e funcções que tenho exercido:

Bacharel em sciencias e letras em 6 de Dezembro de 1910.

Interno effectivo de clinica Gynecologica de 23 de Setembro de 1914 a 23 de Setembro de 1916.

Doutor em Sciencias Medico-Cirurgicas pela Faculdade de Medicina da Bahia em 28 de Dezembro de 1916.

Assistente honorario de Clinica Gynecologica em 9 de Maio de 1917.

Inspector Sanitario Maritimo em 13 de Março de 1917.

Assistente effectivo de Clinica Gynecologica em 4 de Agosto de 1919.

Medico da Companhia Vera Cruz em 31 de Maio de 1923.

Cirurgião do Hospital Santa Izabel em 4 de Janeiro de 1926.

Professor de Physica e Chimica no Gymnasio S. Salvador desde 1921

## TRABALHOS DO AUTOR

---

### **Da luta contra o cancer do utero**

These de Doutoramento. Approvada com Distinção. 1916.

---

137 operações gynecologicas, na maioria laparotomias para fins diversos, realizadas na Clinica Gynecologica e registadas no livro official da Faculdade.



## PALAVRAS PREVIAS

---

Acho não causará surpresa aos senhores professores da Faculdade, que na maioria foram meus mestres, a minha candidatura á Livre-Docencia da cadeira de Clinica Gynecologica.

Desde estudante comecei de frequentar a mesma Clinica, e, depois de formado, nunca mais a abandonei, de modo que, quer com o Professor Adeodato, quer com o Professor Maltez, sempre me esforcei por me aperfeiçoar o quanto pudesse na especialidade.

Tive, sempre, a felicidade de merecer a confiança não só do primeiro,—que me chamou para seu assistente, tirando-me da vida maritima, á qual me havia lançado por motivos imperiosos—, como do segundo, que, subindo á Cathedra em 1925, me conservou como seu assistente, fazendo em aula official elogios acima dos meus merecimentos. Não só na clinica da Faculdade, mas tambem na particular, mereci, muitas vezes, destes professores, que ninguém contesta serem os luminares da Gynecologia Bahiana, a confiança mais lisongeira, ajudando-os em operações delicadissimas, tomando conta de doentes operadas, operando outras, substituindo-os em partos e no consultorio.

Não admira, portanto, que, achando-me conhecedor dos modernos processos de tratamento, não só medicos como cirurgicos, empregados pelos professores da nossa Escola, pretenda muito modestamente um pequeno logar ao pé daquelles que são meus mestres.

Neste trabalho, que ora apresento, notarão algumas cousas originaes e minha contribuição pessoal. Ali estão escriptos muitos ensinamentos que hebi em lições oraes e não ainda registrados, como sejam: o aproveitamento do orgão na grande maioria dos casos, a classificação das variedades, o emprego opportuno da ergotina, o modo de reduzir, o utero a drenagem, etc.

Julgo, portanto, não ter feito cousa inutil e espero merecer dos meus mestres condescendencia e aprovação.

DR. ALICIO DE QUEIROZ  
Médico Operador  
Itabuna — BAHIA

## Contribuição ao estudo da inversão uterina

### DEFINIÇÃO

Chama-se inversão do utero o reviramento deste órgão de dentro para fóra: a parte convexa torna-se concava e vice-versa.

A mucosa uterina exterioriza-se e põe-se em contacto com as paredes da vagina; o peritoneo visceral que cobre o corpo do utero forra, então, uma concavidade para onde, naturalmente, são arrastadas as trompas e, algumas vezes, os ovários. O intestino, também, certas ocasiões se insinua na depressão formada.

Alguns autores consideram-na um deslocamento e classificam-na ao lado dos desvios e prolapso.

Póde, algumas vezes, existir a inversão com prolapso; mas na inversão pura o processo morbido segue marcha muito differente dos desvios, não sendo justo collocal-a neste quadro.

### VARIEDADES E GRAUS

Em início, a inversão consiste numa simples móssa (1); depois, augmentando, a calote deprimida enche o resto da cavidade uterina, sem franquear o collo.

Este é depois franqueado: hernia-se uma parte do corpo do utero; em seguida todo o corpo; e, por fim, o mesmo collo se desvira como se fosse um dedo de luva.

Algumas vezes o utero invertido totalmente arrasta a vagina e ha então inversão com prolapso.

No classificar estas variedades, os autores divergem, sem, aliás, se afastarem muito uns dos outros.

Existe uma classificação simples (*Leroux et Dijon* - 1776) segundo a qual se divide a inversão em 3 graus: 1.º inversão intra-uterina; 2.º inversão vaginal (isto é, o corpo do utero dentro da vagina) parcial; 3.º inversão vaginal total, quando o proprio collo toma parte no processo.

Ha ainda a inversão com prolapso se a vagina tambem é herniada com o utero invertido. Caso é este muito mais raro, illustrado com bellissima estampa no livro de obstetricia de *Bumm*.

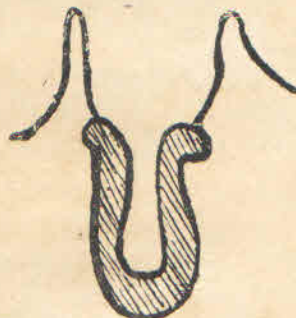
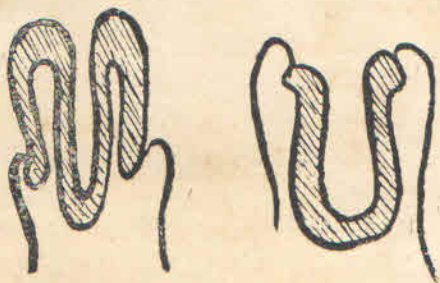
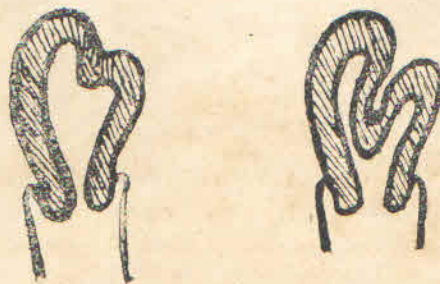
Pelas informações da doente, parece que a minha observação (n. 11) está neste caso.

*Küstner*, na *Encyclopedia de Gynecologia de Veil*, classifica as diversas variedades em: 1ª depressão, ligeira móssa do corpo, que passa muita vez

(\*)—Termo usado muito propriamente pelo Prof. Adedato para designar uma depressão.

x *Leroux, de Dijon (Dijon é a cidade natal de Leroux).*





Classificação de Küstner

Em cima } a esquerda:—depressão  
          } a direita:—invaginação

No meio } a esquerda:—inversão parcial  
          } a direita:—inversão total

Em baixo:—Inversão com prolapso



despercebida; 2.<sup>a</sup> invaginação (*Einstülpung*), depressão maior que occupa<sup>a</sup> a cavidade, mas não atravessa o collo; 3.<sup>a</sup> inversão parcial, quando o corpo franqueia o collo, mas este persiste; 4.<sup>a</sup> inversão total, corpo e collo invertidos; 5.<sup>a</sup> inversão com prolapso.

Esta classificação não pôde ser mais completa, porque abrange todos os casos possíveis. E' a vantagem da classificação anatomica

Temos ainda uma divisão, de accordo com o tempo da inversão, em aguda e chronica. E' esta uma das mais usadas em clinica, pela sua simplicidade e indicações therapeuticas, embora a anatomica, tambem, muito nos interesse.

✕ *Courty* admite apenas 2 graus: Incompleta, quando o corpo do utero não franqueia o collo: completa, quando este é franqueado.

