

BREVE ESTUDO SOBRE A DYSMENORRHEA

97/9 ENE

ANTONIO TEIXEIRA LOPES JUNIOR

N.º 9.

BREVE ESTUDO

SOBRE A

# ***DYSMENORRHEA***

E

SEU TRATAMENTO

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO

Typographia do «Commercio do Porto»

108—Rua do «Commercio do Porto»—112

1900

9719 EMC

# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

SECRETARIO INTERINO

CLEMENTE JOAQUIM DOS SANTOS PINTO

## CORPO DOCENTE

### LENTES CATHEDRATICOS

1. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia descriptiva e geral.....	João Pereira Dias Lebre.
2. <sup>a</sup> Cadeira — Physiologia.....	Antonio Placido da Costa.
3. <sup>a</sup> Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica...	Ilydio Ayres Pereira do Valle.
4. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia externa e therapeuticamente externa.....	Antonio Joaquim de Moraes Caldas. Vago.
5. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina operatoria.....	
6. <sup>a</sup> Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos.....	Candido Augusto Correia de Pinho.
7. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia interna e therapeuticamente interna.....	Antonio d'Oliveira Monteiro. Antonio d'Azevedo Maia.
8. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica medica.....	Roberto Bellarmino do Rosario Frias.
9. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica cirurgica.....	Augusto H. d'Almeida Brandão.
10. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia pathologica.....	
11. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologica.	Vago.
12. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia geral, semeiologia e historia medica.....	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
Pharmacia.....	Nuno Freire Dias Salgueiro.

### LENTES JUBILADOS

Secção medica.....	} José de Andrade Gramaxo. Dr. José Carlos Lopes. Pedro Augusto Dias. Dr. Agostinho Antonio do Souto.
Secção cirurgica.....	

### LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica.....	} João Lopes da Silva M. Junior. Alberto Pereira Pinto d'Aguiar. Clemente Joaquim dos Santos Pinto, Carlos Alberto de Lima.
Secção cirurgica.....	

### LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica.....	Luiz de Freitas Viegas.
-----------------------	-------------------------

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

*(Regulamento da Escola, de 23 d'abril de 1840, art. 155.º)*

**A MEUS PAES**

**ETERNA GRATIDÃO**

A MEUS IRMÃOS

**AOS MEUS AMIGOS**

*Casimiro Dias*

*Mario d'Abreu*

*Wenceslau da Silva*

*Coelho de Magalhães*

*Dr. Vieira Filho*

*Manoel Costenla*

Muita amizade e muito  
agradecimento.

# A MEUS PARENTES

---

A MEUS PRIMOS

*D. Anna Angelina Teixeira Lopes*  
*Dr. João E. Teixeira Lopes*

O meu reconhecimento.

# AOS MEUS CONDÍSCIPULOS

E EM ESPECIAL A

*Manoel Amorim*

*Gonçalves d'Azevedo*

*Antonio Rego*

*Evangelista da Silva*

*David Santos*

*Alexandre Rolla*

*Nunes Monteiro*

*Afonso Themudo*

*Monteiro Machado*

*Manoel Suzano*

*Luiz Martins*

*Cardoso d'Albuquerque*

Aos meus bons amigos

*Barbosa d'Andrade*  
*Henrique Cardoso*  
*Dr. João de Menezes*  
*Moraes Rocha*  
*Antonio Nunes*  
*Antonio de Castro*  
*Antonio Ribeiro*  
*Francisco da Silva*  
*Manoel Procopio*  
*Manoel de Souza*  
*Manoel Loureiro*  
*Freitas Gonçalves*  
*Julio Abeilard*  
*João Duque*

---

Ao meu exc.<sup>mo</sup> amigo

*Camillo Velhote*

*Ao meu illustre presidente*

*o Exc.<sup>o</sup> Sr.*

*Dr. Placido da Costa*

## *Generalidades. Definição.*

---

Antes de entrarmos propriamente no estudo da dysmenorrhea julgamos de utilidade dizer algumas palavras sobre a menstruação, que muito de perto se relaciona com o assumpto do nosso trabalho.

A menstruação, phenomeno periodico que se passa na mulher durante a sua actividade genital, còstuma estabelecer-se por volta dos quinze annos de idade, fazendo-se muitas vezes acompanhar de perturbações, não raro reproduzidas em novas epochas menstruaes, principalmente constituidas por uma sensação de peso no baixo ventre, dôres nos rins e coxas, colicas, abaulamento do ventre, tumefacção e uma certa sensibilidade dos seios. Depois apparece o corrimento sanguineo em que se encontram algumas mucosidades, e, passados alguns dias, um reparador allivio sobrevem.

Mais tarde, quando as regras se instalam definitiva e regularmente, estes phenomenos tornam-se menos accentuados, mas a mulher não consegue nunca subtrahir-se-lhes inteiramente. Ha sempre um mal-estar geral, umas dôres vagas nos rins; o appetite diminue, torna-se caprichoso; a sua impressionabilidade exagera-se,

qualquer cousa a irrita, por futilidades se agasta, anda como ella mesmo diz, muito indisposta.

A quantidade de sangue que corre em cada epocha menstrual é muito variavel, assignalando-lhe os auctores por limites physiologicos duzentos e quinhentos grammas. A sua duração vai em media de dois a oito dias. O fluxo menstrual apparece todos os mezes e só por excepção se torna mais frequente ou distanciado.

O sangue provém na sua maior parte do utero, as trompas fornecem uma pequena quantidade e talvez o ovario contribua com algum no momento da ruptura da vesicula de Graaf.

Para explicar a producção do sangue menstrual no utero muitas são as theorias apresentadas. Assim Williams diz que a mucosa uterina, depois de soffrer a degenerescencia gordurosa, se exfolia sendo o sangue proveniente dos vasos d'esta mucosa.

Kundrat e Engelmann admittem esta degenerescencia da mucosa, mas limitam-na á sua parte mais superficial, dizendo que a hemorragia se dá na superficie epithelial em virtude do augmento de pressão do sangue ao nivel do tecido alterado. Léopold não admittre tal degenerescencia e diz que o sangue sahiria dos capillares superficiaes destruindo a camada superficial do epithelio. De Sinety pensa que a mucosa fica absolutamente intacta.

O que é certo é que durante o periodo menstrual o utero se apresenta augmentado de volume, com as suas paredes mais espessas e menos firmes. A mucosa com a côr vermelha sombria enruga-se, espessa-se tambem e enche a cavidade uterina. O collo torna-se tumefacto, violaceo, entreaberto e amollecido.

Simultaneamente a funcção ovarica executa-se, dá-

se a ruptura d'um folliculo de Graaf, e o ovulo, já livre, caminha pela trompa e chega ao utero.

E' esta pelo menos a opinião da maior parte dos modernos physiologistas que acham entre os dois phenomenos as mais estreitas e connexas relações.

Nas proximidades dos quarenta e cinco annos sobrevém a menopausa ou idade critica, denominação esta justificada pela frequencia d'affecções mortaes a que a mulher em tal momento está sujeita.

Eis a largos traços no que consiste a menstruação com as suas habituaes perturbações.

Mas estas perturbações pôdem accentuar-se mais, redobrar de intensidade, acompanhar-se de dôres; o fluxo catamenial pôde tornar-se tardo na apparição, lento, difficil, irregular, quasi nullo algumas vezes, insufficiente na maior parte dos casos; pôde determinar a extincção da dôr, mas pôde tambem desaparecer sem a levar comsigo.

E' isto o que constitue a dysmenorrhœa.

A dysmenorrhœa é um syndroma commum a um grande numero d'affecções localizadas ao nivel do utero e seus annexos. Encontramol-a como manifestação de certas doenças d'ordem geral e vemol-a muitas vezes apparecer sem causa apreciavel, com um quadro symptomatico aparentemente tão seu, que muitos auctores a tem já considerado como verdadeira entidade pathologica.

Seja como fôr, o que ninguem pôde pôr em duvida é que a dysmenorrhœa se nos mostra com symptomas bem definidos, com uma pathogenia bem determinada, e que ella muito frequentemente necessita, para a sua cura, d'uma intervenção especial, d'uma intervenção que a ella propriamente se dirige, o que a nosso vêr, justifica o seu estudo isoladamente.

## *Descrição. Formas.*

---

Comquanto cada uma das formas de dysmenorrhœa de que adiante fallaremos, apresente alguma variedade na marcha, aspecto e intensidade dos symptomas, parece-nos de vantagem dar da crise dysmenorrhœica uma descripção geral.

Nas mulheres normalmente assistidas os prodromos da menstruação pôdem quasi passar desapercibidos, mas nas dysmenorrhœicas não é assim; alguns dias, algumas horas antes da apparição das regras a doente é tomada d'um mal-estar geral, tudo a fere porque é extrema a sua irritabilidade, domina-a uma anciedade vaga, adquire a comprehensão nitida de que a crise dolorosa se aproxima. Simultaneamente apparecem phenomenos locais mais em relação com as lesões do apparelho genital e com a funcção menstrual assim perturbada. Tem uma sensação impertinente de calôr e de peso no hypogastro, dôres nos rins sob a forma de accessos intermittentes e augmentando progressivamente, colicas, surdas a principio, agudas mais tarde; o ventre, com meteorismo na sua parte inferior, torna-se sensivel ao nivel dos ovarios. A dôr é n'elles exacerbada pela pressão, que se fôr vio-

lenta pôde até determinar a syncope. O ovario esquerdo é o mais susceptível.

A' inspecção e ao toque verifica-se que a vulva está algumas vezes tumefacta, a vagina quente, humida, com mucosidades esbranquiçadas, incolores ou estriadas de sangue. O collo do utero está violaceo, livido, uniforme, augmentado de volume, o corpo do mesmo modo e os movimentos que se lhe imprimem são dolorosos. A mucosa vulvar e vaginal tem-se tornado turgida, vermelha. A vulva é a séde de prurido.

Ha quasi sempre lesões de visinhança taes como dysuria, tenesmo vesical e rectal; a micção é muito frequente e pouco abundante, a urina vem carregada de mucus.

