

JOAQUIM MONTEIRO BASTOS

ASSISTENTE NA FAC. DE MEDICINA DO PORTO

Agenesia Anexial Esquerda



SEPARATA DO «PORTUGAL MÉDICO»

N.º 1 DE 1934



PORTO

Tipografia da «Enciclopédia Portuguesa, L.^a»

47, Rua Cândido dos Reis, 49

1934

RC
MNCT
618
BAS

JOAQUIM MONTEIRO BASTOS
ASSISTENTE NA FAC. DE MEDICINA DO PÓRTO

Agnesia Anexial Esquerda

SEPARATA DO «PORTUGAL MÉDICO»

N.º 1 DE 1934



AC
MNCJ
618
BAS



PORTO
Tipografia da «Enciclopédia Portuguesa, L.ª»
47, Rua Cândido dos Reis, 49
1934

Agenesia anexial esquerda ⁽¹⁾

Acontece, por vezes, que, na seqüência das observações clínicas, uma ou outra se individualiza, mercê de variações morfológicas, pormenores de diagnose ou modalidades terapêuticas. E, não é raro ir buscar-se, longe do foco mórbido principal, um detalhe de não menos valia, que exige, da parte de quem o verifica, a notificação da sua existência. A presente nóvula — que mais não é que um boletim vulgar, a quem um acto operatório veio, em todo o seu poder demonstrativo, completar com uma nova e inesperada constatação — encontra assim, numa variante anatómica pouco habitual, a razão da sua publicação.

M. do R., 30 anos, casada, doméstica, entra a 10 de Janeiro do ano corrente para o Serviço de Clínica Cirúrgica (Registo Clínico N.º 2.498 — Enf. N.º 8).

Sem antecedentes hereditários dignos de menção, tendo sido sempre saudável, procura o Hospital em virtude de padecimentos de ordem digestiva, que, vai já para 3 anos, tiveram a sua eclosão: estado nauseoso quasi permanente, mais acentuado contudo ao despertar, regorgitações gôrdas e eructações em salva após as refeições, alternando com crises de hemicrânia e vaso-dilatação facial.

Subitamente, há 18 meses, surge, de madrugada, uma dor violenta no epigastro e hipocôndrio direito, irradiando para a região lombar e área precordial. Sensação de constrição progressiva, com dureza epigástrica e impossibilidade de inspirações profundas.

Após tratamento sintomático, calmam as manifestações dolorosas durante um mês, findo o qual, de novo acorda, sob a forma de cólica, a sensibilidade do andar superior do ventre. Então, agrava-se a fenomenologia inicial, com grandes afrontamentos depois das refeições e lentidão de todo o acto digestivo, tornando-se mais frequentes as cólicas, até aparecerem quasi diariamente, e despertando, como novo pormenor, a sensibilidade da fossa iliaca direita em dores tão violentas, que não raras vezes obrigou ao uso da terapêutica antiflogística. Iniciadas as perturbações do quadrante inferior direito do ventre, insidiosamente se instala uma obstipação, que, pouco a pouco, se torna mais teimosa, resistindo aos laxantes habituais. Só então a doente procura o conselho médico e, em dieta

(1) Comunicação às «Jornadas Médicas Galegas» — Lugo, Agosto de 1933.

conveniente e no uso do sulfato de magnésio encontra, segundo refere, a melhoria dos seus padecimentos.

Um tanto ou quanto nutrida, sem sinais somáticos de valia, atormentada por hemi-crânicas frequentes, sofre dum estado de astenia que, bastante pronunciado ao acordar, lenta e progressivamente se vai esbatendo para a tarde.

Língua saburrosa e mau gosto de manhã. Náuseas repetidas, com anorexia electiva para o leite e alimentos gordos, que, ingeridos, provocam acentuado enfartamento. Eructações intensas, frequentes. O afrontamento gástrico e a azia, que imediatamente seguem a refeição, transformam-se, volvidas duas a quatro horas em nítida sensação epigástrica dolorosa, de irradiação torácica e lateral direita, que, minuto a minuto, cresce em violência, apenas calmando com a administração de antispasmódicos. Por vezes — no intuito de minorar a acuidade das dores — provoca o vômito, que nada a alivia, muito embora consiga minorar a impressão de repleção gástrica.

Sensação contínua de moedeira na fossa iliaca direita e área peri-umbilical que, de longe a longe, se exacerba levemente.