Podemos e é commum, de accordo com as causas productoras, dividil-as em puerperaes e tumoraes; mas como está provado que outras causas podem influir na realização deste phenomeno, esta classificação pecca por falha.

*Raphael Mestre* divide-as em 5 typos. *Fernando Magalhães*, em 3 variedades: 1.<sup>a</sup> inversão uterina immediata ao parto antes ou depois do delivramento; 2.<sup>a</sup> inversão recente, algumas horas após o parto e 3.<sup>a</sup> inversão uterina chronica, desde algumas semanas até annos.

A divisão classica em agudas e chronicas foi modificada pelo Professor *Adeodato*.

Lendo-se os livros de Gynecologia das diversas Escolas e paizes, verifica-se que não ha um criterio

\* Classificações de Lervet - 1757

fixo para a differença entre a forma aguda e chronica, e, ainda mais, nenhum estabelece gradação precisa entre estas.

O *Professor Adeodato*—(1) faz a seguinte differença:—Inversão aguda será aquella que se observar no periodo immediato ao parto e quando a doente corre os riscos de hemorragias profusas ou choque.

Passados estes primeiros perigos as inversões tornam-se chronicas e então o autor divide-as em 2 variedades: chronica recente e chronica antiga. Chronica recente se observa dentro dos trez mezes seguintes ao parto; chronica antiga quando excede este tempo.

Não é uma classificação arbitraria, pois está dentro destes limites o tempo que a natureza gasta para fazer voltar o utero ao seu estado natural (periodo de involução). Importa muito isto na symptomatologia e nos accidentes a que está exposta a doente.

#### CAUSAS

Duas causas principaes produzem a inversão uterina. A mais importante é a inercia *post-partum*. A multiparidade é accusada de cumplice, mas ha diversos casos de utero invertido espontaneamente em primiparas. A flacidez dos tecidos, devida aos partos numerosos, naturalmente influirão como elemento predisponente.

A outra causa é a presença de tumores intra-uterinos, myomas polyposos quasi sempre.

Só conheço, e de leitura, uma observação de inversão do utero em caso de tumor canceroso, é o

(1)—Communicaçào verbal.



de *Denucé*. O cancer destruiu o collo, e o corpo, sem apoio, inverteu-se.

Geralmente, nos casos de cancer, quando o collo está destruido, a invasão dos lymphaticos e as infecções superajuntadas fazem o corpo adherir fortemente ás partes visinhas, tornando difficilissima a inversão. Já vi casos de cancer nos quaes, pelo exame especular, se via uma enorme cavidade ou antro sangrante; collo, não mais existia; inversão nenhuma. Podemos deixar de parte esta raridade de inversão por cancer.

Nos casos de inversão puerperal, accusam quasi todos os autores, como causadora do accidente, a tracção sobre o cordão, feita pelas parteiras ou medicos menos cautos, com o intuito de retirarem a placenta.

Em parte isto é verdade; mas não havendo inercia da musculatura deste orgão, a tracção por si só é impotente para inverter o utero; ao contrario teriamos muitos casos mais a registrar, porque é commum aqui este proceder,

A assistencia medica ao parto é um como luxo e valem-se, mesmo os abastados, das assistentes praticas. Detestavel costume, prejudicial á vida da parturiente e da creança.

Tenho visto, algumas vezes, partir-se o cordão em mãos de algumas destas praticas e a placenta expulsa espontaneamente ou tirada por manobras manuaes não produzir a mais minima inversão, pois, como de regra, depois de retirar artificialmente uma placenta, verifico pelo toque intra-uterino e pelo palpar do hypogastrio, o estado do orgão e sua



cavidade, não me limitando somente ao exame da placenta retirada, com receio de retenções de cotyledonios extra-numerarios e possiveis inversões parciais.

Diz o *Professor Adeodato*: — “Estas manobras (tracção sobre o cordão e pressão sobre o fundo do utero) de facto têm sido incriminadas como responsáveis pelo accidente. Convem, porem, notar que, estando o utero perfeitamente retraido, não ha violencia capaz de revirar o órgão (*Bumm*) No caso de tracção funicular, parte-se antes o cordão, como já tive ensejo de observar mais de um vez”.

Ainda em abono da minha opinião, *Küstner* diz o seguinte na *Encyclopedia de Gynecologia de Veit*: “a inversão não puerperal do utero tampouco poderá realizar-se sem que haja um periodo de relaxamento do órgão.

Accusam, tambem, como causa determinante a tracção demasiada no tirar as espaduas, o que determina verdadeira sucção.

O cordão curto ou encurtado por circulares é tido por facilitar o accidente.

Mas, havendo inercia e tracção, muito bem: uma coisa ajuda a outra.

A contracção, ás vezes, augmenta e completa uma inversão em inicio.

E' nestes casos que o emprego do canteio para sustar a hemorragia torna-se sobremodo perigoso, augmenta o gráo da inversão predispondo ao choque.

Citarei textualmente as palavras do *Professor Adeodato* — “A acção do canteio administrado á

paciente poderia, a meu ver, ter augmentado o gráu da inversão e a intensidade do choque, embora tivesse concorrido para moderar o impeto da hemorragia. Iniciado o reviramento do órgão, em virtude das causas precitadas, a contracção iniciada pelo centeio, do segmento uterino não invertido poderia ter determinado, maxime se o orificio externo já tinha sido franqueado pelo fundo, a inversão completa do útero.

Esta hypothese se basêa no mecanismo pathogenico admittido por *Pozzi*, com a differença, porem, que o phenomeno, no meu caso, não teria sido espontaneo e sim provocado ou, pelo menos, coadjuvado pela acção do centeio. Demais, como já deixei antever, parece-me racional admittir mais provavel de produzir-se esse "*movimento de deglutição*" quando o segmento invertido for maior que a porção restante, de modo que o polo fundal ja tenha transposto ou esteja em via de transpôr o orificio externo escancarado.

No caso contrario, isto é, quando houver apenas uma depressão "*en cul de fiole*", no classico dizer, as contracções do segmento incolume parece deverão produzir effeito outro, qual o de desamóssar a calote fundal."

Outro ponto a discutir é o ponto do inicio da invaginação. No caso de um tumor intra-uterino, naturalmente, começará pela inserção do tumor, pela sede de implantação do pediculo.

Na inversão puerperal, parece-me que a invaginação se inicia em uma das paredes, anterior ou pos-



terior, do utero, no ponto de inserção da placenta, lugar de menor resistencia,

Julgo assim, porque nos casos que observei, o utero se desenvaginava mais facilmente por uma das paredes.

No meu caso, foi a parede posterior; no caso do *Professor Aristides Maltez*, a anterior.

Seriam estes os pontos de inserção da placenta? E' difficil responder. Presumivel é que fosse. Felizmente, ainda não tive que reduzir inversões agudas em partos praticados por mim, cousa que não desejo para tal verificação.

*Rokitansky* acredita ser sempre o começo da inversão a zona de implantação da placenta, por certo gráu de inercia ahí existente, alem de ser esta a parte mais fraca.

Outros, como *Boursier*, localizam-lhe o inicio no fundo do utero.

#### FREQUENCIA

Felizmente a inversão uterina é molestia muito rara, mesmo entre nós, onde a assistencia medica ao parto não é tão diffundida como seria a desejar.

*Ribemont* estabelece uma proporção de 1 para..... 180.000 e de 1 para 200.000; *Auvard* 1 para 120.000; *Revées* 1 para 140.000; *Crossen* dá a proporção de 1 para 200.000 e *Siegel* de 1 para 190.000.

