

# RUTURA DA VAGINA

Ddo. EPHRAIM DE CAMPOS

(Monitôr de Anatomia na Faculdade de Medicina de São Paulo e Interno-Acadêmico da Sta. Casa de Misericórdia).

O traumatismo sobre a genitalia da mulher toma aspectos polimorfos apresentando muitas vezes quadros de importancia extraordinaria pelo grau das lesões e das complicações que acarreta.

Sua ação pôde se desdobrar sobre a vulva, himen, vagina, e perineo; conforme sua localização Sejournet os dividiu em:

- 1 — himeno-perineo-vulvares
- 2 — vaginais

Vou me ocupar sómente dos ultimos não me interessando por aqueles de origem obstetrica ou operatoria e exclusivamente pelos de occorrença fóra das vistas do medico, em particular dos sub-coito.

## INCIDENCIA

Quasi todos os casos de rutura de vagina occorreram na menacme ou na menopausa, sendo que aqueles da idade pre-puberal pertencem mais ao legista. Segundo Egoroff (citado por Cotte) 50% se dão no primeiro coito ou então em tempo imed'ato.

A preponderancia dos casos na menacme se deve atribuir a continuidade e a frequencia maior do traumatismo nessa epoca (coito).

## CLASSIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO

Considerando a estrutura da vagina podemos dividir as ruturas em completa, incompleta e complicadas, segundo interessem ou não todas as camadas do orgão e se acompanhem de ferimentos dos elementos visinhos ou de infecção. Á vista disso haverá ruturas mucosa, mucosa e sub-mucosa e completa. É raro que a rutura atinja tambem o reto mas isto já foi verificado (Sejournet), sendo ainda mais raro o comprometimento do peritonio (Fischer, Falk, Glockner), não chegando a uma duzia os casos publicados.

O ferimento pode se localizar em qualquer ponto da parede vaginal, porem com maior frequencia se verifica para o lado do fundo

de saco posterior, ás vezes produzindo uma verdadeira desinserção do cólo.

A localização mais frequente nesse ponto tem sua justificativa no facto de que aí a parede vaginal não tem qualquer órgão ou tecido em que possa se apoiar, estando em contato direto com o peritônio e além do mais sua direção é obliqua em relação ao penis introduzido.

Em grau de frequência se coloca em 2.<sup>o</sup> lugar a parede posterior, depois a parede anterior e fundo de saco anterior (Lucas Machado publicou um caso), com ou sem comprometimento da bexiga ou uretra, lesões essas bem raras; eram casos aparecidos principalmente no coito post-operatorio (operações por via baixa). O ferimento das paredes e dos fundos de saco laterais quando se limitam só á vagina são de escassa gravidade, porem quando atingem os parametrios, com lesões dos plexos venosos, arterias e coletores linfáticos o quadro já merece maior atenção. Isto conduz a fortes hemorragias ou infecção que será o fóco inicial de disseminações muitas vezes mortais.

### ETIOLOGIA

Em órgãos com o desenvolvimento normal, tanto masculino como feminino, ha a considerar em primeiro logar a desproporção entre o órgão masculino e feminino, assim como o desenvolvimento incompleto da vagina, vagina muito curta ou muito estreita. Os traumatismos anteriores (operatorios ou de parto) que condicionaram cicatrizes diminuem a capacidade de distensão do órgão, facilitando deste módo a rutura. Não é preciso frizar a importancia de um coito mal dirigido, especialmente a introdução do penis em direção obliqua ao eixo da vagina, bem demonstrado por Rohm e Rossi. Isto é um fator de grande monta quando se considera as posições anormais de copula (More quadrupedum, ou da mulher assentada, cavalgando sobre o seu conjuge). Ha tambem quem admita que as ruturas possam ocorrer por impetuosidade muito intensa da mulher que contraíndo os musculos da vagina de modo anormal condicionaria ruturas, o que serve para explicar principallmente as ruturas baixas (Bohmsted) e as dos fundos de saco. Além desses fátores assinalados ha ainda elementos predisponentes, como as distopias uterinas, o estado de repressão das visceras pelvicas, e além do mais o momento psiquico (embriaguez) motivando movimentos de cohabitação muito ativos e veementes. As infecções, tuberculose, sífilis, o estado puerperal e os tumores, principalmente o carcinoma, que torna a vagina rija, são causas eficientes na determinação das ruturas, porém escapam á minha cogitação, pois todos os casos que agora demonstro se deram em mulheres sadias.

