

REVISÃO DE 540 CASOS DE PROLAPSO GENITAL OBSERVADOS NA CLÍNICA GINECOLÓGICA DA FACULDADE DE MEDICINA DESDE A SUA CRIAÇÃO ATÉ HOJE  
( 1911 - 1946 )

PROF. ALÍCIO PELTIER DE QUEIROZ  
(Catedrático de Clínica Ginecológica)

A Cátedra de Clínica Ginecológica foi criada na Bahia em 1911, por desdobramento da então chamada "Secção de Clínica Obstétrica e Ginecológica", e teve como primeiro titular a José Adeodato de Souza, que lecionou até 1925, quando foi substituído por Aristides Pereira Maltez.

De Janeiro de 1943, época do falecimento de Maltez, até Dezembro de 1945, a cadeira foi regida interinamente por Antônio Pereira Maltez, a quem vim substituir em Janeiro do ano corrente.

No momento em que assumí a direção da Clínica, alcancei o interêsse que haveria em derramar a vista pelo caminho percorrido, em sacudir a poeira dos lustros de sôbre os arquivos do serviço, e ler, na lição do passado, as rotas do futuro. As clínicas são como as árvores e as famílias: têm a sua tradição e a sua linhagem, que mergulham no passado. E a ninguém é dado cortar êsse fio profundo, desvincular-se das origens.

Dividí o trabalho de levantamento, entregando ao assistente João Costa Filho e ao interno Antônio Cabral Machado o material referente a miomas uterinos e fístulas urinárias, e reservando à minha pesquisa o acervo dos prolapso genitais.

Grande parte do material do arquivo, especialmente a que trata dos neoplasmas, é inaproveitável, devido à falta de documentos histológicos.

Assim nasceu este estudo, que pretende um balanço dos casos de prolapso genital observados durante os sete lustros de atividade Clínica, afim de controlar, à base de tão vultosa casuística, noções tidas como pacíficas a respeito das hérnias pelvianas na mulher.

Sobre 5.142 pacientes admitidas na Enfermaria Santa Marta, do Hospital Santa Isabel, durante aquele lapso de tempo, 540 apresentavam prolapso genital.

Entra, assim, o prolapso numa proporção de 10,5% (dez e meio por cento) para com as demais ginecopatias, no nosso cômputo total.

É sobre este material escriturado no registo da Clínica que o estudo se realiza, visando estabelecer a incidência da anomalia na seriação da idade, sua relação com a raça e com o grau de paridade; visando focar sua coincidência com outras lesões orgânicas genitais e paragenitais, e investigar a evolução dos métodos de tratamento durante as gestões acima referidas.

### GRAUS DO PROLAPSO

O registo dos primeiros anos de atividade da Clínica está grandemente prejudicado pela falta de muitas observações.

O fichário numérico, por seu turno, é um tanto omisso no particular, limitando-se muitas vezes a consignar, lacônicamente: *Prolapso*, sem destacar o grau da anomalia.

Anotando apenas as observações que trazem o grau claramente expresso, verificamos que, em média,

60 % correspondem a prolapsos totais  
e 40 % a prolapsos parciais.

Está claro que admitimos como totais ou do 3.º grau, aqueles que incluem a inversão completa da vagina, com exteriorização permanente da *portio*. Era assim que Adeodato os entendia. Neles, como se há dito com justeza, perdeu o útero o direito de domicílio.

Prolapsos parciais são sinônimos de simples abaixamento com colpocele (1.º grau), ou *descensus* mais acentuado, orifício externo do colo ao rés do plano vulvar (2.º grau).

Não aparecem no registo histeroceles isoladas (fato, a meu humilde ver, de ocorrência discutível), nem enteroceles anteriores ou posteriores (hérnias fornicaes, hérnias dos Douglas, hérnias perineais, enteroceles vaginaes, etc.).

O quadro n.º 1 exhibe casos curiosos de prolapsos totais com volumosas cisto e retoceles verdadeiras.

Anomalias de tal porte são menos assíduas hoje-em-dia, pois estão mais accessíveis os recursos cirúrgicos, as doentes melhor educadas e os cirurgiões menos temidos.

### PROLAPSO E IDADE

O gráfico n.º 1 mostra a incidência do prolapso na seriação das idades, por decênios.

Dele se infere a veracidade da assertiva de que o prolapso genital é uma afecção da mulher adulta. É, realmente, na madureza que se encontram, em tôdas as casuísticas, as mais avantajadas cifras da distopia.

Nesse particular, o nosso resultado afina perfeitamente com o auferido pelo Dr. Eduardo Vasconcelos (1) em estudo estatístico feito na Clínica Ginecológica da Faculdade Nacional de Medicina, em 1943.

A casuística do Serviço Aires Neto, em S. Paulo, pela relação levantada por Licínio Dutra (2), em 1944, sobre 182 observações, a maior incidência recai sobre o sexto decênio, dos

50 aos 59 anos. Aliás, a diferença é bem pequena para o quarto decênio: apenas dois casos a mais.

No nosso polígono, as cifras máximas recaem sobre o terceiro decênio, observando-se descaída gradual para a direita e brusca para a esquerda.

Os prolapso parciais fôram mais frequentemente observados nas pacientes mais moças (2.<sup>o</sup> e 3.<sup>o</sup> decênios) e os prolapso totais nas casas mais avançadas, do quarenta e do quinquentenário.

O fato tem a sua explicação fácil e cabal, na compreensão de que o prolapso é uma afecção de marcha lenta e progressiva, os casos mais avançados da distopia devendo corresponder, por fôrça, a idades também mais avançadas.

Primam pela ausência, no registo, os prolapso em criança e em recém-nascida e são poucos os casos de prolapso senil, tudo, assim, em plena concordância com as idéias assentadas nos livros, e erigidas em verdades clínicas.

Nada, pois, a discutir-se ou refutar-se.

