

Sinergia funcional utero-ovariana

(Histerectomia sub total meno-conservadora)

CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA DO HOSPITAL GAFFRÉE-GUINLE, A CARGO DO PROF. CLOVIS CORRÊA, AO I CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA

Por **Tavares de Souza**
Chefe de Clínica

Em julho de 1939 tivemos oportunidade de relatar perante a Sociedade Brasileira de Ginecologia, nove observações de doentes da 10.^a Enfermaria do Hospital Gaffrée-Guinle submetidas a operação de histerectomia sub-total, nas quais foram enxertadas no canal cervical, fragmentos de mucosa do útero extirpado, com o intuito de preservar a manutenção do ciclo menstrual.

O resultado geralmente satisfatório dessa conduta, o aumento da ca-suística por operações efetuadas posteriormente induzem-nos aproveitar a oportunidade deste Congresso para rememorar fatos e acrescer considerações que julgamos oportunas.

Outrora parecia que a conservação do ovário em operadas de histerectomia, por si só, bastava para assegurar equilíbrio endócrino á mulher, de modo a colocá-la ao resguardo das perturbações de carência próprias da castração.

Até há pouco, tinha-se como certo que o útero, por sua mucosa endometrial, obedecia passivamente ao comando do ovário que lhe determinava as modificações histológicas do ciclo menstrual, sem por sua vez sofrer o ovário a mínima influência do órgão sob sua regência.

Constatações de ordem clínica e modernas verificações de carater experimental fazem atualmente acreditar que, na ausência do útero, o ovário apresenta sinais de claudicação funcional representados por modificações de sua estrutura e sintomas subjetivos de ordem geral.

Assim, Tuffier, Asehner, Pankow, Lindig, Henker, Kogan, Derankova etc., verificaram em mais de metade das doentes submetidas à histerectomia com conservação dos anexos sinais de insuficiência ovariana. Tuffier, afirma, em consequência dessa observação, que a retirada do útero, mesmo com a conservação dos anexos, produz acidentes ulteriores semelhantes aos verificados após supressão dos ovários.

Villard, Tixier e Chalier tiveram oportunidade de reoperar doentes que já haviam sofrido histerectomia e nas quais encontraram posteriormente os ovários sede de degenerações, formando verdadeiros tumores císticos.

Polak, observando durante cinco anos 300 histerectomizadas com conservação dos ovários, conclue que esse tipo de cirurgia conservadora pro-

duziu 24% de degenerações císticas dos ovários que obrigaram a nova intervenção cirúrgica.

Wood e Cruz, em estudo clínico de três histerectomizadas com conservação dos anexos, nas quais pesquisaram o metabolismo basal e o quociente respiratório, verificaram, em todos índices de deficiência funcional.

Henckel é de opinião que existem relações funcionais, as mais estreitas, entre os ovários e o útero.

Para Serejukov o organismo feminino apresenta sinais de decrepitude, de depressão psíquica e podem ocorrer mesmo perturbações mentais após histerectomia.

Schmid entre outros, atribue grande importância ao efeito da função menstrual sobre a atividade ovariana.

Bordes, em 1898, já havia observado, por exames microscópicos, alterações da estrutura do ovário, tendendo e mesmo atingindo ao estado de esclerose, após histerectomia.

Cotte, verificou que, após histerectomia o funcionamento do ovário é profundamente prejudicado e, assim, externa a sua convicção de que quanto mais se aprofundar a análise dos processos funcionais do aparelho genital feminino, mais evidente apresentar-se-á a sinergia funcional existente entre o endométrio e o ovário, deduzindo daí a necessidade de conservar uma certa porção de mucosa uterina quando se pretender realizar cirurgia funcional.

Cruz Ramirez em 40 observações de histerectomizadas com conservação do ovário verificou 70% de casos apresentando sinais de carência ovariana.

Tamis, encontra 60% de histerectomizadas com sinais de insuficiência ovariana, si bem que existisse foliculina na urina de 77,7% das operadas, indicando esse fato, a seu ver, a necessidade do fator endométrio na manutenção do equilíbrio orgânico feminino.