Enfim, todos os autores, neste ponto, estão mais ou menos em concordancia.

A inversão puerperal é mais frequente do que a produzida por tumores, 9 para 1, na porporção de *Küstner*.



Outros affirmam passarem despercebidos os casos de inversão parcial devida a tumores e que é esta a mais frequente.

Dizo *Dr. Fernando Magalhães* (Revista de Gynecologia e d'Obstetricia): "No Rio é mas frequente a complicação do que na Europa, onde é extremamente rara, e na Bahía, da mesma maneira que aqui, a casuística é mais abundante, pois só na these de Macedo de 1906 estão colleccionados 7 casos". Não achei esta these, mas procurei os principaes parteiros desta Capital e pude organisar a estatistica collocada mais adiante, de 15 casos, todos elles de inversão puerperal.

Não sendo conhecido o numero total de partos, bem se vê ser impossivel estabelecer uma proporção. Avalio, porem, esta muito pequena.

Pelo que li no artigo do *Professor Fernando Magalhães*, citado acima, conta este professor na sua vida clinica, até 1921, 8 casos. Lendo a discussão do caso do *Professor Magalhães*, na sessão da Academia de Medicina do Rio em 11 de Agosto de 1911, pude contar mais 8 casos, citados por varios medicos. Destes, 2 chronicos de 2 e 9 annos. Alguns sem referencia de tempo.

Na sessão de Julho de 1926 da Sociedade de Gynecologia e Obstetricia do Brasil, no Rio de Janeiro, o *Dr. Pereira Vianna* apresentou um caso de inversão aguda *post partum*, interessante pela attitude da parteira, de tesoura em punho, firmemente resollida a extirpar pela base aquillo a que ella chamava um *phenomeno*.

Na mesma Revista em o numero de Junho de 1926, *Didimo Napoleão* cita mais 2 casos, um de inversão aguda *post-partum*, motivada por tracções sobre o cordão feitas pela parteira. O outro é de inversão chronica parcial por tumor polyposos: extirpado o tumor é reduzida a inversão.

Na Sociedade de Obstetricia e Gynecologia do Brasil, de Outubro de 1926, *João Tolomei* apresenta mais um caso de inversão uterina *post-partum*.

Na Revista de Gynecologia de Dezembro de 1926, o doutorando *João Lopes Pereira* publica novo caso de inversão incompleta *post abortum*. Portanto, do que pule colligir, temos um total, no Rio, de 21 casos, observações publicadas.

A parte que se refere á Bahia será encontrada no fim, nas observações.

#### COMPLICAÇÕES

Invertido o utero, desde que o collo se retraia, os vasos uterinos serão naturalmente comprimidos, e observaremos a congestão passiva do orgão, que pôde chegar ao gráu extremo de gangrena e esphacelo.

Esta congestão, especialmente na mucosa, produzirá ecchymozes, erosões, ulcerações e descamação da mesma, que se desprende em retalhos mais ou menos extensos. Não incluímos ahi a infecção, muito facil, desde que o orgão está exposto por sua parte mais fraca.

A infecção da mucosa pôde propagar-se aos annexos (ovarios e trompas) e ao peritoneo peri—e para-uterino, não só através das trompas, cujos orificios se acham a mostra, como por intermedio dos vasos sanguineos e lymphaticos da região.



Admira-me até não ser mais frequente este facto em uteros que permaneceram na vagina invertidos por largo tempo.

*Dudley* observou uma doente na qual havia adherencia entre o corpo do utero parcialmente invertido e a mucosa do collo. Numa paciente de *Adeodato*, na clinica Gynecologica, existia adherencia dos annexos inflamados com o fundo do utero, verificada em acto operatorio.

Como complicações habituaes, temos as hemorragias que debilitam as enfermas e podem fazel-as morrer rapidamente, e o choque. O *Professor Adeodato* chama attenção para este phenomeno, cujas consequencias não deym ser confundidas com a hemorragia aguda; esta cede, as vezes, podendo predispor ao choque, mas sua causa principal é o repuxamento peritoneal, actuando sobre os plexos nervosos, principalmente o hypogastrico.

No seu artigo (\*) o *Professor Adeodato* diz com clareza meridiana: "Aos primeiros effeitos da perda sanguinea, substituiram-se, de modo subintrante, as manifestações do choque, para os quaes collaboraram predisposições remotas e actuaes— estado neuropathico agravado por profundos desgostos, e a propria expolição sanguinea - e causas efficientes ligadas de perto ao phenomeno da inversão:—repuxamento peritoneal devido ao prolapso dos annexos na cavidade do infundibulo, constricção destes orgãos e quiçá engasgamento de algama alça intestinal, pela contração espasmodica do anel infundibular.

(\*) Revista de Gynecologia e Obstetricia de Junho de 1922.



A favôr desta hypothese militam as dores paroxysticas no hypogastrio, irradiadas para as fossas iliacas e para a parte superior do ventre, e o tympanismo que se pronuncia de mais a mais nos ultimos transe da enscenação symptomatica”.

Facto interessante e digno de registo é que as trompas e até, algumas vezes, os ovarios, sujeitos a traumatismo grande quando arrastados na concavidade do utero invertido, nada ou quasi nada soffram na grande maioria dos casos, e voltem integros á sua posição primitiva, quando desinvertido o orgão.

Isto têm observado muitos autores tidos por de fé.

Apenas citarei, a respeito dos estudos anatomo-pathologicos, as pesquisas de *Mülzer*, *Prussman*, *Caruso* e *Stefano*.

*Mülzer* achou atrophia da mucosa e muscular, hypertrophia da serosa e transformação do epithelio cylindrico em pavimentoso. *Caruso* além disso notou a degeneração hyalina dos feixes musculares. Estas lesões são encontradas nas inversões chronicas antigas, mas não são constantes.

#### SYMPTOMAS

As inversões parciais passam, o mais das vezes, despercebidas.

Na inversão puerperal, ligeiro corrimento sanguineo pôde ser levado a conta de hemorrhagia por inercia ou qualquer outra causa obstetrica, e ser tratado nesse sentido sem mal maior.

Si se trata de tumor intra-uterino polyposo, até ao proprio operador ella pôde passar despercebida.

Retirado o tumor, o órgão aliviado volta á sua posição natural.

Noutros casos, só um gynecologista consummado poderá diagnostical-a.

A hemorragia resultante e o corrimento seroso ou sero-sanguinolento são attribuidos ao tumor, quando em grande parte não é elle o culpado.

A inversão aguda, total, não deve ser confundida com outras cousas, pois uma inversão aguda, de redução facil, si se tornar chronica exige, algumas vezes, o sacrificio do órgão.

Os symptomas mais evidentes são os seguintes: depois do parto e por occasião do delivramento ou após este, violenta dôr no baixo-ventre, com tendencia a syncope. Segue-se hemorragia intensa e, continuando, a doente entra em choque e, muita vez, morre se não é cuidada em tempo.

Tão rapido é, ás vezes, tudo isto, que não dá lugar a chegar o medico e intervir.

Na inversão com prolapso, acrecente-se o facto da doente não poder urinar por causa do acotovelamento da urethra.

Quando a inversão passa ao estado chronico, a hemorragia diminue, ficando de regra, limitada á epoca dos catamenios, que se tornam abundantissimos e dolorosos. Nos intervallos destes, estabelece-se abundante corrimento seroso ou sero-sanguinolento ou ainda sero-purulento, cuja quantidade não menos enfraquece a doente. As dôres pélvicas são intensas e é evidente a difficuldade da marcha.

As doentes caem em extrema fraqueza e anemia intensa. As doentes são extremamente descoradas



e a taxa de hemoglobina atinge, por vezes, limite mínimo.