Isto é o que se refere as mulheres na menacme, na plenitude de suas funcções, no estado higido dos seus elementos texturais.

Mas, na mulher idosa, cujos órgãos genitais já sofreram a involução senil. retrações parciais ou circunferenciais da vagina, ha

ainda que se considerar em tais casos, além dos fatores mencionados, a rutura por falta de distensibilidade.

Esta diminuição da elasticidade corre por conta da esclerose vaginal, resultante da claudicação da função ovariana, elemento trofico do qual depende toda a constelação genital.

Aqui também quero lembrar aquelas ruturas vaginais em mulheres castradas, por processos morbidos anteriores e que se explicam pelo mesmo mecanismo.

Essa atrofia geral da vagina, tanto da mulher meno pausada como da castrada, foi bem estudada por Labhardt, Glaevecke, Speiser, que consideram como elemento primordial a degeneração das fibras elasticas e sua substituição por elementos conjuntivos.

As idéas de Veit e outros que atribuem os ferimentos e ruturas da vagina a manobras digitais ou instrumentais (o caso de Bréda é ilustrativo a esse respeito) carecem de significação, e só serviriam para explicar alguns casos excepcionais.

Finalizando esta questão terá a palavra Iribarne para com sua engenhosa teoria explicar os casos de rutura da vagina por queda accidental. A mulher, diz ele, caindo, abre as pernas, entra ar na vagina e num instinto de defesa, ao bater contra o sólo, contráe os musculos da parede abdominal e do perineo, rompe-se a vagina.

Engenhosa, porém, deixa muito a desejar para a explicação dos fatos observados.

Ha um grande numero de casos de mulheres que atribuem seus ferimentos vaginais a uma queda, porém, como sempre, a afirmação de uma mulher encobre fatos que por pudor ou por medo, deixam de ser revelados.

### SINTOMATOLOGIA

Expressa-se, via de regra, pela dôr maior ou menor, conforme o gráu de reatividade da paciente e a extensão das lesões. Esta dôr geralmente é sentida sómente após o orgasmo, pois, durante ele, pela intensa plenitude da libido, ha um embotamento relativo da sensibilidade dolorosa.

A hemorragia é um sintoma muito caracteristico, e varia também conforme a zona atingida, a dilaceração e a profundidade da ferida. Às vezes é minima, outras intensa, havendo na literatura casos de morte por anemia aguda. A hemorragia na mulher idosa é muito menos intensa e de caracter menos alarmante, tudo devido a menor vascularização e á maior riqueza de elementos conjuntivais, isto é, um gráu maior ou menor de esclerose vaginal.

Quando tais rupturas são acompanhadas de abertura do fundo de saco de Douglas, póde haver procidencia de alças intestinais, verificado em diversos casos da literatura.

A presença de fezes e urina na vagina vem sempre acompanhando os casos em que houve comprometimento do reto, da uretra ou bexiga, embóra esta ultima eventualidade seja rarissima.

### COMPLICAÇÕES

*Anemia aguda* — A perda de sangue é dependente dos vasos lesados, via de regra pequena, porém constante e quando não se pratica a hemostase será a anemia aguda, sua consequencia imediata.

*Infecção* — Pelvi-celulites e mesmo septicemias podem ser as complicações da evolução dessas rupturas. As fistulas ou peritonite são as vezes consequencia de feridas vaginais complicadas.

### PROGNOSTICO

Nem sempre as lesões ocorridas por traumatismo são de pequena significação. Assim Weichman em 170 casos teve 21 mortais, e Neugebauer em 157, teve 22.

As complicações agravam-no sobremodo, não sendo pequena (de maneira relativa ao numero absoluto), os casos que elas levaram á morte.

### TRATAMENTO

Antes de mais nada é preciso um exame cuidadoso, para não se olvidar uma complicação. Si existe, deve ser tratada (prociencia de alça, fazer limpeza, redução e tratamento das lesões; abertura de bexiga, sutura e sonda de demora, etc.).

A seguir deve-se proceder á sutura, bem entendido se houver um bom espaço livre, caso contrario, o tamponamento é a indicação mais precisa, mas ás vezes este é insufficiente para obter a hemostase e além do mais favorece a infecção.