### PROLAPSO E RAÇA

Das 540 pacientes de prolapso, 147 eram brancas, 149 pretas e 244 mestiças.

À primeira vista, impressiona o predomínio das mestiças sobre brancas e pretas, parecendo serem elas, as mestiças, mais predispostas à anomalia.

Ora, tal conclusão seria absolutamente viciosa, uma vez que número diverso de brancas, pretas e mestiças (19%, 29% e 52%, respectivamente) transitaram pelo serviço.

Assim, para nos aproximarmos da verdade estatística, procurámos estabelecer porcentagens isoladas que traduzissem a incidência do prolapso em cada grupo racial de *per se*, sendo fácil o estudo comparativo ulterior.

O resultado está representado no gráfico n.º 2, onde aparecem as brancas tarjadas com 15%, as pretas com 10% e as mestiças com 9%, tudo indicando suscetibilidade maior das brancas para a distopia (33,33% mais que as pretas), de acôrdo com o que está mais ou menos assentado na literatura clássica sôbre a questão.

Trata-se, naturalmente, de valores aproximados.

Eduardo Vasconcelos alcançou cifras altíssimas de incidência do prolapso nas brancas (74,5%) contra cifras mínimas nas pretas e mestiças (0,9% e 4,0%), mas nós não entendemos bem como as conseguiu e aconselhar-lhe-íamos a revisão dos cálculos.

Comparativamente, a incidência do prolapso nas pretas é muito maior que a da inversão uterina. Nesta distopia, elas aparecem entre nós, no Brasil, na reduzidíssima porcentagem de 4%, contra 24% de mestiças e 72% de brancas. Estas cifras são idôneas, pois foram por nós estabelecidas em 1943, à custa da revisão de tôda a casuística nacional da inversão uterina, contribuição apresentada à II Semana Paulista-Carioca de Ginecologia e Obstetrícia.

### LESÕES CONCOMITANTES

Verificámos no nosso inventário a associação relativamente frequente do prolapso genital com várias ginecopatias e outras lesões orgânicas genitais e para-genitais:

A) — Processos inflamatórios: metrites, cervicites e anexites: 31, 24 e 49 vezes, respectivamente.

B) — Traumatismos: ruturas do colo: 35 vezes.

C) — Distrofias: Alongamentos hipertróficos do colo: 25 vezes.

D) — Tumores: Miomas: 12 vezes; cistos ovarianos: 5 vezes; polipos cervicais: 2 vezes; carcinoma do endométrio: 1 vez; câncer cervical: 1 vez.

*Hérnias e distopias*: hérnia inguinal: 3 vezes; hérnia umbilical: 3 vezes; eventração: 6 vezes; ptose esplênica: 2 vezes; ptose renal: 2 vezes; prólapso do reto: 2 vezes.

Em seis observações, foi consignado o prolapso da vagina pós-histerectomia e, em duas, a associação prolapso genital e gravidez.

A concomitância com retíte estenosante, úlceras crônicas da vulva e da vagina, fístulas reto-vaginais e outras manifestações da linfopatia venérea, fato merecedor de nossa especial atenção, foi assim registada:

Prolapso com retíte estenosante . . . .	15 vezes
Prolapso com fístula reto-vaginal . . .	5 vezes
Prolapso com ulcus crônico da vulva	2 vezes
Prolapso com elefância . . . . .	2 vezes

O quadro n.º 2 representa aspectos fotográficos de algumas associações lesionais. A junção de prolapso com síndrome de Jersild foi estampada na foto IV. do quadro n.º 1 (estiomênio anal, ulcus crônico, retíte estenosante).

A coincidência do prolapso genital com retíte estenosante é frequente em nosso meio. Justifica-se pelo afrouxamento do tecido de sustentação ao curso da infecção consuntiva, de marcha inexorável, e pelo esforço estafante e continuado a que são obrigadas as doentes de retíte.

Os problemas terapêuticos criados por essa complicação não têm sido agitados e ventilados em nossa literatura.

Aliás, não tenho conhecimento, também, de trabalho estrangeiro escrito especialmente sobre o assunto.

Como dissemos, a associação é frequente e constitui indicação especialíssima de tratamento, especialmente nas mulheres novas.

Isto, porque, como é notório, não há, até o momento, tra-

tamento médico realmente frutífero para a retite estenosante. Ora, si a retite persiste com o tenesmo, está naturalmente contraindicada qualquer intervenção cirúrgica isolada para o prolapso, que, afinal de contas, lhe é subsidiário. Demais, a infiltração esclerosa da parede posterior da vagina e do perineu não permite, a rigor, qualquer plástica satisfatória.

Se, por outro lado, se adota o tratamento cirúrgico radical para a retite, como nós adotamos (amputação abdômino-perineal com anus definitivo, em um só estágio, ou amputação abdômino-endo-anal com abaixamento cólico ao perineu), a mutilação obrigatória do elevador do ânus embargará, logicamente, qualquer tentativa cirúrgica honesta pela via baixa.

Em casos que tais, temos recorrido à exo-histeropexia de Kocher como complemento do primeiro tempo da operação combinada.

Já por duas vezes observámos a agravação de prolapso genitais depois da amputação retocólica com anus definitivo. O 1.º caso, representado na fotografia n.º 3, mostra, três meses depois da operação, o prolapso útero-vaginal sobre a brecha, ainda não cicatrizada, da amputação.

No 2.º caso, três anos depois da amputação, a doente apresentava o perineu escavado por uma ulceração ao nível do ponto que correspondera ao anus, e destruição do septo reto-vaginal, do qual apenas restava delgada trave. O colo e a vagina invertida saíam pela escavação perineal. Fez-se histerectomia vaginal com colpectomia total (operação de Muller-Savariaud) e larga excisão de todo o tecido comprometido.

O resultado foi definitivo.

Este tema merece a atenção dos ginecólogos brasileiros, dada a imensa difusão da linfopatia venérea em nosso país.

A observação de prolapso e câncer cervical, única em cifra tão avantajada de casos, confirma cabalmente a raridade dessa associação mórbida.