Castaño assinala a eventualidade da existência de útero despojado definitivamente de sua mucosa endometrial, como consequência das raspagens procedidas com desusada violência, comprometendo irremediavelmente a camada basal e assim impossibilitando a regeneração do endométrio, o que reduzida na produção de sintomas de carência ovariana iguais aos da castração, não obstante a existência dos ovários e do útero com sua irrigação perfeita, mas sem endométrio e portanto sem menstruação.

Cita casos de amenorréias de lactação prolongada, conduzindo a um grau de hiper involução uterina que pode perdurar por toda a existência, ocasionando a presença de sintomas imediatos de insuficiência ovariana semelhantes aos da castração. A despeito da presença do útero e ovários produziu-se nesse um transtorno trófico que impediu o ciclo menstrual e a menstruação por atrofia do endométrio.

Outras causas determinando a destruição do endométrio e impeditivas de sua regeneração podem conduzir também á amenorréia definitiva e ao aparecimento de sinais próprios da insuficiência ovariana.

Villard, teria sido o primeiro a atribuir ao útero uma função endócrina, afirmando ser esse indispensável à vida do ovário; pois que, na ausência do endométrio, o ovário degenera, atrofia e produzem-se todos os sintomas de carência ovariana.

Brouha considera que se toda a cirurgia conservadora gravita em torno do ovário esse atua não sómente como órgão de secreção interna, mas também, por sua influência na função menstrual, de modo que ambas essas funções endócrina e menstrual, não podem ser separadas sob pena de romper-se o equilíbrio orgânico da mulher.

Vignes observa que após supressão do útero e conservação de um ovário as perturbações são habitualmente as mesmas que se constataam após castração total. Em seguida as operações que conservam o útero as perturbações desaparecem quando as regras retornam.

Para colocar a doente ao abrigo dos distúrbios da menopausa artificial bastaria, em princípio, segundo opinam Massabuau e Guibal, conservar um fragmento do ovário, porém, a simples conservação de tecido ovariano deve ser considerada insuficiente si não for possível preservar o útero in-totum, ou pelo menos em um fragmento, afim de que a sinergia útero-ovariana não seja perturbada.

Lecene e Gaudard são da mesma opinião, reputando indispensavel para a vitalidade do ovário a conservação de certa porção de mucosa endometrial supra-istmica nas histerecomias sub-totais.

Sessums e Murphy observando dois grupos de operadas, em um dos quais foi praticada a histerectomia com estirpação de toda a mucosa endometrial e no outro se procedeu à retirada do útero, conservando determinada porção de endométrio, verificaram no primeiro grupo 60% de casos em que se manifestaram sinais de carência e no segundo apenas 32% apresentaram aqueles sintomas.

As par dessas observações já são outrossim, numerosos os estudos experimentais em animais de laboratório com o intuito de conhecer as modificações que se processam no ovário após extirpação do útero.

Si pesquisadores há que não conseguiram constatar qualquer alteração nesse órgão, entre êles Holzbach, Burger, Mandl, etc., muito maior já é o número dos que tiveram oportunidade de assinalar transtornos na gonada feminina em consequência da ausência do útero.

Keitlair e Zimmermann verificaram degeneração esclero cística nos ovários de coelhas que haviam sido anteriormente submetidas à histerectomia.

A semelhantes conclusões chegam Takakusu e Parfenoff após histerectomias praticadas em ratas e nas quais a observação de esfregaços vaginais demonstra, outrossim, irregularidade, espaçamento e mesmo mais tarde ausência do ciclo-estral. Em contraposição, o enxerto uterino praticado nesses animais operados impedia a atrezia dos folículos jovens e luteinização dos que atingiram a maturidade.

Max Cheval praticando enxerto de endométrio em cadelas histerectomizadas, obteve perfeito funcionamento dos ovários que apresentavam-se com seus folículos e reatividade normal.

Assim, admite que esses fatos experimentais depõem em favor de uma ação hormonal do enxerto de endométrio.