Uma vez, portanto, que um medico menos pratico pôde confundir a inversão com affecções benignas, necessario se torna muito cuidado na interpretação dos symptomas para estabelecer-se um diagnostico preciso, porque dahi depende a indicação do tratamento.

### DIAGNOSTICO

Mister se faz encararmos dois casos.

Primeiro:—Inversão por tumor, completa ou incompleta. Segundo:—Inversão puerperal, aguda e chronica.

Na inversão por tumor intra-uterino pediculado, os commemorativos da doente não são sufficientes para diagnostico preciso, podendo as variedades de leve gráu passar inteiramente despercebidas a um exame acurado, mesmo ao clínico mais habil.

Exemplifiquemos: uma doente queixa-se de que começou por ter regras muito abundantes, intercaladas de corrimento esbianquiçado, tambem abundante, mal cheiroso; apresenta, agora, peso no baixo ventre, dores de cadeiras e, por vezes, contracções do utero do feitio de *puxos*, as quaes têm augmentado de intensidade; sente qualquer cousa de extranho na vagina, difficuldade de urinar, de defecar e de caminhar; que o corrimento, ultimamente é mais copioso.

Algunas doentes referem ainda - cousa notavel - que nessa occasião as hemorragias diminuem.

Examinando-se a doente, verifica-se a existencia de um myoma polyposso, ás vezes bastante desen-



volvido, de origem intra-uterina (corpo-geralmento; os do collo não podem produzir inversão) occupando a vagina, enchendo-a. Não se trata de inversão como o pelos symptomas parecia.

Pelo toque reconhece-se a consistencia, o pediculo, a espessura do tumor e que a borda do collo o rodeia.

O pediculo caminha pelo collo a dentro e algumas vezes o dedo não lhe alcança a inserção.

Nestes casos é difficil distinguir se ha inversão em pequeno grau ou não.

Muito cuidado no retirar estes tumores, o que devemos fazer por despedaçamento e não por torsão, porque assim podemos avaliar melhor onde tumor, onde parede uterina.

Já tive um caso em que me felicitei por não haver retirado por torsão um volumoso myoma polyposo, porquanto fazendo depois laparotomia para retirar o órgão que apresentava outros nucleos subserosos e intersticiaes, pude notar, no seu ponto de implantação, a existencia apenas da camada serosa peritoneal. Ora, retirado por torsão esse tumor, ter-se-ia dado, com certeza, a perfuração do órgão, o que, no caso de um utero infectado, não seria pouco perigoso.

Se o tumor arrastou através do collo a parede uterina, só pelo tacto e toque delicado feito por pessoa pratica, serão reconhecidas a consistencia e natureza da superficie, e se saberá, desse geito, onde não existe mais pediculo de tumor e sim utero invertido.

Notou o *Professor Adeodato*, certa vez, operando uma doente por tumor intra-uterino que o utero tendia

revirar-se pela tracção feita sobre o pediculo. A palpação abdominal mostrou perfeitamente a móssa do fundo do orgão. Nenhum accidente sobreveio, porque retirado o tumor e tamponada a cavidade o orgão voltou a sua posição normal.

Passemos, agora, ao caso mais commum, o de inversão puerperal.

A doente refere-se, sempre, a um parto tido ha algum tempo, nos casos chronicos, ou ha poucos momentos, nos casos agudos. Depois do parto, ao expellir a placenta, a parteira faz tracções sobre o cordão, a doente accusa dôres muito fortes e a uma contracção mais energica o orgão inverte-se.

Outras vezes, não tendo hayido violencia alguma, a doente sente violenta dôr, supõe-se serem coagulos accumulados dentro do utero e a parturiente tende a fazer esforços para expulsal os, a dôr augmenta e alguma cousa parece-lhe encher a vagina, sair mesmo fóra della:—o orgão inverteu-se.

Em algumas inversões agudas a violencia da hemorragia ou o choque não dão tempo a que o medico chegue e possa agir.

Supponha-se que chegamos a tempo.

Examinamos a doente e encontramos um tumor mollé, depressivel, a encher a vagina.

Quem tem pratica gynecologica, nota-lhe logo a consistencia especial, differente da do polypo, a regularidade do feilio pyriforme. Abrindo a vulva, vemos uma coloração mais ou menos arroxeada pela estase sanguinea, e a mucosa a esfoliar-se. Como signal de certeza absoluta de ser isso o corpo do utero invertido, temos a presença dos orificios das



trompas, que procurados cuidadosamente serão encontrados. A's vezes é difficil encontral-os, porque a mucosa edemaciada os encobre.

Procurem-os com cuidado; é excellente signal

Muito cuidado deve haver em não se confundir estes orificios com os dos ureteres, num caso de prolapso da bexiga por larga perda de substancia do septo vesico-vaginal.

Para se evitar isso, note-se a sahida periodica da urina, a posição posterior e mesmo o estado da vagina e vulva. Nos casos de perda de substancia do septo, os tecidos circumvisinhos se acham irritados pela presença constante da urina, e demais a historia da doente muito nos orientará. Procure-se, agora, outro signal de certeza: ausencia do orificio mediano do collo e presença da orla deste em roda do tumor formado pelo utero invertido. Nos casos de inversão, passando-se o dedo entre a orla do collo e o tumor, o dedo esbarra logo num vallado razo, ao passo que penetrará numa cavidade, no caso de tumor pediculado intra-uterino. Poderemos introduzir um hysterometro com o mesmo fim. Se houver inversão total, notar-se-ha, sempre, alguma cousa de collo, que nos orientará.

No caso de inversão com prolapso, pelo exame meticoloso vê-se o limite do collo e da vagina. Póde-se passar uma sonda pela urethra e verificar que esta foi arrastada pela parede anterior da vagina e está acotovelada.

Outro signal capital: pelo toque combinado, não encontramos o corpo do utero na sua situação normal, acima do pube, de encontro á mão abdominal.



Dizem alguns autores poder sentir-se a depressão, infundibulo, formada pelo utero invertido. Apesar de boa vontade e de ser flacida a parede abdominal da doente observada, (obs. n. 11), não pude colher esta sensação. Numa doente de *Adeodato*, na Clinica Gynecologica, este pôde notar perfeitamente tal signal, como consta da observação do archivo da Clinica. E' o que *Adeodato* chama signal do infundibulo. O *Professor Aristides Maltez* pôde, tambem, notar com evidencia este signal em uma doente sua.

Dubois manda introduzir um dêdo no recto e uma sonda na bexiga: se o utero está invertido, fóra de sua posição anatomica, poderemos trazer a sonda em contacto com o dedo.

Da precisão diagnostica depende a proficuidade do tratamento e qualquer engano poderá ser grandemente prejudicial ou fatal á doente.

#### PROGNOSTICO

Raramente a inversão por tumores intra-uterinos produz a morte.

Retirado o tumor, não havendo mais tracções, a tonicidade do orgão volta a sua normalidade, a inversão reduz-se. Quando tal não se dá, recorre-se á reduccão mecanica, ao tamponamento, e tudo voltará ao normal, quando bem feita a manobra.

Nas inversões parciaes, quantas vezes estas passam despercebidas, mesmo ao clinico mais habil! E como não?!

Nas puerpêraes agudas, principalmente com prolapso, a doente pôde morrer por hemorragia ou choque. Nos casos chronicos devemos salientar a gangrena e a infecção. A resistencia do utero inver-

tido á infecção é notavel; vejam-se no fim as observações e o caso de *Tyler-Smith* de uma mulher que teve o utero invertido durante 11 annos, e outro de 9 annos.