Obstipação: Dejeções de 7 em 7 dias, de fezes sempre esbranquiçadas e duras, em cibalas, às vezes com flocos muco-membranosos à mistura.

Dor provocada em toda a zona piloro-cístico-duodenal, nomeadamente no ponto vesicular, onde se torna lancinante, com congestão violenta da face, durante a manobra de Murphy. Indolência de todos os pontos dorsais e escapulares bem como dos pontos frénicos direitos, excepção feita do ponto intercostal inferior, que é particularmente sensível. Leve contractura dos músculos rectos, na sua metade superior. Ausência de marulho gástrico em jejum. Fígado e baço de limites normais.

A palpação da fossa iliaca direita evidencia, como zonas sistematizadas de maior intensidade dolorosa, os pontos de Mac-Burney, Lanz e Clado. Reflexo nauseoso de Gutmann ausente. Manobra de Lapinski e Jarworski positiva. Sinais de Blumberg e Rovsing negativos. Defesa muscular regional com desaparecimento do reflexo cutâneo-abdominal. Gargolejo e timpanismo cecal.

Palpitações; ruídos cardíacos normais. Pulso rítmico — 80. Reflexo óculo-cardíaco — diminuição de 12 pulsações. TM — 11,5; Tm — 6,5; io-3 (Pachon-Gallavardin).

Sem sinais respiratórios subjectivos ou ruídos adventícios, a auscultação apenas denunciando uma diminuição de murmúrio da base direita.

Diurese normal. Pontos renais indolôres.

Reflexos ósteo-tendinosos normais. Igualdade pupilar, com conservação de reflexos.

Menstruada, pela primeira vez, aos 12 anos de idade. Fluxo abundante, de irregular aparecimento, com um período lunar variando entre 5 e 7 dias de duração. Nunca gravidou. *Ausência de qualquer período de amenorrea. Não se recorda de nenhum acidente mórbido da fossa iliaca esquerda* (1).

Desde muito nova que vem tendo uma leucorreia reduzida. Colo uterino de volume e consistência normais. Corpo uterino pequeno, perfeitamente móvel, em anteversão ligeira. Região anexial direita empastada e dolorosa, deixando perceber um aumento de volume do ovário. Fundo de saco vaginal esquerdo indolor, não permitindo sentir o anexo respectivo.

Reacções de Wassermann e Dujarric negativas (Sangue N.º 11357 Lab. Nobre). Análise completa de urina, fornecendo sinais de irritação hepática. (Urina N.º 6427 Lab. Nobre). Tempo de sangria 3 m. (Duke) e de coagulação 5 m. (tubo).

Exame radiológico. — «Dor localizada, à pressão, no bôrdio interno do cego. Apêndice invisível. Estase no ileon. A dor é verificável em duas posições diferentes. Apêndice crónica. A radiografia em série não mostra a existência da lesão do bolbo duodenal». (Gabinete de radiologia da Fac. de Medicina do Pôrto).

Prova de Meltzer — Lyon. — Várias vezes se tentou realizar a tubagem duodenal com excreção vesicular provocada, de nenhuma delas se conseguindo obter liquido biliar, a-pesar-de curas sucessivas pela tintura de beladona.

(1) Os informes em itálico foram obtidos depois da intervenção.



Em suma, o exame clínico constatando uma apendicite crônica, com anexite direita e síndrome de insuficiência vesicular, muito provavelmente por estase biliar, ordena o acto operatório.

E assim, na altura devida, esbatidas já um pouco as perturbações dependentes da retenção de biliar, o Sr. Prof. Teixeira Bastos realiza, sob a anestesia geral pela mistura de Schleich, a intervenção cirúrgica. Do livro de registo de operações se transcreve na íntegra, a resenha do que se observou e da atitude operatória tomada.

Operação (N.º 1203).— «Incisão mediana, centrada pela cicatriz umbilical. Apendicite crônica estenosante. Colecisto de consistência regular, repleto de líquido vesicular. Ovário direito muito aumentado de volume, não evidenciando, macroscopicamente, nenhuma

alteração. Ducto tubar direito com sinais de flegmasia crónica. Globo uterino pequeno, infantil, livre de aderências, muito mais desenvolvido na metade direita que na esquerda. Ausência de trompa e ovários esquerdos. Do corno uterino esquerdo destaca-se, além do ligamento redondo e duma brida peritoneal, que se prende na escavação pélvica, uma pequena excrescência, bastante dura que depressa se extingue. Appendicectomia. Enterramento do coto apendicular. Salpingectomia direita.»