Westmann e Durand acompanharam a evolução do ciclo vaginal de ratas submetidas à extirpação do útero e verificaram, pelo método de Allen e Doisey, que esse se mantinha perfeitamente normal. Em contraposição Kock, Winter, Parfenoff, entre outros, obtiveram resultados in-

teiramente opostos, observando anomalias graves do ciclo vaginal, três a quatro meses após extirpação do útero e que se tornavam tanto mais nítidas quanto mais tempo decorria da data da operação. Modificações igualmente se observam no aspecto histológico dos ovários, assinalando a extinção de suas funções.

Constatadas tais perturbações do ciclo ovariano e lesões de degeneração e atrofia do ovário cumpria distinguir se esses fenômenos tinham por causa a ausência do útero, agindo como órgão de secreção interna, ou se sobrevinham em consequência, apenas, do ato operatório responsável pela interrupção das conexões vaso-nervosas entre o útero e os ovários e pela formação de aderências capazes de perturbar a função ovariana.

Kock tende a admitir que a intervenção cirúrgica ocasionando fatalmente formação de aderências, essas podem comprometer os ovários e afetar-lhes as funções.

Vineberg e Kailter atribuem importância decisiva, nas alterações da função ovariana, à interrupção das relações vaso-nervosas entre os ovários e o útero, em consequência da hysterectomia.

Zimmermann, Lindig, Gutner, consideram a atrofia ovariana, após hysterectomia, resultado exclusivo da ausência do útero, que até então exerceria ação ineretora sobre os ovários. A séde da produção de hormônios no útero seria acamada endometrial segundo opinam Fellner, Ancell, Serdukof.

Kross praticando hysterectomia em dois grupos de ratas, num dos quais preservou a irrigação do ovário e no outro interrompeu-a. pôde observar em ambos, os mesmos sinais de degeneração ovariana e assim deduz que tais alterações degenerativas não são devidas às perturbações circulatórias e sim à ausência do útero.

Com intuito de derimir a controvérsia de opiniões sobre os pontos acima enunciados, Verhatzky realizou pesquisas experimentais sistematizadas para certificar-se do seguinte:

I — Si sobrevêm realmente alterações dos ovários após hysterectomia (degenerescência, atrofia).

II — Si essas alterações ovarianas dependem das relações vaso-nervosas entre o útero e os ovários, ou si ao envez, são devidas à perda da influência do útero no que concerne a sua ação como órgão ineretor.

III — Si é possível por auto-transplantação de endométrio, após hysterectomia, prevenir a atrofia dos ovários e si essa influência é duradoura.

IV — Como sobrevive o auto-transplantado na cavidade abdominal e na parede muscular e de que modo o mesmo evolue ulteriormente.

As experiências foram procedidas em ratas uniformemente alimentadas e cuidadas antes e após a operação.

Os animais submetidos á prova dividiam-se em quatro grupos. Os do primeiro sofreram extirpação total do útero; nos do segundo foi procedida apenas a interrupção das conexões vaso-nervosas entre os cornos uterinos e os ovários; aos do terceiro, além da extirpação total do útero, foi praticado o enxerto de endométrio; o quarto grupo constituía-se dos animais testemunhas dos três grupos precedentes.

Desde o terceiro dia da operação e subseqüentemente, durante onze

meses eram examinados esfregaços vaginais de todas as ratas observadas. Ao fim desse período de tempo os animais foram sacrificados e os enxertos de endométrio, assim como os ovários, retirados para exame microscópico.

A verificação demonstrou que os animais do primeiro grupo não apresentaram evolução anormal do ciclo vaginal apenas durante os dois primeiros meses que sucederam a histerectomia. Do terceiro mês em diante tornou-se cada vez mais acentuada a sua anormalidade, que se evidenciava pela tendência gradativa á extinção dos ciclos, traduzindo-se por maior e sempre crescente duração dos estados intermediários, até terminar por um estado de repouso completo e definitivo. O exame histológico dos ovários concluiu pela presença de sinais de degeneração e atrofia, com ausência completa de folículos em estado de maturação.

O segundo grupo de animais demonstrou que o acido estral se processou sem maiores distúrbios durante os onze meses que sucederam á operação, revelando o exame histológico ausência de sinais de degeneração e atrofia do aparelho folicular, permitindo concluir que as alterações sobrevindas nos ovários após histerectomia não dependem da interrupção das conexões vâsculo-nervosas, mas da cessação da influência do útero no que concerne á sua ação ineretora.