### OBSERVAÇÕES

Tendo feito um estudo da literatura sobre o assunto e apresentado em esquema as principais ideias existentes, quero resumir aqui 7 casos que tive oportunidade de encontrar no Fichario do Serviço Ayres Netto, da Santa Casa de Misericordia de São Paulo. Corri 12.172 fichas aí existentes, compreendendo os anos de 1927 até janeiro de 1940.

**Obs. 1** — M. J., 47 anos, entrada 19-2-31 (Reg. 185, Ficha 3223).

Refere a paciente que sofreu um acidente, tendo caído de bruços com tal infelicidade que lhe entrou pela vagina um corpo extranho. Sentiu fortes dores, sendo acompanhadas de perdas sanguineas.

Pelo exame ginecologico verificou-se uma pequena rutura na face anterior da vagina, ao nivel da coluna anterior, comprometendo a mucosa e submucosa. Foi feita sutura com cat-gut. Alta em 25-2-31.

**Obs. 2** — A. A., 30 anos, entrada 26-4-31 (Reg. 411, ficha 3.670).

Conta a paciente que na noite passada ao acordar notou intensa hemorragia vulvar. Relata que não era época de menstruação, e que nem tão pouco estava em amenorréia. É viuva e nega relações sexuais há meses, do mesmo modo qualquer traumatismo. Os antecedentes não apresentam interesse para o caso.

Pelo exame físico vemos que a paciente é bem constituída e que apresenta as mucosas visíveis muito descoradas e a pele coberta de suor frio. O pulso é fino e frequente. Pressão arterial Mx.: 7,5 — Mn.: 5,0 cm. Os genitais externos apresentam-se sujos de sangue. A vagina é ampla. O útero pequeno e em anteverso-flexão. Cólo fendido transversalmente e duro. Anexos não palpáveis. Pelo exame especular nota-se um descolamento da mucosa vaginal ao nível de sua junção com a cervix, dando impressão de que houve grande recalçamento do cólo uterino para traz e para cima. Toda a região descolada, numa extensão de 5 cms. sangrava abundantemente. Foi feito tamponamento vaginal e colocou-se a doente em repouso com a cabeça baixa. Fez-se tratamento no sentido de combater o choque. A evolução se fez sem acidentes e no dia seguinte o estado geral apresentava-se notavelmente melhorado. Reação de Wassermann negativa. Exame de fezes negativo. Na urina não se encontrou nada de anormal; Masturbação?

**Obs. 3** — A. L., 26 anos, casada, portuguesa, branca, entrada 5-4-38. (Registro 472, ficha 3.269).

A paciente se queixa de hemorragias vaginais que se iniciaram após ter sido examinada por uma parteira, á qual se tinha dirigido por mera curiosidade. Antes disso nada apresentava, começando a sentir dores e a perder sangue após o exame.

Estado geral bom, mucosas de coloração normal, nada se encontrando de importante nos diversos aparelhos. Ao exame ginecológico observou-se a vagina entreaberta dando saída a regular quantidade de sangue. Cólo fendido transversalmente e entreaberto. Pelo exame especular observou-se uma laceração que compreendia a mucosa e a submucosa na extensão de 2 cm. localizada do lado direito ao nível da junção da vagina com o cólo. Anexos livres e útero normal ao toque. Procedeu-se ao tamponamento. A evolução se deu sem acidentes e foi dada alta a 13-4-38.

**Obs. 4** — A. S., 25 anos, casada, brasileira, entrada 28-8-38 (Reg. 1.040, ficha 10.631).

A paciente relata que se casou há 20 dias e que, ao primeiro contáto sexual com seu marido apresentou abundante hemorragia logo após o coito. Tomou alguns remédios receitados pelos seus parentes melhorando. Nove dias após, em seguida a novo contáto sexual, reapareceram novamente os sintomas, sendo, porém, acompanhados de dores intensas, vertigens, hemorragia mais acentuada, sendo obrigada a chamar a Assistência, que a conduziu a este Hospital. Antecedentes sem interesse.