Em 1944, Licínio Dutra, revendo a questão encontrou em nossa literatura, apenas 5 casos documentados de carcinoma cervical em útero prolabado, que, somados a três de sua observação, perfizeram o total de oito casos notificados até àquela data.

Passando em minuciosa revista as diversas razões emitidas para explicar a raridade do achado, o estudioso já notável ginecólogo paulista acaba por emitir que elas estão cifradas na deficiência circulatória, na atrofia das glândulas, e na pouca incidência, em casos tais, de fenômenos inflamatórios locais de tipo irritativo.

Continuando, anoto a curiosa coincidência do prolapso genital com processos anexiais inflamatórios, média aproximada de 10%. Surpreende a proporção elevada, pois sabemos que esses últimos processos, na sua grande maioria de fundo gonocócico (75%) deixam resíduos plásticos que, de certo modo, fixam o útero e embargam a sua descida.

Contra fatos, porém, não valem argumentos.

### PROLAPSO E PARIDADE

Entre as 540 padecentes de prolapso, anotamos como primeiro achado digno de menção: 10 virgens e 19 nulíparas.

Olhemos, agora, para o gráfico n.º 3. Nele, impressiona o número de primíparas e as secundíparas sobrepujam as múltiparas.

Convenhamos que, embora esteja assentada a influência do trauma obstétrico na gênese do prolapso, a incidência da distopia não está diretamente vinculada e proporcionada ao número de partos.

Parece que, acima do número, influem as condições em que os partos se processaram.

Também na estatística de Eduardo Vasconcelos, antes ci-

tada, as tercíparas e primíparas preponderam, ocupando o primeiro e segundo lugares, respectivamente.

José Gallucci (3), comentando êsse fato, procurou estabelecer, sob o nome de *média* ou *índice de paridade* (êle consigna, aliás, paridade média) o número mínimo de partos necessário para determinar lesões prolabantes dos genitais femininos.

Recorrendo a casuística certamente volumosa (Counselor-Stacy, Baer-Reis, Brady, Pemberton, Everett), verificou que o índice variava entre  $3 \frac{1}{2}$  e  $4 \frac{1}{2}$ , significando, diz êle que tôda mulher que tiver de 3 a 4 filhos, independente de outros fatores, estará com 100% de possibilidades de ter prolapso genital.

Não é preciso discutir, diante dos modernos conhecimentos a respeito da patogenia do prolapso, a falsidade de tal conclusão.

Se atentarmos para alguns fatos de observação sedicã, como a concomitância do prolapso com hérnias e outras distopias, a relação prolapso-biotipo, a menor frequência do prolapso nas portadoras de ruturas perineais, fato êste já anotado por Chomé e, mais recentemente, por Chauvois e Mouchotte, vamos chegar à conclusão de que a influência do trauma obstétrico foi, evidentemente, exagerada.

Ê preciso vincular o prolapso a fatores mais profundos, a vícios constitucionais hereditários, verdadeira meiopragia do tecido fundamental de sustentação. Daí, o fracasso de tôdas as intervenções propostas até hoje para o tratamento do prolapso, pois agem sôbre o aparelho de sustentação e não conseguem modificar a trama conjuntiva da detenção.

Aquí ficaremos, pois nos limitamos neste modesto trabalho a simples registo de fatos clínicos.

Que nos dizem as observações de prolapso em virgens e nulíparas ?

— Nos 10 casos em que há a rubrica de virgindade, observa-se o seguinte: 2 casos eram de prolapso senil; aos 70 e 72 anos;

2 se acompanhavam de alongamento hipertrófico do colo; em um caso, havia prociência do reto;

um caso se acompanhava de volumoso tumor abdominal com ascite concomitante.

Entre todos, 3 são parciais, 5 são totais e em 2 há apenas alongamento do colo. Em 3 observações, está anotado que as pacientes há 2, 5 e 13 anos, respectivamente, haviam sustentado grandes pesos e a isto vinculavam a aquisição das lesões (idéia divulgada do prolapso de fôrça).

Em um caso a observação diz: útero pubescente, totalmente prolado.

A doentinha sofrera uma histeropexia por via abdominal, sem resultado, e foi reoperada, na Clínica, de histerectomia total com ablação de anexos, pela mesma via.

Das nove restantes, 4 não se submeteram a tratamento; 1 sofreu plástica colpoperineal; em 1, foi realizada raspagem, amputação do colo e encurtamento inguinal dos redondos, à moda de Alquié-Alexander; em três, finalmente, foi realizada a operação de Gilliam com a modificação de Adeodato.

No quadro das nulíparas, em número de 19, verifica-se que há 7 prolapsos parciais, 8 prolapsos totais, e em 4, como lesão dominante, senão exclusiva, alongamento hipertrófico do colo.

Consigna-se, ademais: eventração em 1 caso, mioma em três, elefância vulvar e retite estenosante em 1, prolapso pós-histerectomia em 1.

Num dos casos de mioma (quadro n.º 2, foto I), iniciou-se a intervenção por via baixa, terminando-se pela via alta.

O tratamento ministrado a tais pacientes (5 delas não se submeteram a tratamento algum) constituiu em : 5 vezes, plástica colpoperineal com amputação do colo; 5 vezes, histerectomia abdominal com fixação extraperitoneal do coto cervical ou vaginal; 1 vez, a operação de Gilliam; 1 vez, aplicação de pessário; nos três restantes, fala-se no registo em operação de Faure e de Werthain. Não conseguí traduzir o significado destas últimas intervenções. Resultado da aplicação, às observações cirúrgicas, dos nomes dos seus pretensos criadores.

### TRATAMENTO

Como fôram tratadas as doentes de prolapso na Clínica Ginecológica ?

Limitando-nos a observar e comentar os tipos de tratamento adotado ao curso dos anos, não teremos em mira a apreciação e a crítica dos resultados. Não seria possível fazê-la honestamente, por sobranes motivos.