No terceiro grupo de animais, quando o transplantado vingou, o ciclo estral permaneceu dentro da normalidade durante oito a nove meses seguintes. Todavia, nos casos em que o fragmento do endométrio foi reabsorvido, verificaram-se as mesmas alterações do ciclo vaginal e dos ovários observadas no grupo dos animais histerectomizados sem auto transplantação de endométrio.

A ação estimulante do enxerto de mucosa uterina em relação ao ovário, não se processou, todavia, de maneira definitiva, tanto que, a partir do oitavo ou nono mês da operação, os períodos de cio começaram a espagar, apresentando intervalo entre um e outro de nove a treze dias. Daí a conclusão que o auto-transplante de endométrio estimula a função ovariana e assim, de certo modo, pelo menos temporariamente, pode substituir a influência sobre o ovário pelo útero in-locu.

Serdjukof alude ás diferenças de manifestações que sobrevêm após a retirada do útero simplesmente, ou depois da extirpação do útero e ovário, ou ainda em consequência da ablação dos ovários somente, que demonstrariam a atividade endócrina do endométrio, a seu ver, séde exclusiva da produção de hormônio no conjunto de tecidos constitutivos do órgão uterino (músculo, tecido conjuntivo, vasos, nervos, perimétrio). Assim o endométrio representaria a parte mais ativa do útero, contendo e produzindo substâncias lipoides e fermentos em quantidade variavel, segundo a época do ciclo menstrual e da gestação.

O mesmo autor cita, em abono de sua afirmativa, a constatação no útero grávido de coelhas de glândulas endócrinas; a influência fisiológica e tóxica dos extratos de tecido uterino provocando coagulação sanguínea, formação de trombus, devido á riqueza de endométrio, em tromboquinase; o aumento da pressão sanguínea e do fluxo menstrual, por efeito da administração de preparações opoterápicas uterinas e finalmente sinais clínicos, sintomas de auto intoxicação com edema, tendência á formação

de cavernas vasculares nas paredes uterinas, manifestações estas a que denominou metropatias cavernosas.

Do que acaba de ser exposto sobre constatações de ordem clínica e experimental, parece evidenciar-se que o útero e o ovário, sob o ponto de vista funcional, formam um conjunto do qual a supressão de um elemento resulta nociva ao todo e pode perturbar o equilíbrio endócrino indispensável á manutenção da saúde feminina.

Si bem que falte a prova de existência de um hormônio uterino ainda não isolado, as manifestações de carência ovariana observadas com a retirada do útero e a preservação da sobrevivida desses sinais quando, pelo menos, um fragmento do órgão uterino com sua mucosa funcionando é conservada juntamente com o ovário, falam em favor, no mínimo, da existência de uma sinergia funcional, indispensável entre o útero e o ovário.

Dest'arte assiste, a nosso entender, toda a razão na conduta dos que se preocupam em poupar o órgão uterino, sempre que possível integralmente, ou pelo menos em parte e nos casos em que se impõe a extirpação do órgão com toda a sua mucosa funcionando praticar o enxerto de um fragmento de endométrio, de maneira a propiciar a preservação da correlação funcional endométria ovariana.

Em relação á maneira como se comporta o enxerto endometrial, experimentações sobre coelhas e cadelas feitas por Verhatzky, que implantou fragmentos de mucosa uterina em diversas regiões do corpo desses animais, tais como: — superfície do corpo uterino, espaço de Douglas, paredes do reto, da bexiga, da vagina e músculos da parede abdominal, permitiram-lhe concluir que o crescimento do endométrio é sempre considerável, independentemente da zona de implantação e se processa no sentido de extensão, jamais sendo observada tendência infiltrante. Ao exame microscópico os transplantados apresentavam sempre todos os elementos da mucosa uterina, denotando perfeita atividade funcional.

Bykow conseguiu fazer a transplantação do útero de coelhas no epiloon e observou sobrevida normal dos transplantados durante oito meses. Os animais submetidos a essas experiências eram muito jovens e as verificações posteriores permitiram constatar que os úteros transplantados haviam atingido desenvolvimento normal como se estivessem in-loco.