Ao exame geral somente se observou que as mucosas estavam descoradas. O exame ginecológico mostrou a vulva suja de sangue, himem rôto só do lado esquerdo e pequenos entalhes do lado direito. A doente não permitiu o toque pelo que foi necessário anestesiá-la. O toque revelou hypoplasia genital; anexos e paramétrios livres. Ao exame especular observavam-se coágulos na cavidade vaginal e um ferimento na parede lateral direita, de 3 cms. de comprimento. Foi feito tamponamento e a paciente teve alta a 3-9-38.

**Obs. 5** — A. S., 31 anos, casada, brasileira, branca, entrada a 23-10-38 (Reg. 1.276, ficha 10.827).

Conta a paciente que há dois dias sentiu forte dôr por ocasião do contáto sexual e começou a perder sangue pela vagina. Teve um parto normal há 3 mezes. No exame físico geral só há assinalar mucosas

descoloradas. Nada de anormal para o lado dos diversos aparelhos. Ao exame ginecológico nada de anormal para o lado dos genitais externos; vagina permeável a dois dedos, útero retrover. móvel, anexos livres. Pelo exame especular nota-se no fundo de saco vaginal posterior um ferimento horizontal de 4 cms. de comprimento e 2 cms. de largura, com fundo avermelhado e sangrante. Alta curada em 30-10-38.

**Obs. 6** — I. M., 28 anos, casada, brasileira, parda, entrada a 19-4-39 (Reg. 324, ficha 11.178).

A paciente entrou pela primeira vez neste serviço em 22-3-39, sendo operada a 31-3-39 de salpingectomia bilateral por via vaginal e reconstrução de rutura do perineo do 2.º grau.

Em 19-4-39 a paciente reentrou no serviço apresentando acentuada anemia e perdendo sangue pela vagina. O pulso era pequeno e frequente, o ventre tenso. Ao exame ginecológico, ruptura traumática (por coito) do fundo de saco anterior, sem comprometimento da bexiga. Procedeu-se ao tamponamento com gaze iodoformada. Fez-se tratamento geral e aplicação de sulfamida. Alta indicada em 10-5-39.

**Obs. 7** — D. A., 19 anos, preta, casada, brasileira, entrada a 6-2-40 (Reg. 197, ficha 12.141).

Relata a paciente que na segunda feira de carnaval após muito exercício tomou um bonde em movimento e ao descer caiu de bruços tendo batido de encontro ao estribo do bonde. Ao se levantar notou que perdia sangue pela vulva, sendo socorrida pela Assistência, onde lhe foi feito o tamponamento, sendo em seguida removida para esta enfermaria. Nega relações sexuais nessa noite. Ao exame geral nada de anormal. Ao exame local observava-se abundante escoamento sanguíneo pela vulva. Cólo uterino fendido transversalmente. Pela inspecção da vagina rutura longitudinal da parede vaginal posterior ao nível da coluna posterior, iniciando-se a 2 cms. acima da fúrcula e tendo uma extensão de 6 cms. No ferimento havia uma arteriola que sangrava abundantemente. Útero de volume, consistência, superfície e mobilidade normais, ao toque. Anexos livres. O estudante de plantão (Ephraim) efetuou uma sutura hemostática com cat-gut. Alta indicada em 8-2-40.

### COMENTARIOS

As observações I e III encontram sua etiologia em traumatismos externos de origem extra coito.

Os ferimentos dos casos IV, V e VI sub-coito; coito post-operatório (VI), coito puerperal (V) e finalmente em VI havia hipoplasia.

Nas observações de numeros II e VII não posso dar uma etiologia exáta. Possivelmente a primeira foi resultante de masturbação e a setima fica em explicação apesar de ter feito eu um interrogatorio minucioso. Seria uma ruptura por queda? Caberia então aqui a explicação dada por Iribarne.

### BIBLIOGRAFIA BRASILEIRA

- 1 — HORTA MACHADO, H. — Ruptura de vagina sub-coito. Rev. de Gyn. Obst. do Rio — Janeiro, 1939.
- 2 — MOTTA OLIVEIRA, R. — Ruptura da vagina sub-coito. Rev. de Gyn. Obst. do Rio — Março, 1939.

- 3 — MEDINA, JOSÉ — Ferimentos pelo coito. Rev. de Gyn. Obst. do Rio — 1929.
- 4 — MACHADO, L. M. — Em torno de 2 casos de ruptura sub-coito da vagina. Rev. de Gyn. Obst. do Rio — Junho, 1924.
- 5 — MACHADO DOMINGOS, F. — Ruptura de vagina sub-coito. Rev. de Gyn. Obst. do Rio — Maio, 1939.