Das 540 pacientes registadas, 110 não receberam tratamento de qualquer espécie, isto por motivo de repulsa à intervenção cirúrgica, condições precárias de resistência, etc. etc.

Das 430 restantes, 184 foram tratadas por Adeodato e 246 por Aristides e Antônio Maltez.

Damos a seguir um quadro geral das intervenções realizadas:

<i>Tratamento:</i>	<i>Adeodato:</i>	<i>Maltez:</i>
Plásticas vaginais c/ perineoplastia .....	34	97
Plásticas vaginais e operação de Alexander	17	—
Plásticas vag. c/ amputação do colo .....	14	14
Plásticas c/ vaginofixação à Dührssen .....	4	1
Operação de Freund (?) .....	1	—
Operação de Wertheim (?) .....	3	—

Plásticas vaginais e operação de Gilliam ...	5	....	7
Idem com modificação de Adeodato .....	9	....	—
Idem com ligamentopexia de Maltez .....	—	....	12
Histeropexias diretas (ventrofixações) ....	2	....	—
Histerectomia abdominal sub-total .....	8	....	—
Idem c/ traquelopexia sub-peritoneal .....	8	....	1
Histerectomia abdominal total .....	8	....	3
Idem c/ colpoxia sub-peritoneal .....	3	....	—
Operação de Gilliam .....	—	....	3
Operação de Baldy-Dartigues .....	—	....	2
Operação de Maltez .....	—	....	2
Operação de Le Fort .....	—	....	8
Operação de Halban .....	—	....	1
Operação de Fothergill .....	—	....	4
Histerectomias vaginais com plásticas com- plementares .....	54	....	86
Operações atípicas .....	11	....	3
Aplicação de pessário .....	2	....	2

Nota-se, perlustrando-se as folhas dos arquivos, uma preferência inicial, às vezes invencível, pelas plásticas combinadas (colpoplastia anterior e perineoplastia) e pela tripla operação francesa, apelidada de método de Bouilly (plástica colpoperineal associada à amputação do colo).

Mais tarde, complementa-se a operação, em segundo estágio, com uma pexia por via inguinal (Alexander) ou abdominal (Gilliam, Baldy, Adeodato, Maltez).

Percebe-se, nitidamente, a influência da Escola Francesa, a cuja luz se estruturaram os mestres da época, e que sobre ambos predominou de modo decidido.

A vaginofixação de Duhrssen, as gastrohisteropexias ou ventrofixações, entram no quadro esporadicamente. Nunca foram preferidas ou adotadas a rigor.

A exigência de laparotomia para tratamento de lesões as-

sociadas (miomas, cistos ovarianos, apendicite, salpingite) impôs muitas vezes a prática de hysterectomias totais e sub-totais, seguidas de traquelopexias e colpoxias subperitoneais, não do agrado de Maltez, que as adotou apenas uma vez.

Os últimos anos de Adeodato marcam o avanço sempre crescente da hysterectomia vaginal, ainda do modelo francês, com colectomia ampla e perineoplastia reforçada (em barra, como se apelidava então), operação clássica que em França se chamava histero-colectomia de Pozzi. Ainda assistí a muitas intervenções desta natureza, com retalhos em V, que ambos realizavam com invejável perícia.

A hysterectomia vaginal com plásticas gozou das preferências de Maltez, como goza ainda da dos seus discípulos. Os últimos anos da sua direção na Clínica denunciam, porém, a volta das plásticas, por motivos que não conseguí alcançar.

A colposínfise vertical de Neugebauer-Le Fort, realizada 8 vezes; as plásticas combinadas de Fothergill e de Halban, praticadas 4 vezes e 1 vez, respectivamente, tôdas foram efetuadas na direção interina de Antônio Maltez.

A interposição vesico-vaginal de Watkins, a exo-histeropexia de Kocher, a fixação ístmica de Bumm-Schaeffer, as operações de colpoperineucleise de Kahr ou de Labhardt, a operação de Spalding-Richardson, não figuram no registo da Clínica.

Uma crítica precipitada taxaria de retardatários ou sistemáticos os mestres da ginecologia bahiana.

Analisemos, porém, com calma e absoluta isenção de ânimo.

Quais os tipos de operação dominantes no quadro antes exposto? — As plásticas colpo-perineais, complementadas ou não com amputação de colo e com fixação ligamentar, e a hysterectomia vaginal com colectomia parcial e perineoplastia.

Ora, consignando aquí a nossa reserva à excessiva indicação da histerectomia, especialmente quando recaía em pacientes moças, em plena fase de florescência sexual, e convindo que, afinal de contas, a histerectomia vaginal, em sí, não é tratamento que atenda à complexa patogenia da distopia, e são mais ou menos illusórios os resultados do tabicamento do assoalho da pelve às custas dos amarramentos parametriaes e ligamentares, consideremos o que diz respeito às plásticas.

As operações que têm apostos os nomes de Bouilly, Manchester e Halban, são, em última análise, operações combinadas, entre sí bastante semelhantes, para não dizer que praticamente iguais.

Não se procurando *cavar fossos*, mas, ao revés, *lançar pontes* entre as mesmas, a que, esquemáticamente, se reduzem ?

— Direi: a uma colpoplastia anterior, a uma amputação do colo e a uma perineoplastia. Tudo mais são arrebiques. Senão vejamos:

Que importância tem a sutura dos ligamentos pubo-vesico-cervicais, ponto crucial da operação de Manchester, se são estas formações as menos resistentes do retináculo, às vezes quasi inindentificáveis, e se são seccionadas ao rés da inserção cervical antes da amputação do colo ?

Na técnica de Halban, decantada em prosa e verso e apelidada de método universal, não é obrigatória a vesico-fixação alta do útero, como não o é a amputação cervical. O segredo da operação de Halban está na disseção cuidadosa das fâscias. Ora, todos sabemos que a excisão da mucosa vaginal nas colectomias include, quase sempre, o trecho da fâscia correspondente, pois a clivagem está justamente entre o plano fascial e a parede vesical. É sumamente difícil, especialmente nos prolapso antigos, isolar a mucosa da fâscia subjacente.