Neumann implantou fragmentos de endométrio com miométrio na câmara anterior do globo ocular de 55 coelhas verificando perfeito crescimento dos transplantados, que apresentavam inflamatória da conjuntiva e da íris, a partir do segundo dia, atingindo o máximo entre o sétimo e décimo dia e assim persistindo durante trinta e quarenta dias; raramente, todavia, ocorreram formações de escaras e destruições do globo ocular. Só depois do desaparecimento da reação inflamatória, o enxerto era tido como coroado de êxito e aí submetido á observação.

Quadros nítidos demonstraram as modificações por que passava o transplantado durante o estro e a gravidez.

A vermilhidão que ocorre durante o período de estro aumenta durante 24 horas, na intensidade máxima mais 24 horas e desaparece nas 24 horas subsequentes. Durante a gravidez o enxerto se mantém em estado de certa hipertrofia torna-se edematoso e frouxo, segue-se hiperemia arterial, ativa e finalmente dupla, no momento do parto, sobrevem hiperemia ve-

nosa, voltando tudo ao normal em 48 horas após o esvaziamento do útero.

Injeções de "Progynon" ou de urina de mulher grávida produzem sempre reações nítidas que começam 36 minutos após a injeção atingem ao máximo e se estabilizam aos 44 minutos, para começarem a decrescer após uma hora, apresentando o transplantado aparência inteiramente normal quatro horas depois da injeção.

As injeções de Progynon" praticadas repetidamente redundam em aparecimento de formações císticas no endométrio enxertado.

Allen e Priest também praticaram transplantação de fragmentos de mucosa endometrial na câmara anterior do olho da coelha, indicando-a como ponto ideal para o estudo do desenvolvimento e da subordinação fisiológica do tecido transplantado, em virtude da facilidade de técnica, rápida nutrição e vascularização dos enxertos, divisibilidade completa; fatores esses que lhes permitiram considerar evidente o tecido endometrial possuir propriedades peculiares de proliferação do seu epitélio pela invasão dos tecidos adjacentes e formação de espaços glandulares típicos.

Assim, a mucosa transplantada não se desenvolve somente no ponto do enxerto, porém cresce da zona de implantação na íris, se estende e invade a córnea onde se detem, apresentando então um rebordo alto e saliente.

A observação feita por Schmid de certos casos de endometriose natural verificados em pacientes submetidos á laparatomia nas quais o endométrio heceterotópico apresentava sinais nítidos de atividades funcional, permitiu-lhe asseverar que a eliminação regular e periódica de sangue através os órgãos genitais femininos não ficariam indissolvelmente condicionada á presença do útero, podendo portanto, provir de endométrio heceterotópico desde que esse se mantivesse em conexão com a cavidade vaginal, afim de que o sangue pudesse fluir para o exterior.

Partindo desse preliminar, imaginou que a criação de uma endometriose artificial, pela implantação de retalho de mucosa uterina no fundo do saco vaginal da mulher histerectomizada, poderia realizar condições favoráveis a assegurar a continuação do fluxo menstrual, a despeito da ausência do útero. Esse autor foi o primeiro a efetuar, em 1929, a autometidas á extirpação do útero, podendo observar alguns casos durante longo tempo e assim verificar que dos pequenos enxertos de mucosa uterina transplantação de endométrio no fundo do saco vaginal de mulheres subfluía sangue duradoura e periodicamente.

A esse fato atribuiu Schmid a minoração dos efeitos desastrosos frequentes nas operações mutiladoras do órgão uterino.

Em nenhum caso de transplantação do endométrio verificou seu crescimento em profundidades, sob forma infiltrante, como já tem sido constatado na endometriose natural e cuja averiguação levou Wagner e Berg a discordarem dessa conduta de Schmid, citando casos em que quadros clínicos de endometriose espontânea se apresentaram com extrema gravidade, ocasionando perturbações sérias pelo comprometimento de órgãos importantes, como o reto e a bexiga e tornando impossível a operação radical em vista do crescimento profundo, além de extenso, do processo de endometriose.