Podem observar-se a diarrhea e a constipação, principalmente a diarrhea nas mulheres habitualmente constipadas, mas não é raro a defecação subtrair-se á influencia da crise dysmenorrhœica.

Algumas mulheres apresentam tambem uma sensação de tensão penosa e uma sensibilidade particular dos seios.

O facies exprime um intensissimo soffrimento: o olhar é languido, desfallecido, os olhos, encovados, mostram-se nos rodeados d'um circulo livido; a face, pallida, torna-se córada quando irrompem as colicas uterinas.

A doente está aborrecida, triste, melancholica, chora imprevisadamente, foge de todo o convivio.

Algumas tornam-se d'uma irascibilidade tão exagerada, fazem-se tão exigentes e irritadas que a sua aproximação enfada. Finalmente as dysmenorrhœicas pôdem reproduzir todo o complexo morbido da hysteria.

O appetite diminue, o gosto embota-se, a lingua torna-se saburrosa, recoberta d'um induto amarellado, a séde é viva, o halito por vezes fetido, ha nauseas, vomiti-

tos, ora mucosos e incolores, ora biliosos e esverdeados; estes symptomas, juntamente com as dôres abdominaes, podem até fazer acreditar que se trata d'uma peritonite.

A respiração, excepto nos momentos de repouso do utero, é anciosa e irregular.

O pulso só é frequente na occasião das dôres, fóra d'isso conserva-se calmo, o que constitue um excellente signal para pôr de parte a ideia d'uma affecção inflammatoria do utero e annexos.

Entretanto a congestão do apparelho genital augmenta, as colicas uterinas tornam-se mais agudas, as dôres dos rins, virilhas e hypogastro mais accentuadas. A doente chora, grita, é obrigada a sentar-se ou a apoiar se sobre o movel que lhe fica mais proximo; curva-se ou fica immovel até que passe a dôr, muitas vezes vê-se obrigada a ficar na cama e então, ora se deita sobre um lado, ora sobre outro, curva se sobre si propria e põe as côxas em flexão de modo a diminuir a pressão exercida pelos musculos abdominaes. E' em taes circumstancias que mais costumam observar-se as nauseas e vomitos, de que acima fallamos, assim como violentos ataques d'hysteria e até lipothymias e syncopes.

As dôres da crise dysmenorrhica affectam em geral a forma intermittente; depois d'algumas horas de crescente soffrimento, a doente experimenta umas melho- ras passageiras logo seguidas de nova crise. Estas dôres apresentam, emfim, um character muito differente segundo o seu ponto de partida: diz Pozzi que, no começo da menstruação dominam as dôres ovaricas e que é quando ella está em plena actividade que as dôres uterinas se accentuam.

Não raro algumas dysmenorrhicas as comparam ás dôres do parto e em particular ás da dequidadura.

Mas todo este periodo tormentoso vai passar com a chegada do sangue á vulva.

Primeiramente só algumas gottas apparecem, sahidas sempre com difficuldade, como que expulsas por contracções uterinas, ás vezes até sem que exista obstaculo mechanico ou aperto do collo. Em tal caso, a este phenomeno da sahida do sangue, assim gotta a gotta, como a urina na estranguria, deu Aétius o nome de *stilticidium uteri*.

Depois as regras estabelecem-se e com ellas um immediato e completo allivio, não sendo comtudo raro que a crise, que tinha passado com a apparição da hemorrhagia menstrual, volte alguns dias depois em consequencia da obstrucção por coagulos e rolhas membranosas presas no collo uterino.

O aspecto e a quantidade de sangue evacuado são extremamente variaveis. Umas vezes o sangue é liquido, pallido, rosado, outras vezes é negro, espesso e viscoso, sendo n'este ultimo caso frequente trazer consigo alguns coagulos d'aspecto e coloração differentes.

Uns são duros, amarellos, lembrando por isso os coagulos activos dos aneurysmas; outros são molles e negros, verdadeiros coagulos cruoricos; alguns são pequenos, granulosos, parecendo organisados e compostos de partes mais escuras e partes mais claras, amarelladas e estratificadas; ha-os que são allongados, de fórma triangular, assemelhando-se á da cavidade uterina.

Os coagulos pequenos, resistentes e granulosos provém da cavidade uterina, onde se téem formado e amontoado; desempenham um papel importante na producção da dysmenorrhœa e a sua expulsão é as mais das vezes seguida d'um corrimento sanguineo sufficientemente

consideravel para trazer ás dôres uterinas sensiveis me-lhoras.

Os coagulos molles e volumosos provêem da vagina, onde se accumulam durante o decubito horisontal, e a sua expulsão faz-se com grande facilidade sob a influencia, d'um esforço, d'uma contracção ou até d'um insignificante movimento. Pôdem apparecer independentemente de toda a dysmenorrhea. Os coagulos fibrinosos, pequenos e resistentes, mais ou menos exactamente moldados na cavidade uterina, são, pelo contrario, um bom signal de estenose cervical.

A quantidade de sangue exhalada é muito variavel. Sai algumas vezes lentamente e em minima quantidade, podendo até dar-se uma amenorrhœa quasi completa. Outras vezes o corrimento sanguineo é extremamente abundante chegando a constituir uma metrorrhagia que pôde pôr em perigo a vida da doente. Esta metrorrhagia pôde reproduzir-se em cada periodo menstrual e determinar assim um enfraquecimento consideravel. Em certos casos o corrimento sanguineo é muito diminuto durante algumas horas em que as dôres são vivas, depois, em consequencia da expulsão de um coagulo, sobrevem uma hemorrhagia abundante e as dôres desapparecem. Esta hemorrhagia parece desempenhar em muitos casos o papel d'uma verdadeira sangria que é preciso saber respeitar, que não deve combater-se, excepto se d'ahi resultar algum bem para a saude geral.

Emfim, depois d'um certo numero d'estas crises, os accidentes attenuam-se e desapparecem pouco a pouco, deixando a doente exausta e enfraquecida pela violencia das dôres e metrorrhagias que se lhe seguiram e com o temor angustioso da volta de novo accesso. No intervallo das crises dysmenorrheicas nunca a saude é boa

porque constantemente se fazem sentir os accidentes devidos ás affecções locaes ou geraes productoras da dysmenorrhea.

Quanto ao intervallo que separa duas crises dymenorrheicas é elle igual ao intervallo que separa entre si as regras. Estas pôdem ser irregulares na apparição, o que se relaciona, ao que parece, com as doenças do utero e annexos associadas á dysmenorrhea.

Resta-nos agora fallar da dysmenorrhea intermenstrual de Priestley. Segundo este auctor, tal nome deveria ser dado a crises dolorosas produzindo-se no intervallo das regras e acompanhando-se de todos os phenomenos dysmenorrheicos com excepção do corrimento sanguineo. Téem-se attribuido á ovulação e corresponderiam á fórma ovarica, á dysootocia de Barnes.

Mas esta fórma não foi admittida pelos auctores e ainda ultimamente Pozzi declara, quando ao assumpto se refere, que foi por um abuso de linguagem que se descreveram com este nome symptomas de inflamação do utero ou annexos, caracterisados por dôres sobrevindas no intervallo nas regras e hypotheticamente attribuidas á ovulação.

As crises dysmenorrheicas installam-se por vezes com as primeiras regras da puberdade e voltam em cada epocha menstrual. Em geral tornam se cada vez mais sensiveis e tenazes á medida que as doentes avançam em idade. Durante os primeiros annos o soffrimento pôde não ser excessivo, mas com o tempo é frequente que o mal se aggrave. Na juventude e nas mulheres saudaveis pôde o accesso ser bem supportado e a primitiva saude recuperada em alguns dias, mas mais tarde, uma crise dysmenorrheica em cada epocha menstrual e cada vez mais accentuada, acaba por trazer á doente um enfra-

quecimento geral, um estado de saude miseravel de que ella difficilmente se recomporá.

Casos ha tambem em que as crises dysmenorrhicas fazem a sua apparição depois d'alguns annos em que as regras sempre foram normaes. E' isto devido a affecções de que fallaremos quando tratarmos da etiologia da dysmenorrhea.

A duração d'este estado morbido é variavel como as causas de que depende.

*Fórm.* — A classificação das fórm. da dysmenorrhea não pôde ainda ser nitidamente definida, e, ao presente, ainda os gynecologistas não concordaram de todo sobre o numero d'estas fórm., sua denominação e pathogenia. No emtanto, a maior parte dos auctores classicos, d'harmonia com a observação clinica, admittem quatro fórm. principaes de dysmenorrhea: 1.º, *fórma nervosa*, considerada por alguns como essencial; 2.º, *fórma congestiva* ou *inflammatoria*; 3.º, *fórma mechanica*; 4.º, *fórma membranososa*.

1.º *Fórma nervosa*. — Muitos auctores, entre os quaes figuram Aran, Raciborski, Courty, Gaillard Thomas e outros, consideram a dysmenorrhea como sendo em certos casos uma simples perturbação funcional independente de toda a lesão dos órgãos genitales, de toda a alteração do estado geral e dizem na essencial, idiopathica. Seria uma fórma particular a oppôr á dysmenorrhea symptomatica que resulta d'uma affecção local ou geral.

Mas esta fórma idiopathica está longe de ser accete por todos os gynecologistas. Assim Siredey contesta a realidade d'esta fórma, que elle considera como dependente d'uma affecção nervosa ou d'uma alteração do sangue.

Barms apenas a admitt. na sua classificação e con-

sidera-a como um refugio a que recorreremos nos casos em que a etiologia está mal determinada.

De Sinéty diz que a dysmenorrhœa nervosa é uma nevralgia uterina que augmenta d'intensidade no momento das regras.

Gallard affirma a natureza constantemente symptomatica da dysmenorrhœa e avança que, com o progresso da sciencia, se deixará de procurar refugio no que Barms classifica de *asylum ignorantia*.