Os casos de inversão desvirada naturalmente são raros.

Ha casos de cura de inversão chronica, depois de gangrena, esphacelo e eliminação do orgão, servindo de laço constrictor o collo retraido (*Fargas*).

E' portanto uma molestia grave, que põe em risco a vida da doente, e o medico em situação difficil e cheia de responsabilidade.

#### TRATAMENTO

A redução expontanea, nas inversões de certo grau, é caso raro nas inversões puerperaes, embora observado.

Nas inversões por myoma intra-uterino, isso depende da ablação deste.

Havendo outros nucleos, é conveniente fazer a ablação total do orgão.

Nas inversões puerperaes agudas devemos procurar desinverter o utero sem methodos sangrentos, o que é relativamente facil, devido ás condições particularissimas do utero puerperal. Todos os autores estão de accordo neste ponto.

*Segond* aconselha, no caso de não ser possivel a redução em virtude da contractilidade do orificio do collo, praticar duas incisões lateraes até a altura do orificio interno. Neste caso a desinversão torna-se facilima. Nas hernias estranguladas não se procede assim?

Manda *Segond* não se suturem as incisões, cousa inteiramente desnecessaria, porque cicatrizam espontaneamente sem deixarem defeito.

Comtudo, procuremos pacientemente reduzir sem esta manobra, o que na maioria dos casos se consegue.

Não discutirei aqui si se deve ou não descolar a placenta adherente, porque julgo que devemos sempre retirar a placenta, antes das manobras de redução.

*Modus operandi:* Reconhecida a orla do collo uterino, sensível mesmo nas inversões totaes, colloca-se uma pinça de Museux na parte anterior e outra na parte posterior; confia-se a anterior a um assistente, pedindo-lhe que exerça tracção branda (as tracções fortes podem romper o collo, friavel nestas condições); pegamos com uma das mãos a pinça posterior e com a outra, espalmada sobre o tumor, procuramos abarcal-o. e entramos a fazer manobras de redução, iniciando-a pela parte peripherica de encontro ao collo, que será empurrado com a ponta dos dedos, enquanto exercemos ligeira tracção sobre as pinças do collo.

As manobras de redução devem ser sempre periphericas e nunca centraes.

Com paciencia e tenacidade obteremos bom resultado, com algumas excepções, já se vê. Para maior facilidade far-se-a a redução parcialmente, ora de um lado, ora de outro e pouco a pouco. Todos elogiam este método como excellente.

Depois de reduzido, o utero, será tamponado e a doente receberá injecções de ergotina. Substituir-se-a o tamponamento diariamente, até que a contra-



ctilidade uterina seja sufficiente para conserval-o na posição normal.

Em vez do tamponamento podemos applicar drenos de Mouchotte, como fez o *Professor Adeodato*, afim de conservar o orgão desinvertido, excitar-lhe a tonicidade e ao mesmo tempo dar escoamento ás excreções.

Usa-se, tambem, o balão de Champetier ou de Barnes, os quaes vão se enchendo gradualmente.

Nas inversões chronicas, as opiniões se dividem. Uns querem a conservação do orgão de qualquer maneira; outros retiram-no systematicamente.

O *Professor Fernando Magalhães* é desta ultima opinião, segundo discussão na Academia Nacional de Medicina e artigo da Revista de Gynecologia e Obstetricia de 1921.

Assim se expressa o citado professor: "de todo debate (sessão da Academia de Medicina em 1910) pareceu resultar a vantagem do tratamento por acção lenta e demorada do balão de Champetier, dado como exellente na inversão mesmo chronica.

Contra tal proposição insurgi-me, recordando o que a anatomia pathologica reconhece em taes condições; as pesquisas de *Mülzer* provando a atrophia da mucosa e da muscular do fundo do orgão, a hypertrophia da serosa, a transformação do epithelio cylindrico da mesma em epithelio pavimentoso e a diminuição consideravel do numero de glandulas; as verificações de *Caruso* notando a degeneração hyalina do estroma dos feixes musculares, do tecido conjunctivo e vasos.

Em meio da controversia fiz sentir que a redução de uma inversão chronica valia pela perma-

nencia dentro da cavidade abdominal de um utero cuja constituição anatomica era desconhecida e talvez compromettida irremediavelmente, com mucosa destruida em parte e infectada, com a nutrição impedida pela constricção cervical. Então apontaram o argumento como theorico, pois não ha nos registos um só caso em que, depois da reposição do utero invertido chronico apparecessem symptomas de necrose e contaminação peritoneal consecutiva". No mesmo artigo, mais adeante, diz ainda *Fernando Magalhães*: "Nova inversão uterina veio recentemente augmentar a minha estatistica, firmar talvez principio therapeutico e, principalmente, responder a objecções de ha dez annos, sobre o aspecto theorico do argumento contrario a reposição do utero invertido chronico indo a cavidade abdominal em más condições de nutrição local e capaz de causar funestas consequências"! Cita, então, um caso observado no *Hospital Pro-Mater*, terminado por morte da doente, em que reduziu a inversão pelo balão de Champetier de Ribes e no qual o exame anatomo-pathológico era inteiramente contrario a conservação do orgão. E termina o artigo assim: "Este caso tem um valor instructivo de grande monta; além de muitos ensinamentos elle mostra o grande defeito de se tentar a generalisação dos factos isolados".

O caso do *Professor Fernando Magalhães* é um caso isolado e não serve a generalisações; o utero não estava no caso de ser aproveitado e nestes casos respol-o é uma temeridade. Mas isto é a excepção, em regra geral podem ser aproveitados e devem-no ser.



O caso em debate na sessão de 1910 da Academia Nacional de Medicina e no qual o *Dr. Fernando Magalhães* indicou uma intervenção cirúrgica, com ablação do órgão, mais tarde observado e tratado por outro especialista (o *Dr. Crissiuma*) pela redução com conservação, teve o mais brilhante resultado. A doente engravidou e deu à luz sem incidentes, maior prova da integridade do órgão. E assim alguns outros observados aqui, na Bahia.

Tudo depende das condições do órgão.

Isto em nada desmerece (nem será commentado em seu prejuizo, como no mesmo artigo diz o *Professor Fernando Magalhães*,) por demais conhecidos, o preparo e pratica do mesmo.

Eu opino pelo conservantismo. Nas inversões agudas, não ha discutir, conserva-se. A duvida está toda nos casos de inversão chronica.

No caso do *Dr. Crissiuma*, "um utero em inversão havia um anno" foi reduzido em 48 horas sem soffrimento, sem o emprego de anesthesicos, e a doente restabeleceu-se, já tendo tido depois 2 partos naturaes, sem incidentes.

*Fargas* cita um caso de *Tyler-Smith* de uma mulher que tinha o utero invertido havia 11 annos, a qual engravidou após a redução do mesmo.

*Andigé* reduziu um utero invertido desde 30 annos.

O *Dr. Lydio de Mesquita* reduziu sem incidentes um utero invertido havia mais de um anno.

O *Professor Adcodato* desinverteu pelo tamponamento um utero invertido havia mais de 2 mezes e esta senhora já engravidou despois disto, e teve parto normal.



Ha algum tempo (1925) eu reduzi uma inversão de 9 mezes e o *Professor Aristides Maltez*, outra de 11 mezes e as doentes acham-se em magnifico estado de saude. Não houve incidentes na redução, e a funcção menstrual regularisou-se perfeitamente, mostrando a volta do orgão ás suas condições normaes.

No meu caso, citado acima, a paciente, 2 annos depois, deu á luz uma robusta creança, sem incidente algum.