O exame histológico confirma o diagnóstico estabelecido: — «Apendicite crónica com tendência hipertrófica e estenosante. A trompa apresenta leves alterações inflamatórias desprovidas de carácter específico» (Ex. histológico N.º 1204 — Prof. Amândio Tavares).

A constatação operatória, pela sua natureza, determinava, para a definir e explicar, a necessidade da pesquisa de novos pormenores ou de factos associados. E, nesta ordem de ideias, pensa-se estudar a morfologia urinária e a configuração da cavidade uterina.

A pielografia, por via endovenosa com o «Uroselecton B», elucida sôbre a anatomia do aparelho urinário superior. A figura junta, que representa a imagem obtida 20 minutos depois de terminada a injeção, não acusa qualquer anomalia morfológica, e, do conjunto da prova, infere-se, nas medidas do possível, um regular funcionamento dos rins e bacinetes.

Tentou-se ainda, já a doente tinha saído do Hospital, realizar uma histerografia. Seria interessante, à face dos factos observados, determinar a forma da cavidade do útero. Infelizmente, dada a pusilanimidade da doente, sômente sob anestesia geral seria possível injectar o líquido opaco. E, estou certo, o interêsse científico não conseguiria justificar a violência.

Não são freqüentes as anomalias do aparelho genital feminino. E, se aqui ou além se topa com uma deformação da sua parte terminal, mui escassas são as observações de perturbações de desenvolvimento da parte superior do ducto de Müller, revelando-se pela ausência duma trompa de Falópio.

Em tôda a bibliografia portuguesa que procurei, não me foi dado deparar com nenhum caso semelhante. E, quer na monografia do Sr. Prof. Pires de Lima (17) quer na lição feita pelo Sr. Prof. Amândio Tavares (24), em 1928, aos cursos de repetição — trabalhos onde se referem as publicações portuguesas sôbre as variações do aparelho genital feminino — nem numa nem noutra, se dá notícia de qualquer nota bibliográfica desta natureza, perfeitamente averiguada. Por vezes, o exame clínico faz nascer a convicção duma provável ausência duma parte do aparelho genital. Assim, publicava Martiņs Barbosa (2) «um caso de uteri defectus» e, mais recentemente, Oscar Ribeiro e Rodrigues Gomes (18) inserem, no «Portugal Médico» uma nota sôbre aplasia útero-anexial familiar. O Prof. Geraldino Brites (4) suspeita também uma deformidade congénita idêntica, num dos quatro casos de anomalias útero-vaginaes, publicados em 1918.

Todavia, em nenhuma destas observações, a constatação eventual de autópsia ou a laparotomia exploradora permitem definir, com precisão, a anatomia do tracto genital. E, sem um destes poderosíssimos meios semióticos — seja-me perdoada a expressão — quantos erros não se podem cometer, como o de Parakh (16), que, sentindo, perfeitamente, por toque rectal, um corpo que identificava como sendo o globo uterino, encontrou, no seu lugar, depois de

abrir o abdômen, um rim central e descido.... Por outro lado, quantas vezes existem, divorciadas de qualquer sinal clínico, agenesias da parte inicial do canal de Müller, que só a intervenção cirúrgica, motivada por moléstia associada ou intercorrente, consegue revelar.

E, de que são raros os casos de ausência dum ovário é prova, mais do que suficiente, a afirmação de Cotte (6) que diz apenas tê-las encontrado em duas das suas operadas e o número restricto — cinco casos sómente — que menciona, até 1930, uma revista de larga análise bibliográfica (20).

Conhecido o desenvolvimento do aparelho sexual feminino, fácilmente se compreende que um processo patológico, criando, como no caso de Baillis e Delarue (1), aderências espessas, possa fixar, em posição ectópica, um ovário atrasado na sua migração. Encontram-se, assim, varias referências, como as de Evans (8) e de Karahausen (12) ou ainda a constatação necrópsica, interessante e complexa, de Bonnaire e Durante (3), que observaram, a par de outras anomalias, a ectopia lombo-abdominal dum ovário e da trompa respectiva, e a falta dum rim e do ureter do mesmo lado.