Por seu lado A. Petit perfilha a opinião de Gallard e considera a dysmenorrhœa como sendo em todos os casos symptomatica d'uma lesão pathologica dos órgãos genitales ou d'uma alteração morbida do estado geral. Mesmo nas doentes que parecem apresentar uma integridade absoluta e nitidamente estabelecida dos órgãos genitales internos, é racional admitir que sob a influencia d'uma affecção nervosa primitiva, se produzam perturbações vaso-motrices congestivas ao nivel dos ovarios e do utero, e d'ahi a causa efficiente da dysmenorrhœa.

A nevralgia lombo-abdominal poderá talvez determinar a hyperhemia do utero e essa nevralgia poderá tambem ser symptomatica d'uma lesão dos órgãos pelvicos que ficou desconhecida. Os signaes que caracterisam esta fórma são: alguns dias antes das regras, uma mudança de character, cephalalgias mais ou menos violentas, notavel tendencia á lipothymia e á syncope e crises hysteriformes que tornam facil o diagnostico. Ha dôres gastricas, nauseas, vomitos biliosos. Por vezes nevralgias facial, intercostal, crural e outras em differentes partes do corpo; dôres uterinas, affectando a fórma de colicas intermittentes; ventre abaulado; região ovarica particularmente dolorosa á pressão.

Estas perturbações augmentam até á apparição do fluxo menstrual e terminam então d'uma maneira subita.

O sangue apresenta os caracteres ordinarios das menorragias, sendo comtudo d'uma pallidez caracteristica nas chloro-anemicas.

Um outro caracter d'alguma importancia é que estas crises pôdem deixar passar algumas epochas menstruaes sem que se reproduzam.

2.<sup>o</sup> *Fôrma congestiva ou inflammatoria.* — Alguns auctores, entre elles Raciborski, admittem d'esta fôrma duas variedades: uma congestiva e outra inflammatoria; mas outros, entre os quaes Gaillard-Thomas, Siredey, Gallard e A. Petit, acham muito subtil a distincção, reconhecendo a impossibilidade de reparar clinicamente as lesões congestivas das inflammatorias.

Tambem se tem subdividido a fôrma congestiva em duas variedades, mas tendo em vista a sua localisação e não a sua natureza. Assim Barnes dá o nome de dysootocia a esta affecção quando localisada nos ovarios. Esta localisação não pôde fazer-se assim d'um modo tão absoluto, pois são bem conhecidas as estreitas relações existentes entre as affecções inflammatorias do utero e seus annexos.

N'esta fôrma a doente accusa, alguns dias antes das regras, mas menos em todo o caso do que na fôrma precedente, uma sensação de plenitude no hypogastro e dôres nas regiões inguinaes e lombar. As dôres são surdas, contínuas e exageradas na estação vertical e na marcha. Ha uma sensação de peso, prurido e dôres na vulva e na vagina; colicas de intensidade crescente; grande numero de vezes tenesmo vesical e anal, ardores na micção e defecação, podendo estas dôres da defecação

tornar-se extremamente vivas nas mulheres que apresentam concomitantemente um prolapso do ovario.

Depois os phenomenos congestivos generalizam-se pouco a pouco; os seios tumefazem-se e tornam-se dolorosos, a face congestiona-se, a doente queixa-se de que ondas de calor lhe sobem ao rosto e manifesta crises de falta d'ar muito pronunciadas.

Praticando o toque vaginal, verifica-se que a vagina está quente, o collo tumefacto e sensível á pressão.

Juntando ao toque a palpação abdominal, nota-se o augmento de volume do utero, dôr e congestão dos annexos. Quando ha prolapso do ovario sente-se no fundo de sacco de Douglas um tumor que á pressão provoca sensações nanseosas características. A' inspecção o focinho de tenca mostra-se volumoso, turgescete, brilhante e violaceo.

A hemorragia acalma os soffrimentos, parece desempenhar o papel d'uma verdadeira sangria depletiva. O corrimento sanguineo é em geral abundante e misturado com numerosos coagulos.

Convem notar que, comquanto estes symptomas sejam mais accentuados e constantes na fórma congestiva, não é raro que elles appareçam tambem nas outras fórmas e em particular na fórma nervosa.

3.<sup>o</sup> *Fórma mechanicala*. — Esta fórma é admittida sem contestação por todos os auctores, tendo-lhe até alguns d'elles attribuido a maior parte dos casos de dysmenorrhea.

Barnes subdividiu esta fórma em duas variedades: uma resultante d'um obstaculo situado no trajecto cervico-uterino, outra seria devida á atresia das trompas, mas esta subdivisão não foi accete. Esta fórma de dysmenorrhea é principalmente de causa uterina.

Na sua descripção não entram as imperfurações e apertos situados ao nível da vulva e da vagina, porque n'estes casos não se trataria de dysmenorrhœa, mas d'uma verdadeira amenorrhœa devida á retenção do fluxo-menstrual.

A dysmenorrhœa mechanica apresenta symptomas bem caracterisados, constituídos por dôres intermittentes nas regiões lombar e hypogastrica, acompanhando-se de sensações comparaveis ás da mulher prenhe durante o trabalho. Muitas vezes ha dysuria e tenesmo anal. O corrimento sanguineo é intermittente e irregular, pouco abundante no começo e em grande quantidade mais tarde. As regras pôdem prolongar-se durante oito dias e mais.

Estas crises voltam em cada epocha menstrual com mais regularidade do que nas outras fórmãs.

4.<sup>o</sup> *Fórma membranosa.* — Diz-se que a dysmenorrhœa é membranosa quando o sangue das regras vem acompanhado de productos membraniformes.

Tem n'a considerado como uma entidade morbida caracterisada pela expulsão de membranas juntamente com o fluxo catamenial, sendo esta a razão de a descreverem separadamente.

Mas em verdade não se trata d'uma affecção particular sempre identica a si propria, trata-se d'um certo numero de factos pathologicos de natureza muito differente cuja distincção importa estabelecer.

A'cerca da natureza e até da existencia da dysmenorrhœa membranosa tem-se levantado muitas e contradictorias discussões.

Plater parece ter sido o primeiro a referir-se, ainda que vagamente, á expulsão d'um producto membraniforme durante menstruações difficeis e dolorosas.

Morgagni em 1760 referiu uma observação mais completa, sem contudo determinar a natureza exacta da membrana expulsa pela sua doente.

Alguns annos depois Denman diz parecer-lhe que se tratava de membranas organisadas cujo tecido se assemelhava ao da caduca.

Depois, numerosos investigadores chegaram, em face de estudos histologicos, á conclusão de que esses productos membranosos, eram na maior parte dos casos, porções exfoliadas da mucosa uterina e ás vezes até essa mucosa inteira com o seu epithelio, vasos e glandulas. Esta conclusão foi ainda posteriormente confirmada por exames microscopicos.

E' esta a primeira theoria sobre a natureza da membrana.

Mas outra theoria apparece que considera a membrana expulsa n'esta fórma de dysmenorrhœa, como sendo uma exsudação de lymphá coagulavel ou de fibrina na face interna da mucosa do utero, theoria esta sustentada por Montgomery e aceita por Barnes e muitos outros.

Em 1871, Huchard e Labadie-Lagrave admittem ao lado da dysmenorrhœa membranosa exfoliadora, a dysmenorrhœa membranosa exsudativa, sendo a primeira caracterisada pela exfoliação da mucosa uterina e a segunda pela expulsão d'uma pseudo-membrana exsudada na superficie da mucosa durante a crise catamenial.

Courty que primitivamente admittia só a membrana produzida por exfoliação, acabou por admittir tambem a dysmenorrhœa pseudo-membranosa, subdividindo-a até em duas variedades em relação com a composição da pseudo-membrana: mucus coagulado n'um caso e epithelio, mucus e fibrina no outro. Huchard e Labadie La-

grave não vêm n'estas duas variedades senão uma questão d'intensidade do processo exsudativo.

Syredey e De Sinety aceitam também a existência da pseudo-membrana exsudada.

Resta-nos ainda fallar de duas especies de productos membranosos que deram lugar a theorias pathogenicas que os seus auctores quizeram estender a todos os casos.

Raciborski tendo reconhecido na membrana expulsa d'um certo numero de casos, os caracteres da caduca d'aborto, conservando vestigios mais ou menos nitidos d'um ovulo fecundado, e por vezes até acompanhada do proprio ovo em via d'evolução, negou a existência da expoliação da mucosa uterina.

A esta asserção tem-se feito varias objecções. Assim o aborto acompanha-se quasi sempre d'um retardamento mais ou menos consideravel da apparição das regras, enquanto que a menstruação segue uma marcha regular n'um grande numero de casos de dyomenorrhœa membranosa.

Tambem se verificam crises dysmenorrhœicas membranosas em raparigas virgens e em mulheres que ha muito não realisam o coito; e finalmente ha signaes phisicos proprios da membrana expulsa que permitem estabelecer facilmente um diagnostico.

E além d'isso o proprio Raciborski reconheceu que a dysmenorrhœa membranosa tem uma existencia propria absolutamente independente dos phenomenos da concepção.

Ha por fim a theoria, fundada em alguns factos, é claro, que considera os membranas dysmenorrhœicas como formadas por coagulos sanguineos, apresentando á primeira vista um aspecto membraniforme e affectando por

vezes a fôrma triangular da cavidade uterina, sobre que se tem moldado mais ou menos exactamente.

De todas estas variedades só duas se observam com alguma frequencia: a dysmenorrhœa pseudo-membranosa, e a dysmenorrhœa membranosa propriamente dita; e esta ainda muito mais que a primeira.

Os symptomas da dysmenorrhœa membranosa assemelham-se muito ao das fôrmas que anteriormente descrevemos.

Scanzoni em uma doente por elle observada notou uma dôr lombar e periumbilical, que assignalou como phenomeno premonitorio, mas que só raras vezes apparece.

Nos periodos intercalares observam-se frequentemente dôres pelvicas e lombares e leucorrhœa, perturbações estas, decerto em relação com a endometrite em que grande numero d'auctores filiam a dysmenorrhœa membranosa.

As epochas menstruaes voltam as mais das vezes com regularidade. Quando ha retardamento o diagnostico com um aborto torna-se bastante difficil.