#### BIBLIOGRAFIA EXTRANGEIRA

- 1 — MAYOR Y MOLINERO — Herida vaginal. An. Casa de Salud Valdecillo — 4:289-1933.
- 2 — BILENKO — Zur Frage über die Scheidenverletzungen sub-coito. Zbl. f. Gynak. 56:2551 — 1932.
- 3 — FISCHER — Eine schwere kohabitationsverletzung. Perforation des hinteren Scheidengewolbes mit Vorfall einer Dünndarmschlinge. Zbl. f. Gynak. 52:2754 — 1928.
- 4 — BREDA — Zur Ätiologie der Koitusverletzungen. Zbl. f. Gynak. 54:1297 — 1930.
- 5 — NICHOLSON — Ruptura traumatica de la vagina. Bulet. Soc. de Obst. y Gynecol. de Buenos Aires, 1937 — pg. 491.
- 6 — GAMBLE — Colporrhaxis, rupture of the vault of the vagina, with the report of a case. Am. J. Obst. and Gynec. 14:766 — 1927.
- 7 — FEDRIANI — Um caso de traumatismo por coito. Siglo Med. 74:91 — 1924.
- 8 — GAYNOR — Severe Haemorrhage following vaginal tear. Brit. M. Journ. 2:1080 — 1927.
- 9 — GUILLEMIN — Dechirures vaginales dues au coit. Bull. Soc. d'obst. et de Gynec. 22:640 — 1933.
- 10 — ACS — Ein Fall von Schwerer Koitusverletzungen. Zbl. f. Gynak. 77:382 — 1933.
- 11 — SARRAN et GODLEWSKI — Rupture de la paroi posterieure du vagin au cours du coit. Arch. Soc. d. sc. méd. et biol. de Montpellier. 19:12,14 — 1938.
- 12 — SÁ, H. — Le colporrhaxis au cours du travail. Gynec. et obst. 33:183 — 1936.
- 13 — THALHEIMER et CONTIADES — Rupture de la cicatrice vaginale chez une hysterectomisée. Gyn. et obst. 35:299 — 1937.
- 14 — SPEISER — Über das elastische Gewebe der vagina. Zbl. f. Gynak. 1926 — n.º 29.
- 15 — SEJOURNET — Rapports sexuels et traumatismes de voies genitales chez la femme. Gyn. et Obst. 1920 — pg. 318.
- 16 — KAMNIKER — In die Scheide perfuriertes Dermoid. Zbl. f. Gynak. 62:686 — 1938.
- 17 — HINRICHS — Über die Scheidenverletzungen. Monatschr. f. Geburtsh. und Gynäk. 94:240 — 1933.
- 18 — GONNET, BANSILLON, MENEALTE et BUCHER — Dystocie grave par reins polykistiques avec eclatement du dome vaginal. Boll. Soc. d'Obst. et de gynec. 26:774 — 1937.

- 19 — CAILLOT, ROCHET et CONTAMIN — Un cas de perforation après curage du col de sac vaginal postérieur avec issue du colon sigmoïde, traité par l'hystérectomie totale. Bull. Soc. d'obst. et de Gynecol. 24:478 — 1935.
- 20 — BRINDEAU — Traumatisme grave du vagin pendant le coit. Bull. Soc. Gyn. et Obst. 1926 — pg. 611.
- 21 — COTTE et RIVOLLIER — Hemorragies répétées après le coit chez une femme âgée de 65 ans. Bull. Soc. d'Obst. et de Gynec. 23:292 — 1934.
- 22 — FALK — Kohabitationsverletzungen. Zbl. f. Gynäk. 1929 — pg. 298.
- 23 — SZTEHLO — Über eine Schwere Kohabitationsverletzungen. Zbl. f. Gynäk. 56:2121 — 1932.
- 24 — REEB — Traumatisme occasionné par le coit. Bull. Soc. d'Obst. et Gynec. 21:306 — 1932.
- 25 — KLÉNITZKY — Isolierte Scheidengewölbeverletzungen sub coitu. Monatschrift f. Geburt. und Gynäk. 84:401 — 1930.