Há mais ainda. Estamos com os que pensam que o isola-

mento da delgada lâmina da fáscia dos demais planos compromete o resultado da plástica, porque aquela mais facilmente se desvitaliza.

Aonde, então, a supremacia da operação de Halban e de Manchester, que ostenta o nome heráldico de Donald-Fothergill-Shaw, sobre a tripla operação de Bouilly, contanto que seja proficientemente realizada ?

— Nenhuma. E a verdade dêste assêrto se embasa no fato das mais reputadas clínicas darem preferência eletiva a qualquer dos três modelos, por mera simpatia.

Na França, ainda proliferam os encantados pelo método de Bouilly. Desnecessário estender citações.

Na Norte-América desconhece-se ou finge-se desconhecer o método de Halban. Não se fala em tal. Lá, as preferências estão voltadas para a interposição, para a histerectomia vaginal, e em algumas clínicas para a operação de Manchester.

Na Argentina, enquanto Perez (4) no Inst. U. Fernandez, declara "empregamos eletivamente a técnica de Halban em tôdos os graus e variedades de prolapsos em mulheres em atividade sexual", no Instituto de Maternidade de Peralta Ramos, Bazan e Althabe (5) fazem a apologia do Fothergill: "processo que pode ser empregado em qualquer grau de prolapso, como também em qualquer idade, desde 25 a 60 anos".

Que concluir, então? — Que as três operações se equivalem, que qualquer uma dá bom resultado, conquanto seja perfeitamente executada, que se prega por tôda parte a individualização eclética, mas se propende, na prática, para a sistematização.

Nós pensamos que tôdas as operações propostas até hoje para a cura do prolapso genital são defeituosas e dão margem, nas melhores mãos, a uma certa percentagem de recidivas.

Somos adeptos do ecletismo moderado, considerando que

com uma operação combinada, chame-se Manchester, Halban ou Bouilly; com uma operação oclusiva, chame-se Le Fort, Kahr ou Labhardt; e com a interposição vesico-vaginal, teremos elementos suficientes para pretender curar a hérnia genital na grande maioria dos casos que se apresentam na Clínica.

Quanto à histerectomia vaginal e às operações por via alta, elas, a rigor, terão indicações de exceção.

Essa é a nossa orientação. Sobre tais normas, embasaremos o nosso ensino, preparando o espírito dos discípulos para que não esperem de qualquer uma das operações correntes aquilo que nenhuma delas, no momento, nos poderá dar.

### CITAÇÕES BIBLIOGRÁFICAS

1) — Eduardo Pinto de Vasconcelos F.<sup>o</sup> — Algumas considerações em torno dos casos de prolapso uterino — An. Brs. Gin., v. XVI, N.<sup>o</sup> 3, 197.

2) — Licínio Dutra — Prolapso do útero e câncer do col — Obst. Gin. Lat. Am., 1944, n.<sup>o</sup> 5.

3) — José Gallucci — Prolapso genital em nulípara — Rev. Obst. Gin. S. Paulo, 1943, v. VI, pg. 25.

4) — Perez, Arenas e Bolla — Resultado immediatos y alejados del tratamiento quirurgico del prolapso genital — An. Inst. Mat. Ass. Soc. Ub. Fernandez, 1944, v. pg. 9.

5) — Bazan y Althabe — La operacion de Fothergill en el tratamiento del prolapso genital — Bol. Soc. Obst. Gin. B. As., 1942, t XXI pg. 268.

### RESUMO

O A. estuda os casos de prolapso genital (540) que passaram pela Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Bahia, desde a sua criação até hoje (1911 - 1946). Realiza um balanço.

A relação do prolapso para as demais ginecopatias é de 10,5%.

Olhados quanto ao grau de evolução, 60% são prolapso totais e 40% parciais, do 1.º e 2.º graus. No quadro da idade, as ordenadas máximas de frequência recaem sobre o terceiro decênio, descaindo a curva gradativamente para a direita e bruscamente para a esquerda. Os prolapso parciais são mais assíduos nas mulheres moças e os totais nas de idade mais avançada.

O estudo da incidência do prolapso relacionada com a raça ratifica o pensamento clássico de que as brancas são mais predispostas à anomalia que as pretas e mestiças.

São passadas em revista as lesões associadas ao prolapso: processos inflamatórios, traumatismos, distrofias, hérnias, distopias e tumores. O A. comenta particularizadamente a associação prolapso-retite estenosante, agitando os problemas que a mesma suscita.

No estudo das relações prolapso-paridade, aparecem 10 prolapso em virgem, 19 em nulíparas, as primíparas são em grande número e as secundíparas marcam a ordenada máxima de frequência. O A. localiza o achado e, comparando-o com as observações de outros autores, conclue que se tem, realmente, exagerado, a influência do trauma obstétrico na etiopatogenia da distopia.

Finaliza, estudando o tratamento. Afora operações menos praticadas, aparecem como métodos de eleição, nos sete lustros de atividade da Clínica, a histerocolpectomia de Pozzi e a operação combinada de Bouilly. O A. opõe reservas às indicações excessivas da histerectomia vaginal e faz um estudo comparativo entre as operações combinadas de Halban, Forthergill e Bouilly, concluindo pela equiparação das mesmas, que dão resultados idênticos quando proficientemente realizadas. Justifica o seu assêrto, pela orientação seguida no momento em

muitas clínicas credenciadas. Opina pelo ecletismo moderado e adoção de modelos de operações combinadas e oclusivas, que associadas à interposição, permitirão resolver a contento, dentro das exigências cabíveis na atualidade, a grande maioria dos casos de prolapso que aparecem nas clínicas.

O artigo é ilustrado com três gráficos e quatro fotografias.