De ordinario a crise dolorosa augmenta d'intensidade durante um ou dois dias, até que a exfoliação da mucosa se tenha realisado; ha depois um descanso, mais ou menos longo, mais ou menos accentuado, e um novo paroxismo estala, não raro acompanhado de paragem do fluxo menstrual. Esta paragem determina uma repetição das dôres, semelhantes ás dôres do parto, succedendo-se com violencia cada vez maior até que uma membrana ou porção de membrana, retida ao nivel do canal cervical, seja expulsa. Esta expulsão traz consigo uma certa calma, mas o phenomeno pôde renovar-se muitas vezes

dentro da mesma crise, sobretudo se a exfoliação da mucosa se faz aos pedaços.

A membrana dysmenorrhœica offerece o aspecto d'um pequeno sacco triangular com um orificio em cada angulo. O orificio mais consideravel corresponde ao canal cervical e os outros dois, mais pequenos, aos ostia uterina. A superficie exterior d'esta pequena bolsa é de ordinario, desigual, tumentosa, munida de saliencias que correspondem ás camadas profundas da mucosa. Mergulhando em agua a membrana, vêem-se fluctuar com facilidade estas villosidades, que são constituídas por filamentos irregulares de chorion mucoso e por vasos. Nos intersticios das villosidades encontram-se coagulos sanguineos adherentes. A cavidade da bolsa, depois de desembaraçada do sangue que continha, mostra, pelo contrario, uma superficie liza e polida que corresponde ao epithelio da mucosa.

Tem-se assignalado, além da exfoliação da mucosa uterina, a exfoliação da mucosa da porção vaginal do collo e até a da vagina.

Vamos agora dizer, muito rapidamente, quaes os caracteres histologicos d'estas membranas.

N'um corte vê-se que a membrana é composta por um estroma de tecido conjunctivo, encerrando elementos cellulares em grande quantidade, vasos e glandulas em tubo, tapetadas por um epithelio que em alguns pontos se prolonga com a camada de epithelio cylindrico com celhas vibrateis, que recobre a superficie externa da mucosa. A' volta dos vasos verifica-se frequentemente a existencia de pequenas hemorragias intersticiaes disseminadas no trama do chorion mucoso. Encontram-se tambem cellulas hypertrophiadas, chamadas cellulas da caduca. Convem advertir que essas cellulas não indicam

um producto d'aborto, pois que muitas vezes se téem constatado em casos de dysmenorrhœa verdadeira em mulheres não gravidas.

Quanto ás pseudo-membranas basta dizer que ellas apresentam debaixo do ponto de vista histologico todos os caracteres da falsa membrana exsudativa das mucosas. São constituídas pela descamação epithelial da mucosa uterina acompanhada de productos inflammatorios, em que entra em grande quantidade a fibrina. No meio d'esta ou á sua superficie encontram-se cellulas epitheliaes e lencocytos.

Resta-nos agora dizer que, se muitos auctores consideraram a dysmenorrhœa membranosa como uma affecção inteiramente distincta das metrites, o maior numero considera-a como um symptoma do vasto quadro das endometrites. Assim Schroeder diz que o catarrho chronico se encontra tantas vezes concomitantemente com a dysmenorrhœa, que muito bem elle se poderia considerar como a sua causa, e Pozzi, tendo em vista que a origem d'esta affecção remonta quasi sempre a um parto ou a um aborto e mais raras vezes ao estabelecimento da menstruação, conclue que a dysmenorrhœa membranosa *é uma verdadeira metrite chronica com impulsões de metrite aguda e descamação inflammatoria da mucosa no momento das regras.*

Da marcha e evolução da dysmenorrhœa membranosa pouco ha a dizer, pois que ella se agrava, decresce ou desaparece com a causa que lhe deu nascimento. Póde não se mostrar durante um tempo mais ou menos longo para voltar depois com a primitiva intensidade.

## *Etiologia. Pathogenia*

---

Como se tem visto no decurso do nosso trabalho, a dysmenorrhœa não constitue uma entidade morbida, mas um syndroma clínico com a sua origem n'um grande numero d'affecções distinctas, não sendo por esse facto possível o estudo da sua etiologia e pathogenia debaixo do ponto de vista geral.

Diremos sómente que a dysmenorrhœa se pôde mostrar na mulher durante todo o periodo da sua actividade genital, desde a puberdade até á menopausa; podemol-a encontrar independentemente de prenhez e partos, em mulheres que não exercem o coito e até em virgens. N'este capitulo estudaremos a etiologia e a pathogenia da dysmenorrhœa, insistindo principalmente na dysmenorrhœa d'origem mechanica por ser a ella que mais podemos dirigir indicações therapeuticas especiaes.

*Etiologia* — Debaixo do ponto de vista da etiologia dividiremos o estudo da dysmenorrhœa em dois paragrafos: no primeiro estudaremos a dysmenorrhœa que alguns consideram idiopathica, e no segundo os casos de dysmenorrhœa symptomatica que as mais das vezes responde a lesões dos órgãos genitaeos internos.

1.º *Dysmenorrhœa chamada idiopathica.* — Incluiríamos aqui as dysmenorrhœas devidas a um resfriamento, a uma emoção violenta experimentada durante as regras, as que se pôdem observar em consequencia d'uma excitação exagerada dos órgãos genitales, como o onanismo, o excesso de coito, as produzidas por um parasita intestinal, como a tenia.

O rim movel poderia, segundo Linder, determinar crises de dysmenorrhœa em consequencia dos phenomenos congestivos que esta affecção traz ao aparelho utero-ovarico. A prova d'esta influencia é a cura da dysmenorrhœa observada por este auctor depois da fixação do rim.

A hysteria e a chloro-anemia são frequentemente acompanhadas de crises dysmenorrhœicas.

A dysmenorrhœa encontra-se tambem na papeira exophthalmica e em muitas doenças dyscrasicas como o rheumatismo e gotta, em que as doentes na sua qualidade de arthriticas são predispostas para as nevralgias e como consequencia para a dysmenorrhœa.

O impaludismo tem tambem sido tomado como causa de dysmenorrhœa.

2.º *Dysmenorrhœa symptomatica.* — A causa da dysmenorrhœa symptomatica é uma lesão ou um vicio de conformação dos annexos ou do utero.

A. *Lesões dos ovarios ou das trompas.* A dysmenorrhœa que tem a sua origem ao nivel dos ovarios pôde resultar d'um irregular desenvolvimento dos órgãos genitales, isto é, pôde o utero chegar ao estado adulto ficando os ovarios no estado pubescente, pôdem desenvolver-se os ovarios e não o utero ou não se desenvolver nenhum. Ha então uma irregularidade inevitavel no jogo da menstruação, pela difficuldade da ovulação, ou pela

desproporção existente entre a intensidade dos phenomenos congestivos do lado do ovario durante a postura e o estado precario da congestão concomitante do lado do utero, o que determina um exagero do erethismo ovarico e as dôes da dysmenorrhea. (Pozzi.)

As doenças dos annexos são também uma causa muito frequente de dysmenorrhea. Produzem-na não só as inflammações agudas ou alterações profundas, salpingo-ovarites, salpingites, como também restos, às vezes pouco extensos, de lesões antigas, adherencias, falsas membranas que comprimem, á maneira de bridas, os annexos, luxando-os para uma falsa posição. Os ovarios assim comprimidos esclerosam-se e as trompas obliteram-se originando assim a dysmenorrhea.

O varicocele tubo-ovarico, descripto por Richet e Devalz e mais recentemente por Dudley, acompanha-se frequentemente de atrophia do ovario e de ovarite chronica, sendo como tal uma causa de dysmenorrhea.

B. *Origem uterina.* Na dysmenorrhea d'esta origem fallaremos primeiramente do desenvolvimento insufficiente do utero que, d'este modo, não pôde corresponder d'uma maneira normal á excitação partida do ovario, mas, um pouco mais detidamente, trataremos da difficuldade mechanica á expulsão do sangue.

Esta obstrucção pôde ter tres origens: extrinseca, parietal e cavitaria.

a) *Origem extrinseca.*—As causas d'obstrucção d'este genero são bastante raras. Mencionaremos um tumor volumoso, um kysto do ovario ou um fibroma, encravado na pequena bacia e comprimindo violentamente o utero e as inflammações chronicas da pequena bacia e dos annexos que podem actuar determinando a formação de

bridas e d'adherencias que immobilizem o utero n'uma posição viciosa diminuindo-lhe o calibre.

b) *Origem parietal.* — Entre as causas d'obstrucção d'origem parietal nós encontramos em primeiro lugar as devidas ás modificações de direcção do utero e sobretudo á mudança de posição do corpo em relação ao collo.

Quando o utero está simplesmente curvado para diante ou para traz, concebe-se que o diametro do canal cervical seja pouco modificado, mas quando existe uma verdadeira flexão em angulo agudo do corpo sobre o collo, produz-se no ponto em que o eixo do órgão se dobra, isto é, na visinhança do orificio interno, uma desappareição quasi completa da luz do canal, por um mecanismo analogo ao que se observa na flexão brusca d'um tubo de cautchouc.

Comprehende-se facilmente que, n'estas condições o sangue não corre e que os phenomenos dolorosos devidos á retenção das regras hão-de apparecer.

Os diferentes desvios do utero poderão oppôr uma certa difficuldade ao corrimento do sangue menstrual, mas as que mais vezes a produzem são as flexões e em particular a ante-flexão. A ante-flexão póde ser congenita ou adquirida.

A ante-flexão congenita coexiste quasi sempre com a hypoplasia de todos os órgãos genitales e com o aperto da bacia; é, por assim dizer, mais uma deformidade do que um deslocamento, é a persistencia d'um typo que parece ser normal no feto. N'este momento, em virtude do tamanho desproporcionado do collo em relação ao corpo e da pressão que o órgão soffre na pequena bacia, o corpo recurva-se para diante por cima do orificio interno. Depois, quando a creança se desenvolve nos annos que precedem a puberdade, o augmento das dimensões

da pequena bacia permite, d'ordinario, um certo endireitamento do orgão, que perde a curvatura exagerada que possuia no feto para não conservar senão uma moderada flexão. Mas se ha paragem de desenvolvimento do corpo sob a influencia de causas diversas, o typo fetal, isto é, a ante-flexão, pôde persistir. A ante-flexão congenita pôde ainda explicar-se por um desenvolvimento irregular do utero, desenvolvendo-se a parede posterior mais que a anterior.