No caso presente, arquiva-se junto do boletim clínico, como nota complementar do registó operatório, que a exploração da cavidade abdómino-pélvica, tam cuidada quanto as circunstâncias o permitiam, não conseguiu revelar vestígios do anexo ausente ou formação cicatricial anómala.

Deformidade congénita ou lesão adquirida? Michon (14), ao relatar dois casos de ausência anexial unilateral, sustenta a hipótese da origem adquirida, por torção do anexo. Diz também, que, se a lesão é congénita, observa-se, concomitantemente, uma anomalia do aparelho urinário e uma configuração uterina defeituosa: «Car de deux choses l'une, ou bien il y a aplasie totale du canal de Müller et alors l'utérus est unicorne, ou bien l'utérus est normalement formé et l'on ne peut admettre une aplasie de la portion initiale du canal si sa portion terminale s'est normalement unie á celle du côté opposé, pour former un utérus e un vagin normaux». Da mesma maneira pensava Nunes Bomfim (5), para quem a falta de um anexo, por suspensão de desenvolvimento, se acompanha, habitualmente dum útero unicórnio, embora cite, com excepção, o caso de Blot, de conformação uterina normal.

O processo patológico invocado — torção do anexo, amputação expontânea, necrose e reabsorção — dá geralmente origem a um quadro clínico que, muitas vezes, como num caso de Cotte (17), só o interrogatório rectospectivo consegue definir em mais do que um pormenor. E, casos ha, afirma Michon (13), ao estudar o vólculo dos anexos sãos, em que a torção evolue surdamente, com manifestações clínicas reduzidas, podendo passar despercebida.

Acrescenta, todavia, prudentemente, que apenas fornece êstes dados como simples possibilidades. Como resultado do processo inflamatório local observar-se iam, na pequena bacia, cicatrizes (Roessle) (21), bridas ou manchas nacaradas sôbre o peritoneo pélvico ou até a existência de restos ováricos ou tubares.

A anomalia genital pode preexistir ao nascimento, quer se invoque, como processo patogénio uma falta de desenvolvimento de metade do aparelho sexual primitivo, não devendo — no dizer de Soimaru (23) — ser confundida com as variações topográficas do ducto mulieriano, quer ainda se admita como verdadeira a hipótese da flegmasia no período de vida intra-uterina. Gellhorn (10) e Kossman, citado por Ziegler (25), pensam que quando o útero é de conformação normal, a anomalia deve ser considerada como adquirida na vida intra-uterina, por torção do anexo ou inflamação fetal.

Deformidade congénita ou lesão adquirida? Quer-me parecer, à face dos argumentos que colhi da leitura, e, muito principalmente, baseado no relato do acto operatório, que anomalia constatada deve ser anterior ao nascimento da doente. É certo que não existe associada nenhuma anomalia urinária e que a forma do globo uterino não representa o útero unicórnio, das pessoas mal desenvolvidas (Foá) (9), fazendo admitir uma paragem de evolução. Mas se repararmos bem na descrição anatómica: *Globo uterino pequeno, infantil... muito mais desenvolvido na metade direita que na esquerda*, somos levados a concluir que o processo patológico, sem dúvida já antigo, não só atingiu o anexo como também afectou o desenvolvimento do útero. Junte-se a isto a ausência dos estigmas, que Michon descreveu como cicatrizes da torção anexial e mais se alicerça a ideia da lesão congénita. O interrogatório retrospectivo não denuncia o aparecimento da crise abdominal e, Sanders (22), num caso semelhante, na falta de síndrome doloroso agudo do ventre, conclue pela primitividade da anomalia.

A variação sexual por defeito em nada influiu na vida genital da doente, tal como na observação de Riche e Fayot (19). Ilação idêntica se tira do resumo duma reunião da Sociedade de Obstetria e Ginecologia de Paris (11), afirmando Cotte, no seu já citado livro, a nula importância da ausência unilateral dum anexo.

E, ao terminar, recordo ainda um caso, que me foi contado pelo Sr. Prof. Teixeira Bastos, duma doente da sua clínica hospitalar. Laparatomizada por prolapso do útero, na intenção duma fixação uterina, feita já, num primeiro tempo operatório, a colpoperineorafia, observou-se a falta completa dum anexo. E da normalidade das suas funções ováricas, falavam, eloqüentemente, os seus dezanove filhos...