A doente do *Professor Aristides Maltez*, que acompanhei durante todo o tratamento e pude avaliar o estado de integridade do orgão, prometeu escrever dando informações, o que nuuca fez.

Muitos outros casos poderiam ser citados, se rebuscássemos mais profundamente a literatura do assumpto, mas estes bastam.

Não é nosso fito alongar demasiado este trabalho; por isso fiquemos com as conclusões geraes da maioria dos autores e tambem com as nossas proprias, porque não ?

Estudemos agora os processos de redução da inversão chronica. Dividem-se estes em não sangrentos e sangrentos.

PROCESSOS NÃO SANGRENTOS—Processo de *Emmet*—Deve-se, nesse processo, afim de poder-se introduzir a mão, dilatar previamente a vagina, o que se consegue por meio de um balão de *Barnes*, que não só preenche este fim como empurra para cima o utero invertido.

Retirado o balão no dia seguinte, inicia-se a manobra propriamente dita, a qual consiste em introduzir a mão esquerda na vagina, de forma que a

palma fique em contacto com o fundo do utero e os dedos em contacto com a orla do collo, e procurar dilatal-a por pressão centrifuga.

Neste momento, procederemos como se estivessemos a espremer uma pêra de borracha, procurando, do mesmo passo, empurrar o corpo do utero para cima; ao mesmo tempo a mão direita, através da parede abdominal, procurará a beira da concavidade formada pelo utero invertido, e tentará ajudar o desviramento, puxando-a para diante e para baixo. Desde que se consegue fazer o corpo atravesssar o collo, os dedos se reúnem, e, por pressão directa para cima, através do collo, conseguiremos o resultado desejado.

*Processo de Tate* — Consiste em introduzir os dedos medio e indicador da mão direita no recto, o indicador da mão esquerda através da urethra dilatada, e, com os polegares, forçar o corpo do utero a desvirar-se, enquanto os dedos introduzidos na bexiga e no recto procuram fixar e mesmo dilatar o anel formado pelo collo. Diz o autor ter obtido, assim, brilhantes resultados.

*Emmet* propõe não dilatar a urethra para poder passar o dêdo, mas fazer uma fistula vesico-vaginal, fechando-a logo depois da redução.

Acho este processo com a sua modificação simplesmente detestavel e não parece ter sido proposta por um cirurgião como *Emmet*.

*Processo da pressão elastica* — (*Thomas e Mundé*) — Colloca-se na vagina um balão, de preferéncia cheio d'agua e vae-se enchendo pouco a pouco, afim de exercer, por meio delle, pressão gra-



dual sobre o corpo do utero iavertido, procurando reduzil-o gradualmente.

Este processo é demorado, necessita 3 a 4 semanas, mesmo 2 mezes, como cita *Fargas*, e é o tão combatido pelo *Dr. Fernando Magalhães* em sua comunicação à Academia Nacional de Medicina.

O seu inconveniente maior e causadôr de muitos incidentes evitaveis, é a pressão excessiva exercida sobre o fundo do utero por um sacco demasiado cheio, com o desejo de uma redução rapida.

E' preciso paciencia e ir reduzindo gradualmente. Quem suportou durante mezes e até annos um utero iavertido, suportal-o-á alguns dias mais, sem grande inconveniente.

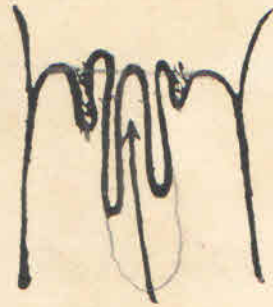
Se houver pressa, recorra-se aos processos sangrentos, relativamente faceis e que darão bom resultado.

*Processo do taxi-tamponamento* — do professor *Adeodato* — Este processo que usei com o mais satisfactorio resultado, é usado pelo *Prof. Adeodato* e com pequenas variantes pelo *prof. Maltez*. E' um processo original em multos dos seus pontos e não citado em livro algum. Se foi usado por operadores da ordem dos *Profs. Adeodato e Maltez* cuja pericia e technica por demais são conhecidas, é porque, na maioria dos casos é preferivel á operação sangrante. E assim é.

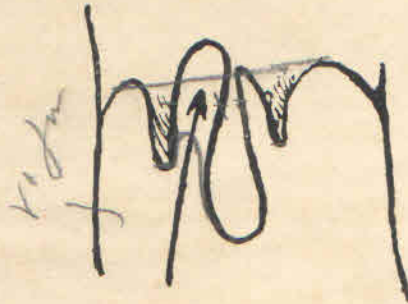
E' sobre este modo de agir que especialmente chamo a attenção.

Consiste no seguinte: Posta a doente na posição dorsa-sacra, pegando o collo (orla, que mesmo no caso de inversão total é reconhecivel) com duas pin-





Neste desenho vê-se como quatro dobras têm de passar através do collo, quando pretendemos reduzir a inversão pela sua parte central.



Neste outro desenho, claramente evidencia-se que somente 2 dobras passarão através do collo, na redução lateral.

ças de Museux, uma de cada lado (a mão esquerda segurando uma dellas, a outra em mão de um ajudante) procuramos com a pinça, ou com uma sonda de Hegar de grossura media introduzir pouco a pouco uma mecha de gaze lateralmente, com o que se procura reduzir o corpo invertido, através do anel do collo, recalçando-o para cima e para um lado. Já disse mais atrás que o collo, mesmo nas inversões totaes é sempre reconhecivel.

Faz-se assim, pouco a pouco, um tamponamento que tende a manter o terreno ganho e que actua sobre a fibra uterina mantendo a sua tonicidade até que o corpo uterino chegue a se desinverter completamente.

Iniciada a redução nota-se logo que por um certo ponto ella é mais facil. Insiste-se ahi. No meu caso foi na parte posterior; no do *Dr. Maltez*, na anterior. Não se deve tentar a redução inteira de uma vez, nem de duas, afim de não traumatizar demasiado as paredes do orgão.

Desde que o corpo reduzido atravessou o collo, começa se a administrar ergotina afim de ajudar a desinversão, como linhas atrás ficou dito.

Esta redução lateral deve ser a preferida por uma razão muito logica: si o tamponamento fôr lateral, temos que fazer passar através do collo apenas 2 dobras de parede do utero, ao passo que se o tamponamento fôr central terão que atravessar este mesmo orificio 4 dobras.

Quando se presume estar completamente desinvertido o utero, colloca-se um dreno de Mouchotte, afim de conservar a posição do orgão, excitar sua

contractilidade e facilitar a drenagem. Este dreno poderá ser substituído por outros menores, caso seja necessário. É este um processo importante e de effeito surprehendente.

Convem sempre tental-o, antes dos sangrentos, principalmente quando a doente desejar ardentemente não ser operada e para evitar cicatrizes. Afim de completar esta exposição dos processos operatorios, vou ligeiramente citar os processos sangrentos de summa importancia, deixando de largo todas as variantes, que são inumeras.

PROCESSOS SANGRENTOS.—Ha 2 processos principaes e classicos; primeiro, o que atinge o utero pelo fundo de sacco anterior (Doyen); o segundo, pelo posterior (*Küstner* aperfeiçoado por *Piccoli*).

Eis, abreviada, a tecnica de *Doyen*, segundo *Fargas*:—Corta-se o fundo de sacco anterior transversalmente, descobre-se o collo, incide-se este longitudinalmente até o angulo de flexão, reduz-se o utero (manobra esta que se faz então facilmente) e suturam-se as incisões.