A ante-flexão poderá coincidir com um estado infantil do collo que será habitualmente longo e conico. A atrophia do labio anterior será sempre indicio seguro da atrophia da parede correspondente.

A curvatura do corpo sobre o collo pôde ser muito apreciavel ao toque vaginal. O angulo que o corpo faz com o collo é por vezes tão agudo que o dedo se mette em uma ranhura, de modo que a sua face palmar fica em contacto com o corpo e a face ungueal com o collo. Além da flexão observa-se frequentemente a atrophia do utero em todas as suas dimensões.

Nos casos d'este genero ha, segundo Davenport, dois factos constantes, que este auctor verificou fazendo passar uma sonda: o aperto do orificio interno e, no mesmo ponto, uma sensibilidade muito mais viva que normalmente.

A ante-flexão adquirida pôde mostrar-se no momento da puberdade, sob a influencia de fadigas excessivas, de metrite virginal e até em consequencia d'um esforço ou d'uma queda. Na mulher adulta pôde ser devida á metrite puerperal que, no entanto, costuma produzir a retro-flexão. Para Pozzi a ante-flexão adquirida seria a maior parte das vezes consequencia da perisalpingite.

Entre as causas de origem uterina parietal figuram

tambem com certa preponderancia os apertos, muitas vezes associados á flexão do orgão, do orificio externo, interno, ou dos dois simultaneamente.

Estes apertos são, por via de regra, congenitos, mas pôdem ser tambem adquiridos e então resultam quasi sempre ou d'uma curetagem indevidamente feita, ou que se não fez seguir, quer de injecções intra-uterinas durante os dez primeiros dias depois da intervenção, quer da applicação de gaze iodoformada.

A estenose do orificio externo vai desde dois a quatro millimetros até ao orificio capillar e em certos casos, raros mas que existem, até á invisibilidade a olho nu.

Abaixo de dois millimetros, segundo Pajot e de quatro segundo Peaslee, o orificio externo pôde considerar-se estenosado.

O orificio pôde estar situado no vertice d'um cone arredondado e sem depressão ou na extremidade saliente d'um collo muito conico e afilado em ponta; ás vezes não occupa o centro do focinho de tenca e encontra-se mais para um dos lados; encontra-se tambem n'uma comisura formada por dois delgados relevos mais pallidos que o resto da mucosa.

Ha outras variedades d'orificios estreitos ás quaes se dão nomes particulares, como collo tapiroide, em fôrma de tromba de elephante, etc., etc.

A fôrma e a posição dos orificios estenosados pathologicamente pôdem revestir muitos aspectos. A estenose pôde ser produzida por cauterisações, snperficiaes ou profundas, praticadas com agentes chimicos ou com o thermo ou galvano-cauterio; e ainda pela formação de tecido cicatricial em feridas operatorias.

Os caneros duros ou molles, as syphilides secundarias, ulcerações da mucosa, etc., assim como o espha-

celamento d'uma parte do collo em consequencia do encravamento da cabeça no estreito superior durante um trabalho muito prolongado, pôdem igualmente produzir a estenose do orificio externo.

Excepto nos casos raros em que o orificio é capillar ou não se encontra no centro do collo, o diagnostico d'um aperto do orificio externo não apresenta difficuldade.

A estenose do orificio interno só pôde diagnosticar-se com segurança empregando o catetherismo.

Para Peaslee, se o orificio interno admite uma sonda de quatro millimetros de diametro, ha estenose relativa mas não absoluta. Se a sonda de tres millimetros já não passa, haverá então estenose ou flexão.

A estenose do orificio interno pôde coexistir com a do orificio externo. Para Pozzi ella seria o resultado d'um desenvolvimento incompleto, com ou sem ante-flexão congenita.

Para Lawson-Tait a estenose do orificio interno não existiria, seria puramente espasmodica, cessando com a suppressão da estenose do orificio externo.

As estenoses do orificio interno adquiridas são muito mais raras do que as do orificio externo.

Porque uma sonda não passa facilmente ao nivel do orificio interno não pôde logo concluir-se a sua estenose. Deverá modificar-se previamente a curvatura do catether segundo a direcção presumida da cavidade uterina, baixar-se-ha convenientemente o cabo para a forquilha, fixar-se-ha até, attrahir-se-ha o labio posterior do collo se se trata d'uma ante-flexão, o labio anterior se se trata d'um desvio para traz. Só depois de muitas e prudentes tentativas se chegará ao diagnostico.

A estenose de todo o canal cervical é rara.

Ao lado das estenoses verdadeiras ha tambem as falsas estenoses, isto é, estenoses verdadeiras debaixo do ponto de vista da physiologia pathologica, mas falsas debaixo do ponto de vista anatomico. Assim os dois labios do collo, quando indurados, pôdem applicar-se um contra o outro a tal ponto que os liquidos não podem sahir, apesar de ser permittida e entrada d'um catheter.

A's vezes trata-se d'um pequeno tumor sub-mucoso, um pequeno fibroma, etc.

As estenoses por vicios de posição do utero entram tambem n'esta classe.

Os apertos congenitos, segundo Nagel, são devidos ou a um desenvolvimento muito rapido dos órgãos genitales, ou a uma ulceração depois do nascimento; os adquiridos á producção de tecido cicatricial com tendencias retractiveis.

E' preciso notar ainda, como causas de dysmenorrhœa, a hypertrophia do focinho de tunca e, sobretudo, tumores desenvolvidos na espessura do collo (fibro-myomas, cancro).

c) *Origem cavitaria.* — Os casos de dysmenorrhœa consecutiva á obliteração do canal cervical por tumores instalados na cavidade uterina são pouco frequentes. As endometrites são as que mais a produzem.

Na metrite aguda a mucosa molle e espessa pôde obliterar mais ou menos a cavidade uterina. Nas metrites chronicas ha a hypertrophia do tecido conjunctivo do órgão. A mucosa chronicamente inflammada encontra-se tumefacta, molle e pulposa, observando-se na sua superficie, villosidades, fungosidades ou vegetações. Estas vegetações, por vezes consideraveis, pôdem tornar-se verdadeiros polypos rentes ou pedunculados.

Encontram-se tambem pequenos kystos d'origem glandular.

O collo pôde soffrer uma hypertrophia follicular e apresentar kystos folliculares e polypos mucosos.

Estas diversas producções pôdem tornar-se causas d'obstrucção cavitaria, do mesmo modo que a mucosa dilatada e congestionada.

*Pathogenia.* Debaixo do ponto de vista da pathogenia passaremos successivamente em revista as formas nevralgica, congestiva, inflammatoria e mechanica.

1.<sup>o</sup> A dysmenorrhœa nevralgica é a expressão d'uma simples perturbação nervosa ligada ou a um mau estado geral tal como a chloro-anemia, ou a uma nevrose tal como a hysteria, ou ás duas associadas.

2.<sup>a</sup> A dysmenorrhœa congestiva parece devida a uma perturbação circulatoria que vai produzir uma congestão exagerada ao nivel do aparelho genital. Esta perturbação circulatoria pôde ser provocada por um resfriamento, uma emoção, ou ainda pela gotta, rheumatismo ou impaludismo. O onanismo, o excesso do coito ou a abstenção prolongada pôdem determinar perturbações d'este genero.

3.<sup>o</sup> A dysmenorrhœa inflammatoria é uma menstruação tornada dolorosa em consequencia de se realizar ao nivel d'um orgão alterado pela inflammacão. A congestão catamenial ajunta-se á congestão pathologica, resultando d'aqui uma tensão vascular anormal que determinaria, segundo Fritsch, a compressão das extremidades nervosas. Ao lado d'esta theoria colloca-se a de Hart e Babour que, pelo contrario, julgam que a mucosa inflammada está menos apta, por falta de maleabilidade, a prestar-se ao movimento fluxionar, occasionando assim phenomenos dolorosos.

4.<sup>o</sup> Dysmenorrhœa mechanica. Esta dysmenorrhœa pôde ser d'origem ovarica ou d'origem uterina. *a)* D'origem ovarica. — Muitas vezes a congestão menstrual encontra os órgãos mal preparados dando-se assim uma difficuldade á ruptura da vesicula de Graaf. N'outras circumstancias os ovarios e as trompas são deslocados e apertados por bridas fibrosas. *b)* D'origem uterina. — Reconhece-se em face das estatisticas que a dysmenorrhœa tem quasi sempre uma causa mechanica, em que figura d'um modo notavel a estenose do canal cervical.

Muitas das fórmulas precedentes pôdem incluir-se na fórmula mechanica. Assim a dysmenorrhœa inflammatoria é em certos casos devida a uma dilatação exaggerada da mucosa, ás vezes, a uma rolha mucosa. A fórmula congestiva pôde originar-se tambem em uma tumefacção da mucosa, e ha quem veja na forma nevralgica um simples espasmo do esphincter do orificio interno.

As lacerações do perineo são tambem frequentemente uma causa de dysmenorrhœa pelo abaixamento uterino e pelo estiramento dos ligamentos que provocam. A forma mechanica é, além d'isso interessante pelo tratamento cirurgico que se lhe applica.

---

## *Diagnostic. Prognostico*

---

Não é em geral difficil chegar ao diagnostico positivo da dysmenorrhœa. O diagnostico differencial faz-se tambem na maior parte dos casos com igual facilidade.

O que primeiro pôde confundir são as nevralgias lombo-abdominaes que frequentemente se exacerbam no momento da menstruação. Recorremos então á coexistencia d'outras nevralgias, aos pontos dolorosos especiaes e á persistencia das dôres fóra das regras, não esquecendo nunca que a dysmenorrhœa, principalmente na sua forma nervosa, pôde acompanhar esta nevralgia.