### SUMMARY

The author studies the cases of genital prolapse observed in the Gynecological Clinic of the Medical School of the University of Bahia (Brasil), since the establishment of service till now (1911-1946). The prolapse relation to the other gynecopathies is of 10.5 %. As to the degree of evolution, 60 % are total prolapses and 40 % partial prolapses of the 1st and 2nd degrees. The greatest frequency is in the thirties. The partial prolapses are more frequent in young women and the total ones in more advanced ages. The white women are more predisposed. The associated lesions are reviewed: inflammatory processes, trauma, dystrophies, herniae, dystopies and tumors. The association prolapse-stenosis and stricture of the rectum is studied. Ten (10) prolapses were observed in virgins, nineteen (19) in nulliparous, and oftener in the primiparous and secundiparous. The treatment is studied. The most employed operations were Pozzi's hysterocolpectomy and Bouilly's combined operation.

## DESCRIÇÃO DAS FIGURAS

# FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

## CLÍNICA GINECOLÓGICA

### PROLAPSO E IDADE

#### INDICE DE INCIDÊNCIA

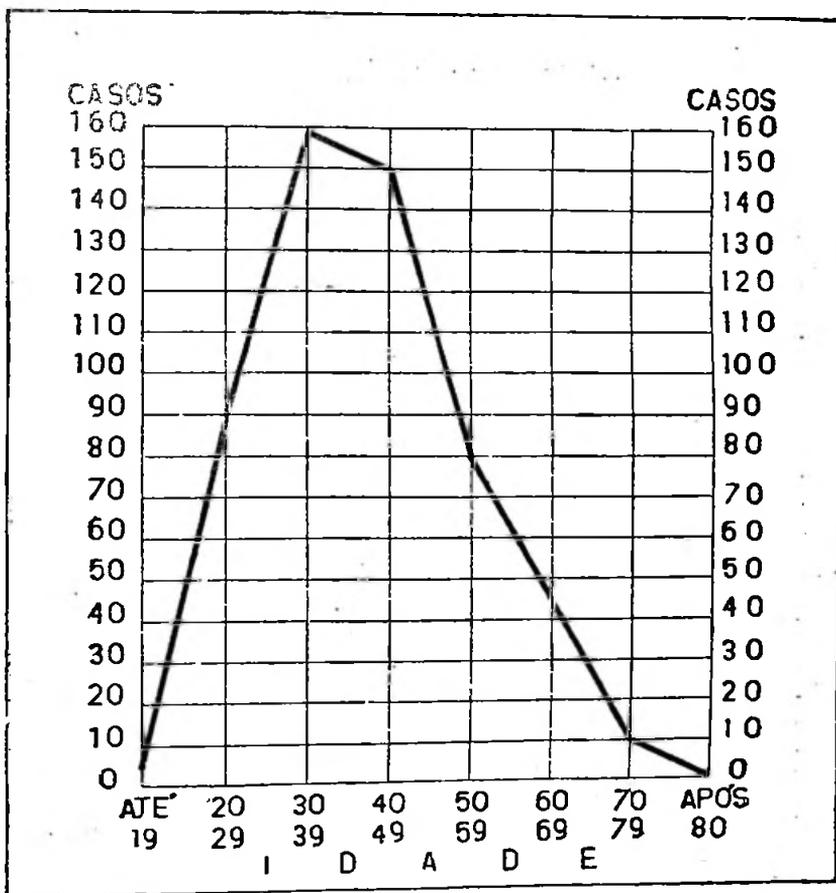


Gráfico n.º 1

# FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

## CLÍNICA GINECOLOGICA

### PROLAPSO E RAÇA

INDICE PROPORCIONAL DE INCIDÊNCIA

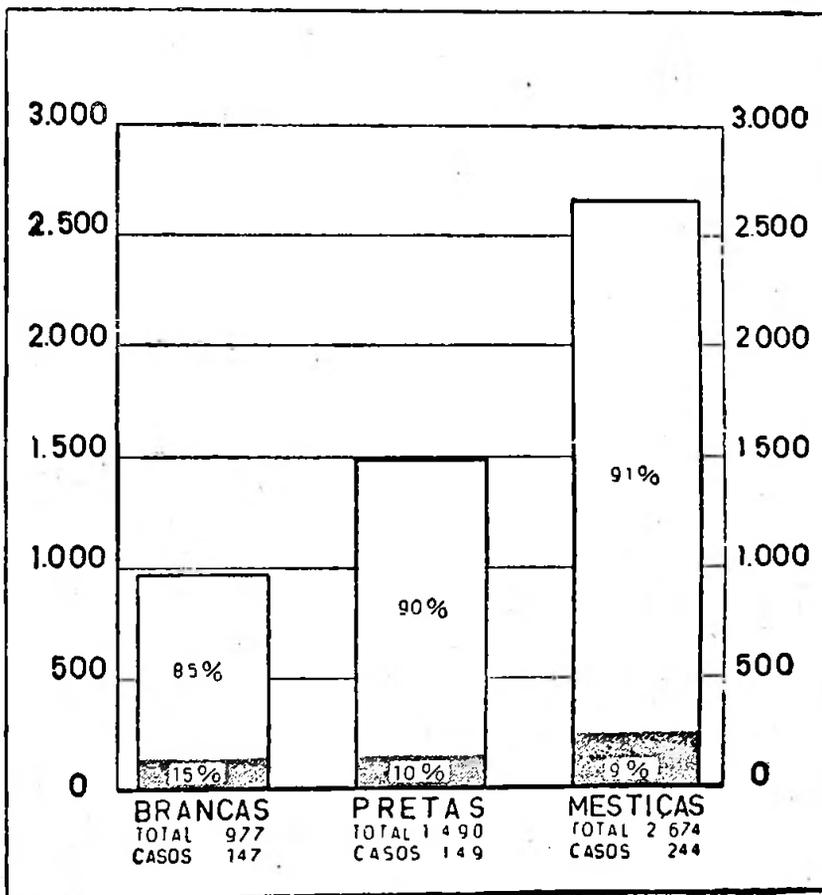


Gráfico n.º 2

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA  
CLÍNICA GINECOLÓGICA  
PROLAPSO E PARIDADE  
RELAÇÃO DE INCIDENCIA