*Processo de Küstner*—Abre-se transversalmente o fundo de sacco posterior, corta-se longitudinalmente o collo (às vezes este só) e corpo do utero até o fundo, desvira-se o utero com os dedos e sutura-se. Neste ponto está o utero com a parede posterior á mostra, o collo dirigido para cima. Através da brécha vaginal reduz-se o corpo do utero e sutura-se a vagina. A's vezes drena-se. É inutil dizer que, neste processo, como no precedente, cumpre, sempre, reconhecer o estado dos annexos através da brécha praticada. É o mais facil, é o mais seguro de todos os



processos sangrentos. O de *Doyen* trabalha muito perto da bexiga, cujas relações com o utero são mais intimas que as que o utero tem com o recto, tornando-se muito mais facil lesar aquella que este.

PROCESSOS POR VIA ABDOMINAL.—Não posso deixar de citar-os para condemnal-os. *Gaillard-Thomas*, depois de abrir o ventre, dilata o anel cervical, com instrumento especial, que não conheço, e reduz a inversão, ajudando pela vagina.

Diz *Ovi* ter reunido 13 casos nos quaes este processo foi empregado, 9 com exito.

*Eeverke* (de *Bruken*) depois de aberto o ventre, faz no anel cervical 2 incisões medianas que sutura depois da redução. *Brenmann* (do *Canada*) após laparotomia, perfura o fundo do utero com um trocate e passa um chumaço de gaze através do orificio, maior que este, e sobre elle faz tracções para reduzir.

Acho desnecessario chegar a tal extremo; os processos vaginaes darão com certeza resultado bom.

Agora, supponhamos existencia de um órgão invertido em via de grangrenar-se ou infectado. Neste caso, e só neste, isto é, quando pelo exame se puder verificar o órgão não puder depois entrar em seu perfeito funcionamento, é de regra fazer-se a hysterectomia vaginal. E não haverá perdão, se não se fizer.

*Fargas* cita, no seu tratado de Gynecologia, uma operação de urgencia que praticou pelo seguinte processo, bastante censuravel: puxou o corpo do utero com pinças de dentes, deltou pinças hemostaticas curvas, na parte mais delgada do pediculo, procu-

rando não abranger todo o collo, e cortou o corpo abaixo destas. A operação durou dois minutos. Com trez dias tirou as pinças e a doente curou.

Mas se houvesse alças intestinaes presas ao fundo do utero ou cahidas simplesmente na concavidade virada para o peritoneo?! Não é commum, mas é possível. No meu pensar, não é para imitado.



## OBSERVAÇÕES

1—X... Inversão do utero, incompleta (2.º grau) correspondendo á 3.ª categoria de Küstner, produzida logo depois do delivramento. Parto natural sem assistencia. Inversão chronica de 6 annos. Reducção sangrenta pelo processo de Küstner.

Annexos inflammados adherentes ao fundo do utero. Cura radical, completa. Caso do *Prof. J. Adeodato*. Clinica Gynecologica, 1916.

2—X... Inversão chronica de 2 mezes, produzida depois de um parto natural; reducção pelo taxitamponamento. Curada. Já teve filho depois, sem incidentes. Caso do *Prof. Adeodato* na Maternidade Climerio de Oliveira.

3—X... 25 annos de idade. Gestação cheia de peripecias. Parto normal, assistencia de parteira; inversão total aguda. A parteira injectou ergotina após o delivramento. procedimento que causou o cerramento do anel cervical e impossibilitou a reducção do corpo do utero invertido. Parto ás 5 horas da manhã: *Dr. Adeodato* chamado a 1 hora da tarde. Todas as manobras inuteis, operação impossivel,



devido ao estado geral. Doente morre de hemorragia e choque ás 6 horas da tarde. (Resumo da observação publicada na Revista de Gynecologia e Obstetricia de Junho de 1922). Caso da clinica particular do Prof. Adeodato..

4-X... Doente extremamente anemiada, inversão total, chronica de 2 annos. Hysterectomia vaginal. Curada. Caso da clinica particular do Dr João Gonçalves Martins. 3

5-X... Inversão total, chronica de 8 mezes. Doente anemica. Hysterectomia vaginal. Curada. Caso da clinica particular do Dr. João Gonçalves Martins. 4

6-X... Inversão do 3.º grau de Küstner, chronica de menos de 1 anno, produzida por tracções sobre o cordão feitas pela pratica. Reduzida pelo taxi. Curada. Caso da clinica particular do fallecido Dr. Lydio de Mesquita. 5

7-X... Inversão total do utero de mais de 2 annos, produzida logo depois do parto pelas tracções exercidas sobre o cordão pela pratica. Hysterectomia vaginal. Curada. Caso do Dr. Lydio de Mesquita na sua clinica particular.

8.-X... Inversão do utero, produzida por tracções sobre o cordão, chronica de mais de 2 annos, utero em via de gangrena. Hysterectomia vaginal. Cura. Caso da clinica particular do Dr. Lydio de Mesquita.

9-X. 1.º parto, doente muito jovem e robusta. Inversão total com prolapso produzida por manobras desastrosas que a parteira fez sobre o cordão. Morte

por hemorragia. O *Dr. Lydio de Mesquita* contava com verdadeira paixão esse caso. Tendo elle prevenido o marido que o chamasse por occasião do parto, por tratar-se de pessoa muito de sua estima, oppoz-se a isto a sogra, mãe da morta, allegando que sempre tivera partos normaes e sem assistencia de medicos. A' ultima hora chamado, o *Dr. Lydio de Mesquita*, transportado a Itapagipe em epoca de condução muito pior que as actuaes, achou se em presença do mais pungente quadro que é dado a humano ser contemplar: sobre o leito, morta, a moça num lago de sangue, e a menina (hoje moça) presa ainda pelo cordão umbilical á placenta adherida ao utero inteiramente invertido e fóra da vulva. Caso do *Dr. Lydio de Mesquita*.

10 - X... Doente anemica em extremo. Inversão chronica de 11 mezes, 3.º g áu de Küstner, produzida logo após o delivramento, expontanea. Reducção pelo taxi-tamponamento. Reducção em 4 dias sem accidentes. Caso do *Prof. Aristides Maltez*. Clínica Gynecologica 1925.

11 - X... 22 annos, muitissimo anemica. Inversão total, após o parto, expontanea. Chronica de 9 mezes. Diz a doente que depois de ter a creança, sentiu algumas dôres, dizendo-lhe a assistente ser assim mesmo, eram coagulos dentro do utero e fizesse força para expulsal-os. Assim fez. Sentiu, porem, dôr agudissima, quasi perdeu o sentido e o utero sahiu fóra das partes genitæes. Chamado um medico, este collo-

2027

Biblioteca Clinica de Ginecologia e Obstetricia  
520  
U. P. A.

BIBLIOTECA  
FAC. DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
C.A. B.A. A



cou o utero para dentro, mas as hemorragias continuaram durante algum tempo.

Depois ficou tendo catamenios abundantissimos, e, nos intervallos, corrimento sero-sanguinolento abundante.

Tomou, a conselho deste medico, muitas lavagens e injecções. Não melhorando, ao contrario piorando, procurou outro medico que fez o diagnostico preciso e a enviou para a capital, por falta de recursos no lugar em que se achava. Pelo toque senti todos os signaes de inversão e indiquei o internamento no Hospital, pensando ter de intervir cirurgicamente. A doente recusou-se terminantemente a ser operada. Então tentei reduzir pelo taxi-tamponamento, prevenindo o marido de que, se não obtivesse resultado, seria necessaria a intervenção cirurgica.