Um aborto d'algumas semanas que se dê na epocha habitual das regras pôde ser tambem uma causa de erro. Inclinar-nos-hemos para o aborto se houver retardamento na apparição das regras e se a hemorrhagia foi mais abundante que de costume ; accital-o-hemos sem hesitação, se no meio dos coagulos se encontrar o ovo.

Mas o diagnostico mais importante é o da causa da dysmenorrhœa. Se se trata d'uma rapariga ainda nas suas primeiras regras, examinar-se-ha o seu estado geral, procurar-se-ha saber se se está em presença d'uma chloroanemica ou d'uma hysterica.

Se nada se encontra d'este lado, procura-se alguma anomalia genital, uma paragem de desenvolvimento, um vicio de conformação, uma ante-flexão, uma estenose congenita do collo. Se se trata d'uma mulher menstruada desde muito tempo, deverá conhecer-se previamente se a crise dysmenorrhéica é accidental ou habitual. Quando é accidental, uma emoção, um simples resfriamento a pódem ter occasionado.

Quando pelo contrario é habitual, importa estudar com cuidado o estado geral, os antecedentes nervosos e terminar pelo estudo das affecções locais possiveis. Então, a palpação abdominal, isolada ou combinada com o toque vaginal, o exame pelo speculo mostrarão as anomalias e phenomenos morbidos, que os órgãos genitais internos possam apresentar.

Se o exame geral é negativo, se a doente nada tem de interesse no seu passado, tratar-se-ha muito provavelmente d'uma affecção local, que se revelará por dôres voltando regularmente em cada epocha menstrual e persistindo as mais das vezes no intervallo das regras.

Quando o exame local dá conhecimento d'uma lesão do aparelho genital, deveremos completal-o com a determinação do que pertence aos annexos e do que pertence ao utero na producção dos phenomenos morbidos. O diagnostico será emfim concluido pelas indicações de baixo do ponto de vista operatorio, se houver necessidade de intervir.

Resta agora fazer o diagnostico da fórma clinica da doença.

Podemo-nos então encontrar em presença de tres ordens de factos :

Predominam os symptomas nervosos.

Alguns dias antes das regras sobreveem uma mudan-

ça de caracter, uma cephalalgia mais ou menos accentuada, palpitações, tendencia á syncope, crises hysteriformes, nevralgias mais ou menos violentas com séde variavel. A região ovarica está dolorosa á pressão.

Trata-se da fôrma nervosa da dysmenorrhea e deveremos lembrar-nos da hysteria, da chloro-anemia e do rim fluctuante.

Predominam os symptomas congestivos.

As doentes accusam alguns dias antes das regras uma sensação de plenitude no hypogastro, colicas d'intensidade variavel seguidas pouco depois de prurido vulvar e tenesmo rectal e vesical; a vulva e o focinho de tenca estão turgescentes e violáceos. A apparição do fluxo catamenial termina a crise.

Trata-se da dysmenorrhea congestiva.

Finalmente ha ao mesmo tempo phenomenos dolorosos e fluxo sanguineo. Dôres, semelhando as do parto, caracterisam esta fôrma que corresponde a um obstaculo mechanico cujas causas é necessario investigar.

*Prognostico*— O prognostico varia essencialmente com a causa da dysmenorrhea.

Na dysmenorrhea nervosa se a existencia não é comprometida, torna-se pelo menos pouco invejavel em virtude das perpetuas recidivas a que estão expostas as doentes.

E' grave na dysmenorrhea devida á obliteração do collo por um tumor maligno. Está subordinado á marcha variavel das affecções inflammatorias dos annexos e do utero. As affecções productoras da dysmenorrhea são tambem um motivo de esterilidade. Resulta d'uma estatistica de Sims que em 250 mulheres estereis, 129 eram dysmenorrheicas.

A prenhez desenvolvida em uma mulher dysmenor-

rheica pôde ter uma influencia favoravel, mas a maior parte das vezes não modifica em nada a evolução dos accidentes, podendo até aggravar as primitivas lesões.

*Complicações.* — Não fallamos aqui das complicações das doenças que produzem a dysmenorrhœa, e a dysmenorrhœa, propriamente dita, raro as tem d'alguma gravidade.

As perturbações reflexas do lado do anus e da bexiga e as nevralgias irradiadas que se observam no decurso d'uma crise são mais symptomas que complicações.

As metrorrhagias ás vezes consideraveis que apparecem durante uma crise são, em certos casos, graves.

Os ataques hysteriformes e as tendencias syncopaes são em geral benignas.

O mesmo não acontece com hemorrhagias pulmonares, apoplexias cerebraes e hematocelos peri-uterinos que se téem observado consecutivamente a crises dysmenorrhœicas.

---

## *Tratamento*

---

O tratamento da dysmenorrhœa deverá dirigir-se ás diversas manifestações symptomaticas que constituem a crise menstrual dolorosa, e á lesão permanente que determina a volta periodica do accesso: tratamento palliativo e tratamento curativo.

Do tratamento palliativo apenas diremos algumas palavras, attendendo a que elle quasi se dirige exclusivamente ao symptoma dôr.

O brometo de potassio, o chloral, o valerianato d'ammonio, o galbamus, a assa fetida, o almiscar, a tintura de cannabis indica, a belladona e o meimendo são, pôde dizer-se, os mais geralmente empregados. Quando as crises são muito intensas recorre-se ás injeções hypodermicas d'antipyrina e de morphina. Ha quem preconise o oxalato de cerium. Wylie aconselha a electricidade e colloca o polo positivo no interior do collo do utero.

Os clysteres de valeriana e de laudanum são reputados de grande efficacia.

Vamos agora fallar do tratamento curativo cuja applicação tem cabimento no intervallo das epochas menstruaes.

Uma vez chegados ao diagnostico seguro da fórma clinica da dysmenorrhœa, basear-nos-hemos sobre os dados seguintes para estabelecer tratamento.

Se nos encontrarmos em face d'uma dysmenorrhœa nervosa, empregaremos os anti-espasmodicos como o brometo de potassio, a valeriana, a assa fetida, o castoreum; lançaremos mão da hydrotherapia e da suggestão sob todas as suas formas.

As contracções espasmodicas do collo combater-se-hão com injeccões hypodermicas de sulfato d'atropina.

Se a doente fôr uma chloro-anemica far-se-ha uso dos preparados marciaes, do manganésio e do arsenio; esforçar-nos-hemos por combater a atonia genital pince-lando o collo com tintura d'iodo.

Se os symptomas congestivos predominam prescrevam-se as escarificações do collo, os revulsivos, as sanguesugas na face interna dos joelhos. Só no caso de ser grande, a hemorrhagia deverá moderar-se.

Quando o desenvolvimento dos órgãos genitales pareça insufficiente e se constate a atonia do utero e dos ovarios, poderá empregar-se a electricidade galvanica em sessões quotidianas de dez minutos, com o polo negativo no hypogastro e o positivo na região lombar ou no collo.

N'estes casos deve preconisar-se o casamento, pois que elle favorece o desenvolvimento dos órgãos genitales a que parece faltar a necessaria vitalidade. N'algumas mulheres, a efficacia do acto conjugal só se manifesta depois d'uma fecundação, seguida da evolução normal d'uma prenhez terminada por um parto de termo. E' que n'estes casos, a cura, ou depende d'uma modificação vital determinada no estado de saude pela gestação, ou d'uma acção directa exercida sobre o estado anatomico

dos órgãos genitais, em particular sobre o utero ou durante a prenhez ou durante o trabalho.

Em consequencia do trabalho de involução post-partum, uma flexão uterina pôde desaparecer ou modificar-se, e do mesmo modo uma estenose do canal cervical pôde ser definitivamente destruida.

Mas o casamento nem sempre é favoravel. Quando o ponto de partida das crises dysmenorrheicas são as affecções inflammatorias dos annexos, o casamento só trará comsigo o agravamento do mal. Não o aconselhamos pois.

Quando a dysmenorrhea é d'origem inflammatoria com a sua séde ao nivel dos annexos, ainda o tratamento cirurgico pôde ser discutido. Lesões d'esta ordem, pouco accentuadas, decerto cederão, ao menos por algum tempo, ao repouso prolongado no decubito dorsal com irrigações antisepticas vaginaes quentes. Mas se as lesões são graves, com bolsas salpingianas cheias de pus, de sangue, de serosidade, então, deverá tentar-se a extração dos annexos doentes e simultaneamente do utero.

Se houver residuos de antigas inflamações perisalpingianas, adherencias, falsas membranas etc., dando logar a phenomenos dolorosos complexos, pela compressão que exercem sobre o ovario e trompa e pelos desvios do utero que mantêm, poderá empregar-se a massagem para favorecer a reabsorpção dos productos plasticos. Mas outros casos pôdem apresentar-se.

O ovario conserva o seu volume normal, é doloroso á pressão, é o ponto de partida de dôres atrozes; a doente tem perturbações nervosas graves. N'estes casos tem-se aconselhado a castração. Battey, Hegar e Lawsou-Tait foram os primeiros a pratical-a e Lawsou-Tait obteve resultados animadores em casos de epilepsia mens-

trual, hysteria e hystero-epilepsia com notavel exacerbaco no momento das regras e leso presumida ou verificada dos ovarios.

Mas os bons resultados no so em tal numero que faam esquecer as decepoes. Muitas vezes a castraco no traz seno uma melhora temporaria e a castraco simulada tem produzido resultados de to excellente effeito, que ninguem pde pr em duvida o papel da suggesto em curas d'este genero.

Esta operao dever pois ser raras vezes executada.

So quatro circumstancias a justificam.

1.<sup>a</sup> Dres violentas ou perturbaoes nervosas, com excluso das psychoses que esta operao no acalma nunca e que muitas vezes agrava;

2.<sup>a</sup> Ponto de partida dos accidentes, nitidamente ovarico;

3.<sup>a</sup> Insucesso de todos os outros methodos de tratamento, incluindo a suggesto sob todas as suas frmas;

E finalmente esta de menor importancia:

4.<sup>a</sup> Menopansa ainda afastada. Pan prefere a hysterectomia ou castraco uterina que julga mais efficaç.