BIBLIOGRAFIA

- (1) BAILLIS et DELARUE — Position anormale de l'ovaire et de la trompe dans le méso-appendice avec salpingite tuberculeuse. «Ann. d'Anat. Path.», t. IV N.º 5, Maio, 1927, pág. 562.
- (2) BARBOSA (JOSÉ MARTINS) — A propósito dum caso de uteri defectus com cataménio vicariante. «Portugal Médico», 1917, pág. 640.
- (3) BONNAIRE et DURANTE — Un cas de trompe de Fallope abdominale indépendante de l'utérus. «Bull. et Mem. de la Soc. Anat. de Paris», 1912, pág. 128.
- (4) BRITES (GERALDINO) — Quatro casos de anomalias útero-vaginais. «Portugal Médico», 1918, pág. 471.
- (5) BOMFIM (NUNES) — Anomalias dos órgãos genitais da mulher por suspensão de desenvolvimento. «Tese do Porto», 1889.
- (6) COTTE (GASTON) — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. Paris, 1928, pág. 265 (nota).
- (7) COTTE (M. G.) — Amputation spontanée de la trompe droite consécutive á des accidents de torsion. «Lyon Chirurgical», t. XXVII, 1930 N.º 3, pág. 358.
- (8) EVANS (ARTHUR) and CADE (STANFORD) — «The Brithish Journal of Surgery», vol. XIII, Julho 1925, pág. 182.
- (9) FOÁ (PIO) — Anatomie Patológica Speciale. Apparato genitale femminile, pág. 517.
- (10) GELLHORN (G.) — Unilateral defect of tube and ovary; a Study in prenatal pathology. «Am. J. Obst. N. Y.», 1917, t. XXVI, pág. 878. an. in. «Surg. Gyn. and Obst.», 1918, I Suple., pág. 470.
- (11) JEANNIN (C.) et SUREU (M.) — «Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris», t. XXI, 1932, pág. 163.
- (12) KARAHUSEN — Ovais abcédés intraligamentaires, úterus acorne. «Gyn. et Obst.», 1920-2.º, pág. 378.
- (13) MICHON (M. L.) — Deux cas d'absence unilatérale des annexes. «Lyon Chirurgical», t. XXVII, 1930, pág. 359.
- (14) MICHON (M. L.) — Idem, pág. 362.
- (15) MICHON (LOUIS) — Le vulvulus des annexes saines. «Gyn. et Obst.», 1930-1.º, pág. 103.
- (16) PARAKH (F. R.) — Absence of uterus, fallopian tubes, one ovary and vagina, with one large kidney. «Brith. M. J.», 1919, t. II, pág. 496.
- (17) PIRES DE LIMA (J. A.) — Vícios de conformação do sistema uro-genital. Pôrto, 1930.
- (18) RIBEIRO (ÓSCAR) e GOMES (J. RODRIGUES) — Aplasia útero-anexial familiar. «Portugal Médico», 1932, pág. 27.
- (19) RICHE (V.), FAYOT (G.) et LANZ (G.) — Aplasia de l'utérus et des ovais. «Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc. de Paris», t. XIX, 1930, pág. 295.
- (20) ROESSLE (R.) and WALLART (J.) — Congenital absence of the ovaries and its basic significance for the theory of determination of sex. «Beid L. path. Anat. M. L. allg. path.», 1930, pág. 401 an. in. Surg. Gyn. and Obst. 1930, Supl. 2 pág. 491.
- (21) ROESSLE (R.) and WALLART (J.) — Idem.
- (22) SANDERS (J. HERBERT) — Congenital absence of one ovary and the corresponding fallopian tube. «The Brith. M. J.», 1928, pág. 1065.
- (23) SOIMARU — Absenta unilateral congenitale a anexelor «Ginécologie si Obstetrica», Maio, 1926 — an. in. Gyn. et Obst., t. XIX, 1929, pág. 332.
- (24) TAVARES (AMÂNDIO) — Evolução do aparelho genital feminino. Seus vícios de conformação. Sua importância clínica (cursos de repetição organizados pela Fac. de Med. do Pôrto, 1928).
- (25) ZIEGLER (E.) — Anatomie Pathologique. Bruxelas, 1910, t. 2, pág. 975.





RÓ
MU
LO

CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA



1329679692