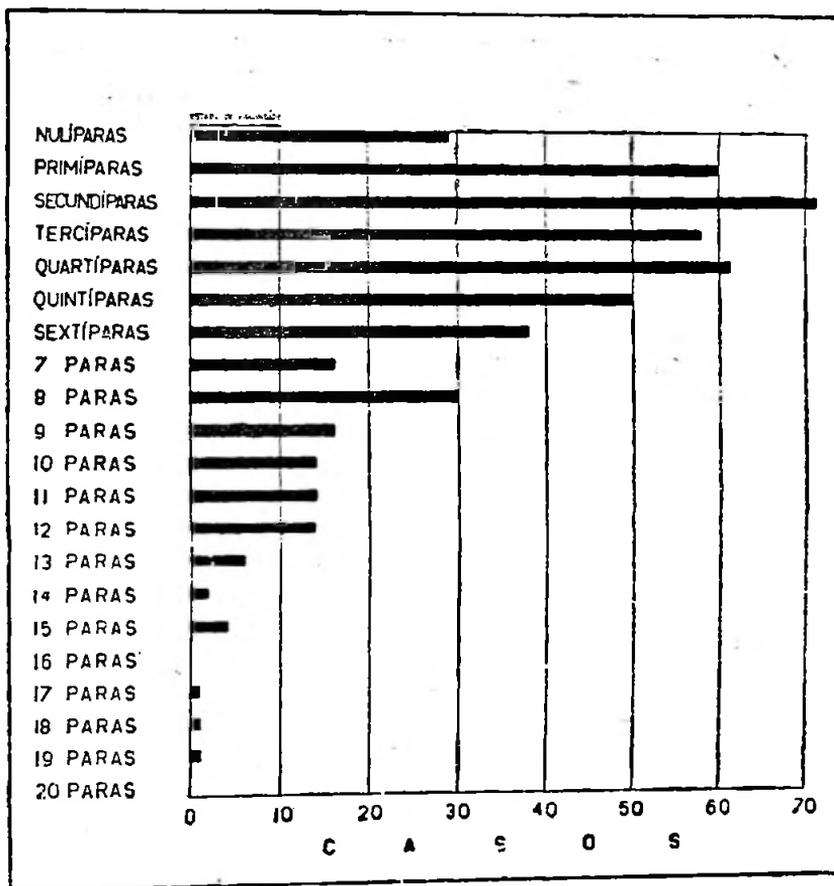


Gráfico n.º 3

Fôlha I V

FIG. N.º 1 — Casos de prolapso total com volumosas cisto e rectoceles verdadeiras. A foto II mostra antigo prolapso com grande perda de substância do colo e extensa epidermização da mucosa. A foto IV exhibe vasta úlcera atônica da portio e estiomênico anal (Síndrome de Jersild posterior).

Case of total prolapses with true voluminous cysto and rectoceles. The picture 2 shows an old prolapse with a great loss of substance of the cervix and extensive epidermidization of the mucosa. The picture 4 shows extensive atonic ulcer of the anal portio and esthiomenus (posterior Jersild's syndrom).

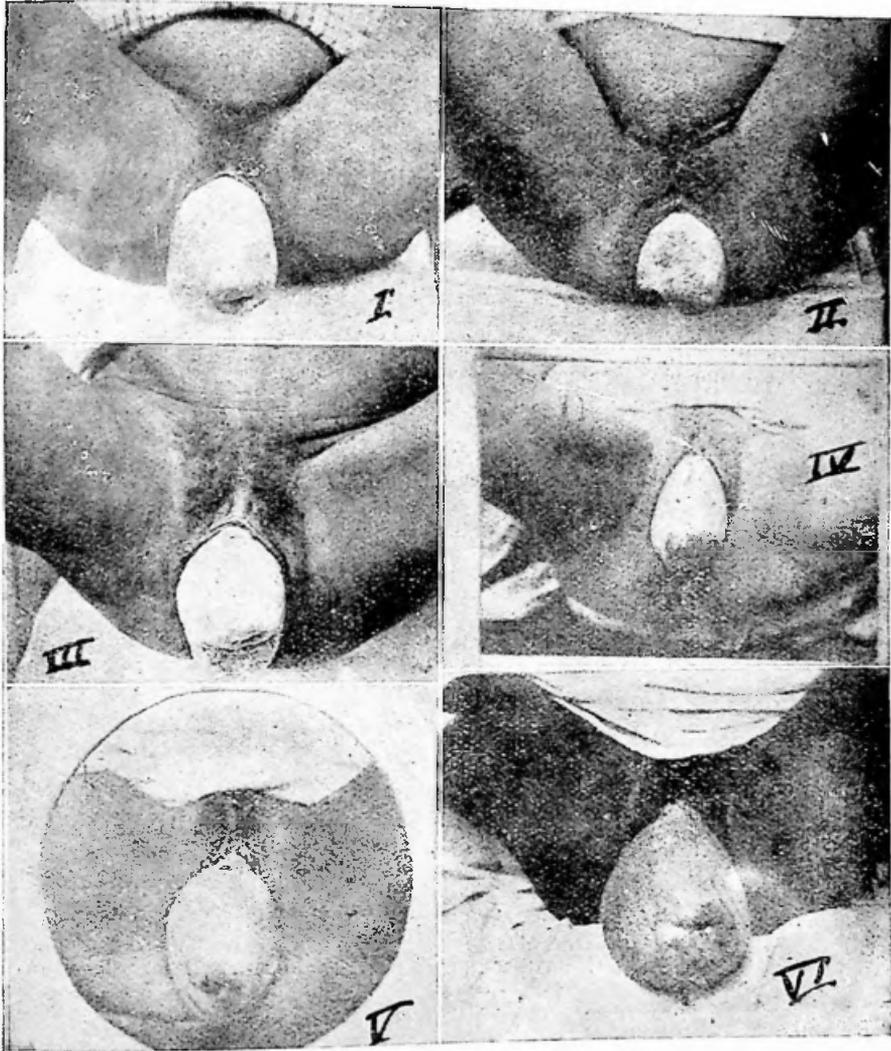


Fig. 1

Fôlha V.