Vamos agora estudar o tratamento da dysmenorrhœa d'origem mechanica.

Na dysmenorrhœa mechanica so tres as principaes indicaoes a que deveremos satisfazer:

I. Tratar a metrite, causa da dysmenorrhœa.

II. Dilatar a cavidade uterina e particularmente o canal cervical.

III. Endireitar o utero e mantel-o n'essa situao.

 esta a therapeutica que, na maior parte dos casos, ter de ser applicada simultaneamente, pois que muitas vezes as metrites, vicios de posio e estenoses se associam. Dos tumores que podem originar a dysmenor-

rhea, diremos apenas que deverá tentar-se a sua extirpação todas as vezes que isso seja possível e útil.

Sobre o tratamento das metrites pouco também diremos. As injeções muito quentes d'água fervida ou de soluções antisepticas intra-vaginaes, as largas irrigações intra-uterinas com soluções fracamente antisepticas, a drenagem, as cauterisações intra-uterinas, a escovagem, curetagem e em certos casos a massagem e electricidade poderão empregar-se effizadamente.

Resta-nos agora fallar, um pouco mais detidamente, das outras duas indicações therapeuticas da dysmenorrhoea: a dilatação e o endireitamento.

O tratamento das estenoses do collo comprehende: 1.º dilatação do canal; 2.º manutenção d'essa dilatação.

Esta dilatação póde ser sangrante ou não sangrante.

1. *Dilatação não sangrante.* Esta comprehende dois modos de dilatação: rapida e lenta.

a) *Dilatação rapida.*

Pajot praticava-a sem chloroformio, com um dilatador de ramos parallellos e em muitas sessões. Procurava a dilatação produzindo uma fenda transversal analogo ao orificio dos collos das multiparas.

Ducke fazia a dilatação forçada sob a acção do chloroformio e para a manter collocava um pessario metallico que deixava in situ cerca de tres mezes, tempo sufficiente para que o canal se tornasse permeavel.

Gibbe faz a dilatação forçada e simultaneamente uma curetagem sob o chloroformio. A's vezes dilata lentamente por meio de sondas graduadas.

Os resultados d'estes processos não são inteiramente satisfactorios. Assim, comquanto o orificio fique mais largo do que anteriormente, a dilatação definitiva não persiste no mesmo grau, e convém lembrar que a dilata-

ção rápida é uma intervenção brutal, que pôde causar inclusivamente rupturas uterinas.

b) Dilatação progressiva.

Cleveland pratica-a com mechas de gaze iodoformada. Goff com dilatadores e gaze iodoformada.

Dirner de Budapest prefere as laminarias ás sondas metallicas.

Samuel Peters serve-se das sondas metallicas de Peaslee, não praticando a dilatação senão durante a segunda e terceira semanas depois da menstruação.

Pozzi serve-se, nas estenoses pouco accuradas, da dilatação progressiva por meio dos dilatadores de Hegar, provocando anteriormente o amolecimento do collo com laminarias. Se d'isso houver necessidade prática tambem, com a ajuda d'um bisturi botonnado, pequenos desbridamentos no contorno do orificio do collo para preparar a passagem da laminaria.

2. *Dilatação sangrante.* Operação de Fristch. Este auctor pratica a incisão crucial do orificio externo, tira com as tesouras os quatro retalhos triangulares e enche de gaze iodoformada a pequena ferida infundibuliforme assim obtida.

Noll faz em seguida a dilatação do collo por meio de velas de Hegar.

Munde pratica duas pequenas incisões lateraes ou cruciaes. Logo que são cortadas as fibras circulares do orificio, o collo retrahe-se e torna-se mais largo. Introduz-se então um dilatador, cauterisa-se a mucosa com tintura de iodo e introduz-se no collo um tampão de algodão untado com vaselina.

Operação de Borrissowiez. E' a dilatação permanente do orificio externo do utero pela ligadura das paredes lateraes do segmento inferior do collo. Fazem-se passar

atravéz das paredes lateraes do segmento inferior do collo, fios de seda grossos e fortes, que se atam apertando fortemente para determinar a paragem da nutrição dos tecidos.

Operação de Sims. Deitada a mulher sobre o lado esquerdo, introduz-se o especulo e puxa se levemente para diante o utero. Fazem-se em seguida dois cortes lateraes que dividem o collo até ao nivel da sua inserção vaginal. Faz-se a hemostase e completa-se a incisão para cima até á cavidade uterina com um bisturi rombo de lamina estreita. O penso faz-se com tres pequenos pedaços d'algodão embebidos n'uma solução de perchloreto de ferro, que se collocam, depois de bem esprimidos, em cada angulo da ferida tendo o cuidado de fazer penetrar uma parte no canal cervical.

A doente fica em posição horisontal durante alguns dias. Substitue-se o tampão vaginal no dia seguinte e não se toca no penso intra-cervical, pois que ahi pelo terceiro dia elle se destacará por si. A cicatrisação completa dar-se-ha pelo duodecimo dia.

A operação deve fazer-se quatro ou cinco dias depois das regras para que nas regras seguintes a cicatrisação esteja completa.

No caso de retro-versão ou retro-flexão, Sims empregava não a incisão lateral, mas antero-posterior e no labio posterior.

Estas operações tem grandes inconvenientes, sendo o principal a tendencia do canal uterino a contrair-se de novo.

Por isso Peaslee imaginou uma operação que consiste em cortar os orificios interno e externo, na profundidade conveniente, para lhes dar quasi a mesma largura que depois do parto. Servia-se d'um metrotomo e intro-

duzia um dilatador conico na cavidade todos os dias durante proximamente um mez.

Resta-nos passar em revista as amputações do collo de Simon-Markwald e de Schröder, a estomatoplastia de Pozzi e a operação de Bouilly.

O processo de Simon-Markwald é a amputação do collo em dois retalhos. Recorre-se a elle quando a mucosa interna se encontra normal.

Em primeiro lugar cortam-se lateralmente com umas tesouras as commissuras do collo até ao fundo de sacco. Depois pratica-se uma incisão no labio anterior, caminhando da mucosa interna para a profundidade e seguindo uma direcção obliqua de baixo para cima. Em seguida outra incisão que parte da mucosa externa e vai juntar-se á primeira interceptando um segmento conico do labio anterior. Suturam-se os dois retalhos e procede-se do mesmo modo no labio posterior.

Por este processo a estenose do collo pôde algumas vezes persistir. Então não ha inconveniente em praticar, antes da sutura dos dois retalhos, o esvasiamento das commissuras como se faz na estomatoplastia de Pozzi.

O processo de Schröder applica-se sobretudo nas metrites catarrhaes com ulcerações rebeldes e degenerescencia follicular mais ou menos profunda do collo, podendo tambem pôr-se em pratica nos casos de metrite chronica, quando se tornar mais commodo em consequencia da configuração ou da consistencia do collo.

Do mesmo modo que no processo precedente pratica-se em primeiro logar uma incisão bilateral, e depois uma incisão transversal na mucosa interna do labio anterior e uma incisão semi-circular na mucosa externa; destaca-se a lamella de tecido do collo limitada por estas

duas incisões e procede-se á sutura do retalho exterior á mucosa interna.

Estomatoplastia por esvasiamento commissural do collo. Começa-se por dividir o collo em duas longas valvulas cervicaes, uma inferior e outra superior.

Pelo afastamento d'estas duas valvulas, quasi toda a cavidade cervical se mostra a descoberto e a mucosa apparece dividida em duas metades correspondendo ás duas valvulas.

De cada lado d'esta mucosa, em cima e em baixo, encontra-se uma superficie avivada.

Em cada uma d'estas superficies, estreitas e compridas, tira-se um longo retalho em fórma de cunha, com a ajuda de duas incisões longitudinaes partindo d'uma terceira incisão transversal parallela ao angulo de reunião das duas valvulas e concorrendo ao orificio externo seccionado. Uma d'estas incisões é parallela á mucosa cervical; a outra é parallela á mucosa vaginal do collo, e ambas vão encontrar-se na profundidade limitando assim um retalho prismatico e triangular que se tira. Depois do retalho tirado, a superficie de secção lateral apresenta-se sob a fórma d'uma goteira achatada lateralmente. Basta agora afrontar os dois bordos d'esta goteira e sutural-os transversalmente em todo o seu comprimento, isto é, desde o angulo de reunião das duas valvulas até ao orificio externo seccionado. A sutura faz-se com fios de prata fixados com bolas de chumbo. Assim se encontra saturada a mucosa interna ou intra-cervical á mucosa externa ou vaginal.

Logo que se tem repetido a mesma manobra para cada uma das superficies cruentas, o afrontamento é perfeito, mas o collo fica dividido até uma grande altura. Resulta d'aqui que, immediatamente depois da operação, o

orificio do focinho de tenca tem a forma d'uma linha curva elliptica e os labios o aspecto d'um bico de pato. Mas, em consequencia da retracção que se opera pouco a pouco, este aspecto modifica-se e o orificio exterior acaba por apresentar-se sob a fórma d'uma linha horizontal (Pozzi.)

Operação de Bouilly. Procede-se á dilatação com uma laminaria e em seguida, depois de ter curettado cuidadosamente o corpo, tira-se com um bistouri longo e estreito uma goteira de mucosa tendo dois a quatro millimetros de espessura. De cada lado deixa-se uma pouca de mucosa normal separando assim duas meias goteiras, superior e inferior com o fim de evitar o retrahimento. Obtem-se como resultado um canal dilatado e um orificio largamente aberto. O canal enche-se de gaze iodoformada embebida em glicerina creosotada a um terço.

Este processo tem o inconveniente de sacrificar uma porção de mucosa além de ser de difficil execução.

Em resumo, se nos casos de estenose congenita pouco accentuada se póde recorrer á dilatação lenta pelas laminarias ou á dilatação brusca ou progressiva com a ajuda de dilatadores, se em certos casos se póde juntar a estes meios a curettagem, a drenagem ou o *tamponnement* da cavidade uterina, parece util nos casos de estenose congenita accentuada recorrer a uma operação sangrante.

