

1185

1904

Alfredo Antonio da Silva Ferreira Coimbra

*cl.º 8*

# DUAS PALAVRAS

SOBRE O

## Tratamento dos desvios do utero

(ANTERIORES E POSTERIORES)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



*Porto — 1904.*

*120/8 ENC*

# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

SECRETARIO

*Clemente Joaquim dos Santos Pinto*

LENTE SERVINDO DE SECRETARIO

José Alfredo Mendes de Magalhães

Corpo Cathedratico

Lentes Cathedraticos

- |   |   |
|---|---|
| 1. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia descriptiva geral . . . . .                                | Luiz de Freitas Viegas.   |
| 2. <sup>a</sup> Cadeira — Physiologia . . . . .   | Antonio Placido da Costa.   |
| 3. <sup>a</sup> Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica . . . . .        | Illydio Ayres Pereira do Valle.                                   |
| 4. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa . . . . .                 | Antonio Joaquim de Moraes Caldas<br>Clemente J. dos Santos Pinto. |
| 5. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina operatoria.  | Clemente J. dos Santos Pinto.                                     |
| 6. <sup>a</sup> Cadeira — Partos, doencas das mulheres de parto e dos recém-nascidos. . . . . | Candido Augusto Corrêa de Pinho.                                  |
| 7. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna . . . . .                 | José Dias d'Almeida Junior.                                       |
| 8. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica medica . . . . .  | Antonio d'Azevedo Maia.   |
| 9. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica cirurgica . . . . .   | Roberto B. do Rosario Frias.                                      |
| 10. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia pathologica. . . . .                                      | Augusto H. d'Almeida Brandão.                                     |
| 11. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina legal . . . . .   | Maximiano A. d'Oliveira Lemos.                                    |
| 12. Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica.                                 | Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.                                   |
| 13. <sup>a</sup> Cadeira — Hygiene . . . . .  | João Lopes da S. Martins Junior.                                  |
| 14. <sup>a</sup> Cadeira — Histologia e physiologia geral . . . . .                           | José Alfredo Mendes de Magalhães.                                 |
| 15. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia topografica . . . . .                                     | Carlos Alberto de Lima.   |

Lentes jubilados

- |                            |                                   |
|----------------------------|-----------------------------------|
| Secção medica . . . . .    | } José d'Andrade Gramaxo.         |
| Secção cirurgica . . . . . | } Pedro Augusto Dias.             |
|                            | } Dr. Agostinho Antonio do Souto. |

Lentes substitutos

- |                            |                                    |
|----------------------------|------------------------------------|
| Secção medica . . . . .    | { Vaga.                            |
|                            | { Vaga.                            |
| Secção cirurgica . . . . . | { Antonio Joaquim de Sousa Junior. |
|                            | { Vaga.                            |

Lente demonstrador

- |                            |       |
|----------------------------|-------|
| Secção cirurgica . . . . . | Vaga. |
|----------------------------|-------|

A SAUDOSA MEMORIA

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

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

Sten dom Jac

---

A' SAUDOSA MEMORIA

DE

*Meu bom Pae*

---

A

*Minha boa Mãe*

Sei o quanto me estimaes. Avalio  
a alegria que n'este momento vos irá  
na alma.

O vosso dedicado filho

*Alfredo.*

A meus irmãos

---

A minha irmã

---

*A meu irmão Augusto*

Este trabalho pertence-te. Offereço-t'o não como paga, porque nada vale, mas como lembrança dos muitos e grandes sacrificios que por mim fizeste.

Nunca vos esquecerá o vosso

*Alfredo.*

*A minhas cunhadas*

---

*A meus sobrinhos*

---

*A minha familia*

---

Aos meus amigos

---

Aos meus condiscipulos

SAUDADE.

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE DE THESE

ILL.<sup>mo</sup> EX.<sup>mo</sup> SNR.

*Dr. Antonio d' Azevedo Maia*

Homenagem ao seu saber.



## Anatomia

Antes de entrar no assumpto d'este trabalho farei umas ligeiras considerações sobre a anatomia do utero, insistindo, porém, só na parte que diz respeito á sua situação, configuração exterior, posição e ligamentos. Julgo conveniente isto para melhor comprehensão de certos pontos da nossa these.

O utero é um órgão que faz parte do aparelho genital da mulher, destinado a alojar o ovulo quando fecundado, nutrill-o e expulsal-o quando maduro.

O utero está situado na parte média da escavação pelvica, por traz da bexiga e por diante do recto, tendo por cima as ansas intestinaes, por baixo

a vagina e aos lados as trompas de Fallopio e os ovarios.