Não obstante essas objeções Schmid retomou suas observações e publicou em 1934 mais 27 casos de auto-transplantação de endométrio no

fundo do saco vaginal de histerectomizadas por causas diversas, nas quais conseguiu preservar a função menstrual sem que sobreviessem incidentes por efeito do auto-transplantado, nem jamais tivesse observado crescimento em profundidade do tecido de implantação; o que significa, a seu ver, a pouca probabilidade de comprometimento dos órgãos vizinhos pela ação do enxerto.

Os exames colposcópicos a que submeteu periodicamente suas operadas revelaram em todos os casos a durabilidade da enxertia do endométrio na vagina e o seu funcionamento regular, permitindo acompanhar as diversas fases do acido menstrual inclusive a de eliminação da mucosa até a camada basal, como se observa na verdadeira menstruação.

A técnica usada por Schmid se resume em eruentar a mucosa da vagina, desnudando-a do seu revestimento epitelial numa extensão apropriada às dimensões do retalho a implantar, deter por compressão eventual sufusão sanguínea e fixar por pontos de sutura o fragmento de mucosa uterina destinado ao enxerto.

A divulgação dos resultados dessa experiências e observações, assás concludente no sentido da conveniência em poupar pelo menos uma pequena porção do útero com sua mucosa endometrial, nas operações de histerectomia, ou, na impossibilidade de assim proceder, enxertar fragmento de endométrio com o intuito de propiciar hemorragias menstruais e prevenir distúrbios que sóem manifestar-se em consequência da extirpação do útero, tem conduzido maior número de especialistas a lançarem mão de processos cirúrgicos visando respeitar a correlação funcional útero ovariana.

Fuchs em 1935 apresentou 10 casos de auto-transplantação de retalho de endométrio, obtido do útero extirpado, no canal cervical, por processo assim descrito: retirado o útero era conservado envolto em toalha humedecida e quente, enquanto o canal cervical era preparado para receber o enxerto, mediante a excisão em forma de funil de certa porção de tecido, bastante para dar lugar ao volume do fragmento de mucosa uterina a ser implantado. Em seguida, do útero extirpado era retirado um retalho de endométrio medindo cerca de 2x3cm. que ficava apenso em uma de suas extremidades por meio de um fio longo cat-gut, por sua vez amarrado ao orifício de uma sonda que era introduzida pela porção superior do canal cervical através da vagina, onde um assistente o tracionava até conduzir o transplantado ao leito que lhe fôra adrede preparado no canal cervical, onde era fixado por ponto de sutura.

Posteriormente Fuchs simplificou esta técnica limitando-se em 24 casos subsequentes a insinuar por meio de pinças de dissecação o retalho da mucosa uterina na luz do canal cervical, ampliada por prévia ressecção de tecido, mantendo-se in-loco por 2 a 3 pontos de sutura.

Clovís Corrêa, em 1936, realizou, em dois casos, histerectomia sub-total com auto-transplantação de endométrio, operação que denominou — histerectomia sub-total menoconservadora — valendo-se de retalhos pediculados da mucosa uterina pela secção in-loco do fundo do útero, feita transversalmente, sendo fendida a cavidade uterina de alto a baixo até ao nível do istmo e após prévia ligadura das uterinas nesse ponto. Afastadas por meio de pinças as duas metades do útero seccionado, era então descolada a bisturi uma faixa retangular de mucosa endometrial com pe-

quena porção de musculatura do miométrio, na direção de cima para baixo, em ambas as paredes anterior e posterior do útero. Os retalhos endometriais obtidos eram facilmente insinuados no canal cervical, previamente dilatado por velas de Hegar até o número 13, onde ficavam em contacto pelas superfícies cruentas. Uma vez acamado o enxerto eram extirpadas as duas metades do útero seccionado e se procedia ao fechamento do cofe uterino por pontos separados.

Em 1938, Matyás, publicou duas observações de transplantação do endométrio, usando retalho pediculado obtido da mucosa de revestimento da parede posterior do útero, após pinçamento das uterinas e incisão mediana da parede uterina anterior. O transplantado único de orna retangular era insinuado no canal cervical e aí fixado por sua extremidade livre, de modo a formar como que uma ponte pencil, depois de se lhe praticar uma botoeira com o fim de facilitar o escoamento sanguíneo.