Nas operações sangrantes deveremos dar a preferencia ás amputações do collo e ás estomatoplastias.

O processo de Simon-Markwald parece ser a operação de escolha em certas fórmas de collos estenorados conicos e longos. Póde, além d'isso, associar-se-lhe o esvaziamento commissural.

A estomatoplastia de Pozzi parece ser applicavel á maioria dos casos.

Até aqui temos tido em vista a estenose congenita. Na estenose adquirida proceder-se-ha d'harmonia com os casos a tratar.

Assim poderá acontecer que, em consequencia d'uma curetagem mal feita seguida de cauterisação intra-uterina sem os devidos resguardos, o canal uterino fique completamente obliterado, isto é, physiologicamente inutil, e então a hysterectomy vaginal impõe-se.

Vamos agora fallar do tratamento dos desvios uterinos, o qual comporta duas indicações:

1.<sup>a</sup> Dar ao eixo do utero a sua direcção normal em relação á pequena bacia e corrigir as flexões.

2.<sup>a</sup> Manter a posição obtida.

Estes resultados poderão conseguir se ou por processos não sangrantes ou por intervenções sangrantes.

A. Processos não sangrantes.

O mais simples é a redução pela posição genu-peitoral que póde applicar-se no tratamento das retro-versões e retro-flexões.

Quando a mulher se colloca na posição genu-peitoral, com as pernas um pouco afastadas e a forquilha deprimida de modo a permittir a entrada do ar na vagina, as visceras abdominaes cahem na concavidade do diaphragma e o utero em retro-versão ou em retro flexão movel retoma logo a sua posição natural.

Para facilitar o accesso de ar, Tarnier recommenda ás mulheres que, quando tomem esta posição, introduzam na vagina um pequeno especulo de grade ou simplesmente uma canula de injeções.

Elisa Moscher aconselha a introdução de um dedo

na vagina que vá exercer pressão sobre a face anterior do collo, de modo a fazer girar o utero para diante.

Este methodo, que por si só raras vezes é sufficiente, pôde ser um precioso auxiliar no tratamento dos desvios para traz de data recente.

Com o mesmo fim aconselhar-se-hão as doentes a que durmam no decubito ventral ou no decubito lateral com o ventre meio voltado para o plano do leito.

Ao lado d'este methodo de redução emprega-se a redução bi-manual que se dirige tambem ás retro-versões e retro-flexões.

Collocada a doente na posição genu-peitoral ou lateral de Sims, introduzem-se no fundo de sacco posterior ou no recto dois ou tres dedos da mão esquerda e levase o collo para traz, enquanto que a mão direita, deprimindo as paredes abdominaes por cima do pubis, vai agarrar o corpo e trazel-o para diante para uma anteversão que se tornará exagerada.

Para facilitar a manobra pôde-se fixar o collo com pinças e puxal-o levemente para baixo.

Nos casos difficeis, Schultze preconizou a introdução do indicador na cavidade uterina previamente dilatada. Uma vez introduzido, o indicador pôde destruir as adherencias que se oppoem á redução.

Esta manobra pôde ter o inconveniente de aggravar a inflammação das trompas no caso de salpingite coexistente.

Lembraremos aqui que basta obter o endireitamento sufficiente para que o fluxo menstrual possa sahir.

O methodo não sangrante mais empregado é o da redução por meio de sondas.

Em primeiro logar introduzir-se-hão laminarias iodo-

formadas que terão como principal papel amolecer os tecidos e tornal-os mais malleaveis.

Para as retro-flexões collocar-se-ha a mulher na posição genu-peitoral ou lateral de Sims.

Escolher-se-ha uma sonda metallica sufficientemente grossa e resistente que se introduzirá algumas vezes de modo a transformar tanto quanto possivel a retro-flexão em retro-versão. Depois procede-se de modo que a concavidade da sonda fique voltada para diante e conduz se o utero para diante abaixando o cabo da sonda para a forquilha.

Para esta operação ha instrumentos apropriados, por exemplo o endireitador articulado de Trelat, mas um hysterometro vulgar serve.

A ante-flexão d'origem congenita poderá tratar-se d'uma maneira analoga.

Pozzi aconselha a dilatação progressiva, praticada com velas de Hegar duas ou tres vezes por semana, com o fim de determinar uma superactividade nutritiva que desempenhará um papel importante no tratamento.

Para manter o utero reduzido em posição recorreremos aos cintos hypogastricos com pelota movel nas ante-versões, e aos pessarios em todas as variedades de desvios.

Na anteversão servir-nos-hemos do pessario de Dumontpallier.

Os pessarios com haste que se empregam ás vezes nas ante-flexões pódem ser origem de graves accidentes, taes como metrites, salpingites, pelvi-peritonites, etc.

Poderá tambem empregar-se o instrumento de Fehling, que é constituido por um tubo de vidro espesso, levemente recurvado, fenestrado e provido de um pavilhão.

Este tubo enche-se de iodoformio que se mantem com um pedaço de algodão e introduz se no utero.

Para as retro-versões e retro-flexões o melhor pessario parece ser o de Hodge com dupla curvatura.

#### B. Processos sangrantes.

A proposito do tratamento da estenose do collo referimos nós alguns processos que aqui tem frequente applicação. Não voltaremos a descrevel os para nos occuparmos agora das operações que tem por fim attrahir o utero para diante, actuando sobre elle directamente ou por intermedio dos ligamentos redondos.

O encurtamento dos ligamentos redondos é realisado pela operação de Alquié-Alexander-Adams.

Esta operação, como outras que se dirigem á fixação do utero, deverá muitas vezes ser precedida d'uma curetagem.

Para a praticar faz se uma incisão de cinco centimetros approximadamente parallela á arcada de Fallope e indo até ás aponevroses. Disseca se com precaução para reconhecer os pilares e procura-se o ligamento redondo que se apresenta sob o aspecto d'um cordão rosado. Agarra-se com pinças e desnuda-se; recobre-se depois a ferida com uma compressa antiseptica e pratica-se a mesma manobra do lado opposto.

São estes os dois primeiros tempos da operação.

O terceiro consiste no endireitamento do utero.

Emquanto que um ajudante pratica este endireitamento, o cirurgião, puxando os ligamentos redondos para si, liberta-os n'uma extensão de cerca de dez centimetros. Descolla em seguida o fundo de sacco peritonial evitando lesar a serosa e pucha igualmente dos dois lados até que uma resistencia lhe indique que a tracção mantem o utero.

No quarto tempo suturam-se os ligamentos aos pilares inguinaes e corta-se a parte dos ligamentos que excede as suturas.

Durante a convalescença pôde-se manter o utero no seu logar com um pessario de Hodge.

Resta-nos agora fallar da fixação directa do utero, isto é, das hysteropexias.

Das hysteropexias vaginaes descreveremos sómente o processo de Le Dentu e Pichevin que é o aperfeiçoamento dos processos de Dührssen e de Mackenrodt.

No primeiro tempo o utero é abaixado por meio d'uma pinça de garras que apanha o labio anterior do collo, e a parede vaginal é tornada tensa por meio de tres pinças.

Faz-se então uma incisão antero-posterior, que começa a cerca de dois centímetros atrás do meato e termina a um centimetro por cima do labio anterior do collo uterino. Separa-se com cuidado a parede vaginal da bexiga até pelo menos dois centímetros de cada lado e depois o baixo fundo da bexiga do utero.

No segundo tempo, traz-se o utero para diante, por meio d'uma pinça-hysterometro ou de um endireitador de Trelat modificado. Abre-se o fundo de sacco peritoneal anterior, para explorar o bordo superior do utero e verificar que não ha adherencias.

No terceiro tempo, collocam-se sobre a parede anterior do corpo do utero dois ou tres fios verticaes, por meio dos quaes se abaixa e se faz girar o utero para diante, pouco a pouco.

Quando o fundo se apresenta na ferida, passam-se fios transversaes, começando o mais acima possível e tendo sempre o cuidado de não interessar o fundo nas

suturas e atravessando successivamente o retalho vaginal esquerdo, o tecido uterino e o retalho vaginal direito.

Collocam-se assim seis a oito fios, dos quaes quatro pelo menos deverão atravessar o tecido do corpo. D'este modo toda a face anterior do utero e uma pequena parte do collo se suturam á parede anterior da vagina. Os fios abaixadores verticaes vão-se tirando á medida que se tornam inuteis.

Somos emfim chegados á hysteropexia abdominal.

Esta operação comprehende a laparotomia e a fixação do utero.

Uma vez aberto o peritoneu, mergulha-se a mão na cavidade abdominal, explora-se o utero, liberta-se das suas adherencias e traz-se o seu fundo ao contacto da ferida.

Para ligar o utero á parede passam-se directamente os fios no utero.

A maior parte dos auctores fixam a face anterior do utero á parede. O fundo deverá ficar sempre livre, porque a sua fixação seria um obstaculo á prenhez e uma causa d'aborto.

Ao criterio do cirurgião restará agora escolher, associar e adaptar estes processos aos differentes casos.

# PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia** — O musculo de Horner não é superabundante.

**Physiologia** — Não é a frequencia dos movimentos respiratorios que regula a quantidade de oxygenio consumida pelo organismo.

**Materia medica** — Toda a medicação é alterante.

**Pathologia geral** — O organismo não é um bom meio de cultura microbiana.

**Anatomia pathologica** — Da obstrucção do canal appendicular resulta sempre uma appendicite.

**Pathologia externa** — Em caso de otite média aguda não deve demorar-se a paracentese do tympano.

**Pathologia interna** — Não ha theoria pathogenica que explique todos os casos de ulcera simples do estomago.

**Operações** — A pneumotomia e pneumectomia só serão efficazes quando realizadas em um meio de ar puro.

**Partos** — Depois do feto encravado, o 3.<sup>o</sup> tempo é o que mais garante o parto espontaneo.

**Medicina legal** — Ha casos em que o medico legis-  
ta não póde verificar um aborto criminoso.

---

Visto.  
A. Placido da Costa,  
PRESIDENTE.

Póde imprimir-se.  
Moraes Caldas,  
DIRECTOR INTERINO.