FIG. N.º 2 — Casos de prolapso total com lesões associadas. Fotos I e II: prolapso e mioma. Foto III: prolapso (reduzido) e gigantesca procidência do reto. Foto IV: prolapso total e volumosa hérnia inguinal.

Cases of total prolapses with associated lesions. Pictures 1 and 2: prolapse and myoma. Picture 3: prolapse (reduced) and giant procidentia of the rectum. Picture 4: total prolapse and volumincus inguinal hernia.

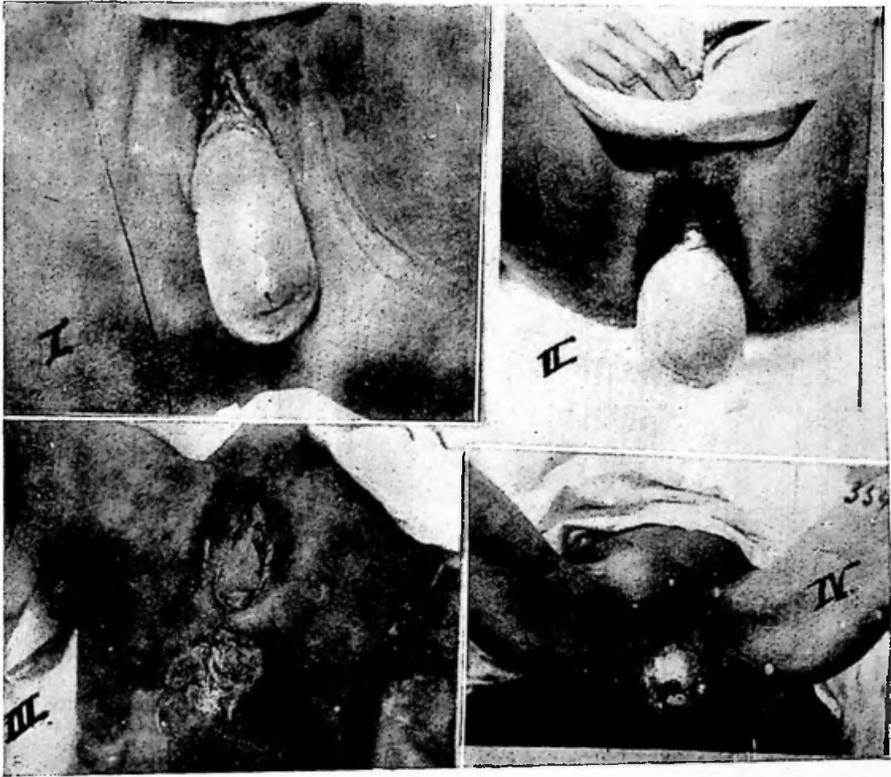


Fig. 2

Fôlha VI

**FIG. N.º 3 —** Prolapso útero-vaginal agravado pela amputação do reto. Ulceração específica na parede anterior da vagina. Forâmens do septo. A brecha da extirpação transformada em vasta ulcersão de marcha tórpida.

Utero-vaginal prolapse aggravated by the rectum amputation. Specific ulceration on anterior wall of the vagina. Foramina in the septum. The cut of extirpation transformed into vast ulceration of torpid evolution.

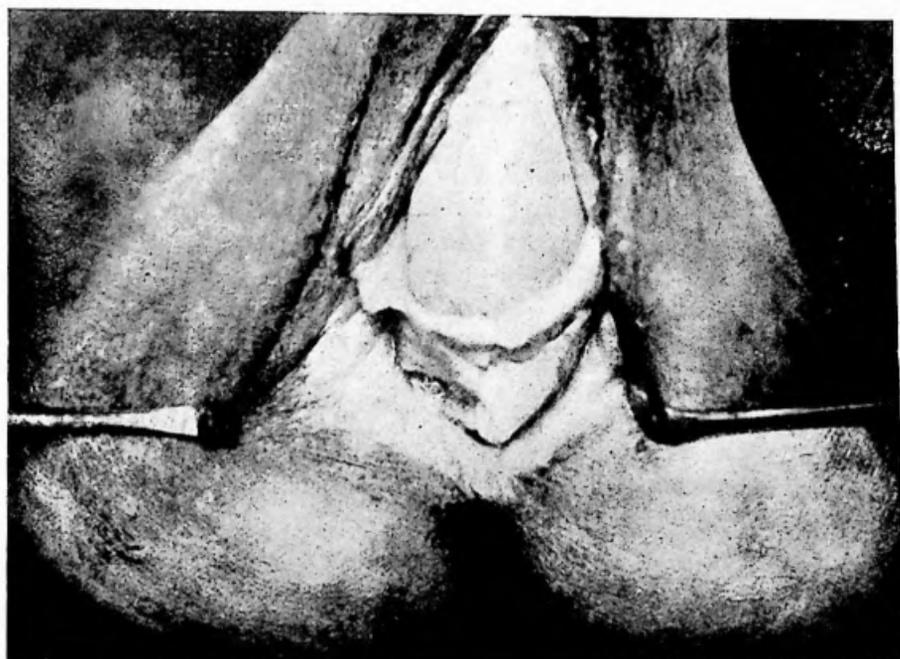


Fig. 3

Fôlha VII

FIG. N.º 4 — Prolapso genital agravado pela vagino-retotomia de Vasconcelos.

Genital prolapse aggravated by vaginorectotomy of Vasconcellos.



Fig. 4