Kraul, Franúl, Verhatzky, entre outros, também realizaram transplantações de mucosa uterina, adotando a confecção de retalhos pediculados, por maneiras aproximadas ás já descritas.

A maioria dos casos que esses autores puderam acompanhar e nos quais adotaram a técnica de enxerto pediculado ou a de retalho livre de endométrio, apresentou resultados completos traduzidos pela continuação da função menstrual e ausência de sinais de carência ovariana.

Para controlar a vitalidade do enxerto no canal cervical e sua maneira de funcionamento Verhatzky praticava simultaneamente transplantações de endométrio nos fundos de sacos vaginais e na portio, as quais eram retiradas dois a quatro meses decorridos da operação e examinados ao microscópio, reveiando sempre nítida atividade funcional.

Matyás procedeu à titulação dos hormônios do lobo anterior da hipofise, da foliculina e luteína com resultados satisfatórios nos casos de histerectomizadas com auto-transplantação de endométrio.

Nos 34 casos de enxerto de endométrio no canal cervical após histerectomia, relatados por Fuchs, em apenas 6 não se verificou a sobrevivência da menstruação, a que esse autor atribue, em duas ocasiões, haver utilizado decidua de útero grávido e em duas outras oportunidades, os transplantados terem escapado do canal cervical, perdendo-se através da vagina, fato que, aliás, lhe permitiu aduzir como prova de ser a mucosa implantada que produz a perda sanguínea menstrual.

Em nosso comunicado á Sociedade Brasileira de Ginecologia em 1939, relatávamos também a observação de 7 casos em que foi empregada a técnica de transplantar retalho livre de endométrio no canal cervical de maneira semelhante á usada por Fuchs.

Tivemos oportunidade de acompanhar a sequência tardia dessas operações em 6 pacientes, verificando 3 resultados completos traduzidos pela persistência do ciclo menstrual e ausência de sinais de carência ovariana; nos casos restantes, si bem que não tivéssemos conseguido a sobrevivência das menstruações, todavia, as enxertadas mantinham-se em boa saúde, sem apresentarem sinais subjetivos de carência.

Podemos agora acrescentar mais seis casos de enxerto de retalho de

endométrio no canal cervical aos já relatados e cujas observações em resumo são as seguintes:

Papeleta 1.427 — A. S. A. — Diagnóstico: — Mioma do útero, ane-xite esquerda com hidrosalpinx. Operada em 9-10-1939. Tratamento: histerectomia sub-total menoconservadora; salpingo ovarioectomia esquerda.

Até janeiro de 1940, quando compareceu pela última vez ao serviço, não havia sido ainda menstruada; não obstante, não acusava sinais subjetivos de insuficiência ovariana. Sentia-se bem.

Papeleta 1.399 — M. C. P. — Diagnóstico: — mioma do útero. Operada em 10-8-1939. Tratamento: — Histerectomia sub-total menoconservadora.

A despeito de reiteradas solicitações, a paciente não mais voltou ao serviço.

Papeleta 1.501 — R. L. — Diagnóstico: — mioma do útero. Operada em janeiro de 1940. Tratamento: Histerectomia sub-total menoconservadora.

Em agosto do corrente ano, compareceu ao serviço informando que continuou a menstruar; as perdas sanguíneas duram 1 a dois dias em pequena quantidade; apresenta-se em bom estado geral; ausência de perturbações de carência.

Papeleta 1.523 — M. D. G. — Diagnóstico: — Mioma do útero. Operada em 9-2-1940. Tratamento: — Histerectomia sub-total menoconservadora.

20-3-1940 compareceu pela última vez ao Serviço, informando que ainda não havia sido menstruada, não apresentava sinais de carência, conservava o líbido e voluptas.

Papeleta 1.628 — M. A. S. — Diagnóstico: — Mioma do útero; salpingo ovarite direita. Operada em 8-8-1940. Tratamento: — Histerectomia sub-total menoconservadora; salpingo ovarioectomia direita.