O utero, apesar de tanto tempo exposto na vagina, apesar da mucosa exfoliada, parecia perfeito, sem degeneração. Em resumo, para encurtar, pelo taxi-tamponamento do Professor Adeodato, como descrito atrás, em 12 dias estava completamente reduzida a inversão. Durante os primeiros dias que se seguiram houve tendencia a nova inversão. Deitei drenos de Mouchotte progressivamente menores, até que o orgão ganhou de novo sua tonicidade normal. A doente voltou a sua cidade natal, depois de um mez de tratamento, completamente curada.

De lá recebi noticias que as regras vieram perfeitamente normaes.

Caso da minha clinica particular, em o anno de 1925. Em Fevereiro deste anno recebo carta do



marido informando-me ter apaciente dado á luz uma creança robusta, sem o menor incidente.

12—X... Inversão aguda, total, *post-partum*. O medico encontrou a paciente morta. Parece ter havido tracções sobre o cordão. Não foi possível colher informações precisas. Caso do *Dr. Menandro Filho*.

13—X... mulher jovem, primipara. Inversão aguda puerperal total, produzida por um parto excessivamente rapido, provocado por uma injeccão in-tempestiva de pituitrina. Chamado o *Dr. Menandro Filho* este facultativo reduziu a inversão com relativa facilidade pelo taxi manual.

14—X... Inversão aguda, puerperal, total, produzida por tracções sobre o cordão. Doente exgotada por hemorragia. Trazida pela assistencia morreu na Maternidade.

15—X... secundipara, jovem; inversão puerperal, total, produzida por tracção sobre o cordão. feita pela pratica. Reducção realisada com facilidade. Cura. Caso da clínica do Dr. Attila do Amaral.

Façamos, agora, algumas considerações acerca destas observações bahianas.

Temos ahi 15 casos de inversão uterina, sendo 9 chronicas e 6 agudas.

Contamos 4 mortes, nos casos agudos, nos quaes os medicos chegaram tarde de mais para tentar qualquer processo. Note-se serem todos casos de inversão puerperal, nenhum causado por tumores. Na sua grande maioria produzida por tracção sobre o cordão, feita por pratica. Estes casos abrangem um

período de cerca de 40 annos. Muitos vieram do interior do Estado, onde a assistencia á parturiente é nulla.

Acho que sendo a inversão uma molestia grave, não é tão lethal como asseveram os autores. Tantas outras piores! Tantas inversões chronicas reduzidas com excellent resultado! E nos casos em que é necessario sacrificar o órgão, o resultado é, tambem, excellent.

Mas... devemos-nos lembrar que nenhum órgão é inutil. A natureza é mestra que não gosta de ser contrariada.

Todos que trabalham em gynecologia cirurgica e são obrigados, muitas vezes, a sacrificar órgãos, pelo seu estado de imprestabilidade, sabem quanto soffrem depois as doentes, na sua maioria, principalmente nos primeiros tempos, emquanto não se acostumam á falta da secreção interna destes órgãos perdidos e antes que outras glandulas compensem o equilibrio endocrino desfeito.

Ora, mesmo pelo exame macroscopico pôde-se, mais ou menos, verificar o estado de prestabilidade do órgão.

Vel-o-emos roxo, edemaciado, com a mucosa desprendendo-se em retalhos. Mas depois de uma redução ligeira e desafogo do anel constrictor, de um dia para outro toda a scena muda e a esperanza nasce de poder aproveitá-lo. Havendo, porém, inicio de gangrena ou esclerose do parenchyma do órgão, naturalmente ninguem advogará a sua conservação. É inutil e prejudicial. Desde que já houve um caso de utero reposto, depois de 11 annos de invertido

e a doente engravidar, como não conservar uteros invertidos ha 2 annos e menos?

E em doentes muito moças, no pleno vigor de sua função reproductora?

Não pude deduzir uma porcentagem nossa, porque não soube o numero total dos partos, condição necessaria.

Todos os casos observados foram de inversão total. Naturalmente muitas inversões parciaes, aqui como em toda parte, passaram despercebidas e a natureza reduziu-as expontaneamente.



Dr. ALICIO DE QUEIROZ  
Médico Operador  
TEREUBURA — BAHIA



## BIBLIOGRAPHIA

- ✓ Kelly y Noble—Ginecologia e cirurgia abdominal.  
Pozzi—Traité de Ginecologie.  
John Bland Sutton—Operations upon the female genital organs.  
Dr. Miguel Fargas—Tratado de Ginecologia.  
✓ Hofmeier e Schroeder—Tratado de Ginecologia.  
✓ Berkeley y Bonney—Obstetricia de urgancia.  
✓ Faure et Siredey—Traité de Gynecologie medico-chirurgicale.  
✓ Hartmann—Gynecologie operatoire.  
✓ Voronoff—Manuel pratique d'operations gynecologiques.  
✓ Döderlein e Krönig—Gynecologia Operativa.  
Baish—Diagnostico tocologico e ginecologico.  
Veit—Enciclopedia de Ginecologia.  
Bumm—Tratado de Obstetricia.  
E. C. Dudley—The Principles and Practice of Gynecology.  
✓ Drs. Jaschke y Pankow—Tratado de Ginecologia.  
Lejars—Exploration clinique et diagnostic chirurgicale.  
Henry Lewis and Alfred Roulet—Handbook of Gynecology.  
Sæel—Gynecology and Pelvic Surgery.  
Norberg—Golden rules of Gynecology.  
Barton Cooke Kirst—Atlas of operative Gynecology.  
Bar, Brindeau et Chambrelent—La pratique de l'art des accouchements.  
✓ Fabre—Précis d'Obstetrique.  
Schwartz et Mathien—Maladies des organes genitaux de a femme.  
✓ Byron Robinson—Landmarks of Gynecology.  
✓ Boursier Auvray—Precis de Gynecologie.  
✓ Robert Proust—Chirurgie de l'Appareil genital de la femme.  
Schaffer—Bouglé—Atlas-manuel de Gynecologie.  
Polak—Gynecology—1926.  
Schaffer—Operazioni Ginecologiche.  
✓ Wells—Compend of Gynecology.  
✓ Ribemont—Traité d'Obstetrique.  
Revista de Gynecologia e d'Obstetrica do Rio de Janeiro.  
Revue française de Gynecologie.  
✓ Jeanin et Guéniot—Therapeutique Obstetricale et Gynecologique.

## Confronto dos symptomas da inversão uterina completa e incompleta com o myoma polyposado do utero

(Segundo Dudley)

### INVERSÃO COMPLETA

- 1—Não ha pediculo prendendo o tumor ao utero
- 2—O hystero metro não passa entre o collo e o tumor ou passa muito pouco.
- 3—O exame pelo recto demonstra a presença de um anel ou depressão e o utero não se sente atravez do abdome, no duplo toque.
- 4—O utero invertido tem forma symetrica, pyriforme
- 5—Vem-se os orificios das trompas.
- 6—Glandulas do utero encontradas no exame microscopico.

### INVERSÃO INCOMPLETA

- 1—Cavidade uterina diminuida
- 2—Desenvolvimento subito
- 3—Pelo exame bi-manual nota-se uma de pressão no fundo do utero.
- 4—Depois de um parto.

### MYOMA

- 1—Sente-se um pediculo prendendo o tumor ao utero.
- 2—O hystero metro passa entre o pediculo e o collo e penetra na cavidade uterina.
- 3—O corpo do utero é sentido acima da vagina pelo toque combinado.
- 4—Geralmente asymetrico.
- 5—Negativo o exame.
- 6—Negativo

### MYOMA

- 1—Cavidade uterina augmentada
- 2—Desenvolvimento lento
- 3—Utero symetrico ou asymetrico, mas não dando a sensação de depressão, sentida pelo duplo toque.
- 4—Sem relação com partos