Até o momento em que escrevemos esta observação não havia tempo para que se verificasse a sobrevivência do fluxo menstrual.

Papeleta 1.502 — H. M. S. — Diagnóstico: — Mioma do útero. Operada em janeiro de 1940. Tratamento: Histerectomia sub-total menoconservadora.

Compareceu em 10-8-1940, informando que tem sido menstruada regularmente, durante dois a três dias, com pequena quantidade de sangue. Acrecenta que atualmente encontra-se em boa disposição geral.

Nas operações acima relatadas foi introduzida pequena modificação na técnica de auto-transplantação do endométrio, que consistiu em enxertar, em vez de um, como usávamos anteriormente, dois fragmentos de mucosa uterina, que eram implantados respectivamente nas paredes anterior e posterior do canal cervical, após dilatá-lo mediante excisão de duas porções de tecido de forma a dar espaço suficiente para acamar os transplantados, que eram então fixados por pontos de sutura com cat-gut fino.

Dessas observações não nos foi possível conhecer os resultados medidos em dois casos; nos quatro restantes duas vezes o êxito foi completo com sobrevivência das perdas menstruais e boa disposições geral apresentada

pelas pacientes; nas duas restantes, si bem que se não verificassem as menstruações, as pacientes não apresentaram sinais de carência ovariana, conservando o libido e voluptas.

Neste grupo de observações, como no que apresentamos anteriormente em 1939, a indicação de hysterectomia menoconservadora foi imposta todas as vezes pela existência de mioma do útero e conseqüente impossibilidade de conservar. Dada a localização do tumor miomatoso, uma certa porção do órgão capaz de assegurar a função menstrual.

Operações desse gênero, todavia, podem ser indicadas por motivos outros, realmente muito mais raros, tais como os conseqüentes à rutura do útero, por causas diversas e traumatismos que atingem o órgão uterino, ocasionando-lhe lesões de caráter irremediável.

Si bem que Schmid aconselhe a auto-transplantação de endométrio inclusive em casos de cancer do colo em início, afirmando que nesta fase da lesão cancerosa não há perigo de comprometimento da mucosa endometrial, não nos animamos a seguir essa conduta.

Serdjukoff realiza também a hetero-implantação de mucosa endometrial de mulher sã no cavum uterino de indivíduo portador de amenorréia conseqüente a métrite dissecante ou a causas outras tais como curetagens intempestivas, que comprometem definitivamente a camada basal e assim impossibilitam a regeneração do endométrio. Nessas eventualidades, o enxerto, segundo afirma esse autor, proporciona resultados satisfatórios.

Seria certamente inútil tentar a persistência do ciclo menstrual pela auto-transplantação de endométrio em indivíduo cuja mucosa endometrial fosse sede de afecção acarretando sua definitiva incapacidade de se regenerar. Outrossim, presença de sintomas nítidos de insuficiência ovariana, constatação de atrofia e lesões degenerativas no ovário, ocorrência de processos inflamatórios e de supuração dos anexos, formam entre as contra-indicações oriundas da gonada feminina ao processo de auto transplantação de endométrio.

Constituem condições primaciais para o sucesso do ato de enxertia, além da boa técnica, o bom estado de funcionamento da mucosa a implantar e a segurança de funcionamento normal do ovário.

Concluimos em face do que ficou exposto, constituir a hysterectomia sub-total menoconservadora processo a eleger sempre que estejam presentes as condições acima descritas, além da impossibilidade verificada de realizar hysterectomia sub-tota alta, que permita deixar in-loco uma certa porção do órgão uterino com mucosa funcionante, capaz de assegurar a menstruação.

Essa prática, a nosso ver, constitue no momento o que é possível realizar visando, pela preservação da função menstrual de relevante valor psíquico para a mulher, manter a sinergia funcional útero ovariana, que constatações de ordem clínica experimental parecem indicar como indispensável ao funcionamento e sobrevivência normal do ovário e ao equilíbrio endócrino feminino; obedecendo, outrossim, á tendência conservadora da ginecologia hodierna, sem correr risco, pela poupança de órgão irremediavelmente doente, de tornar incompleto o ato curativo a que se propõe a intervenção cirúrgica.