Na união do terço inferior com os dois terços superiores acha-se um retrahimento, — o isthmo, que o divide em duas partes: uma superior maior, o corpo; outra inferior, o collo.

O corpo tem a fórma d'um cone achatado de diante para traz, com base para cima e vertice truncado para baixo que se continua com o collo, de fórma cylindrica, dilatado na parte média, assemelhando-se a um barril.

Na multipara o corpo tem a fórma globulosa e o collo alarga-se na parte inferior, de fórma que o utero apresenta-se n'estas condições debaixo da fórma de dois cones reunidos pelos vertices truncados.

No corpo do utero temos a considerar duas faces: anterior e posterior; tres bordos: superior e dois lateraes; tres angulos: dois lateraes e um inferior.

A face posterior mais convexa do que a anterior, tem ás vezes na sua parte média uma crista romba de algum valor na diagnose dos retro-desvios.

O bordo superior ou fundo do utero é mais convexo na multipara do que na nullipara. Os bordos lateraes convexos superiormente e concavos inferiormente.

Os angulos lateraes dão inserção ás trompas e o inferior continua-se com o collo.

O collo tem duas faces, sendo a posterior mais

convexa do que a anterior; dois bordos e duas extremidades; uma superior que se continua com o corpo, outra inferior, o focinho de tenca.

Tratarei agora d'um dos problemas mais difficeis d'anatomia do utero que tem dado margem a discussões e opiniões désencontradas tanto dos gynecologistas como dos anatomicos.

O problema é o seguinte: qual a posição normal do utero?

Estando o utero situado entre a bexiga e o recto, deriva d'esta relação que o estado de replecção ou vacuidade d'estes orgãos ha de influir sobre a posição do utero.

Comprehende-se bem que assim seja, porque, se a bexiga e recto, quer juntamente quer alternadamente, estiverem em estado de replecção, necessariamente o utero, pela sua situação, ha de soffrer pressões, traduzidas em desvios proporcionaes ao estado de distensão d'estes orgãos.

D'isto se infere que o utero não pôde ter uma posição fixa e invariavel.

Mas accresce ainda a circumstancia de o utero estar sujeito á pressão intra-abdominal; ora como esta é variavel, variavel tambem será a posição do utero.

Grandes divergencias se tem levantado quanto á posição do utero.

Uns, admittem que o utero está em retro-versão, fundamentando-se no seguinte: que, visto a posição do utero em retro-versão no cadaver ser certa e a do utero vivo incerta, se deveria tomar aquella para posição normal do utero vivo.

Claro é que não podemos concluir do cadaver para o vivo, porque n'aquelle factores ha que obrigam o utero a tomar tal posição. Taes são: a suspensão da circulação, mudança de pressão intra-abdominal, posição do cadaver.

Para confirmar cathegoricamente tal posição no cadaver basta citar dois casos observados por Hach.

N'um dos casos havia em vida uma ante-flexão; feita a autopsia, d'ahi a 24 horas achou-se uma retro-flexão, e n'outro uma ante-versão no cadaver encontrou-se uma retro-versão. Em ambos os casos tanto a bexiga como o recto estavam vazios. Por consequência d'aquí se conclue tambem: que não se póde inferir do vivo para o morto, pois em vida tinha Hach achado desvios para diante.

Outros sustentam que a posição normal do utero é horizontal.

Schultze demonstra isto da fôrma seguinte: collocando a mulher na posição vulgar para o exame ao especulo, estando a bexiga e o recto vazios, faz-se o toque vaginal e palpação hypogastrica combinados de maneira a determinar a distancia a que o fundo do utero se acha do pubis. Com o dedo introduzido no recto sente-se a extremidade do collo

dirigida para traz e nota-se a que vertebra coccygea corresponde, marcando este ponto na pelle.

Mede-se então com um compasso de espessura de ramos delgados o espaço que separa este ponto do orificio do collo, espaço que em geral é de 3 centímetros. Marcando estes dois pontos no schema de uma bacia normal e reunindo-os por meio d'um fio que indica assim muito approximadamente a direcção do eixo uterino, vê-se que este fio toma sensivelmente a posição horizontal.

Emprega tambem outro processo mais rigoroso que consiste em introduzir lentamente no utero uma sonda não elastica mas flexivel, de modo a puder tomar differentes inclinações, inclinações que se conhecem por meio d'um indicador existente na extremidade externa; collocando depois essa sonda em relação ao schema d'uma bacia normal de modo que fique na mesma posição que occupava dentro da cavidade do utero, o que Schultze diz conseguir com todo o rigor, chega-se a obter a mesma posição. Este processo é muito mais difficil do que o primeiro.

Como nunca fiz tal experiencia nem vi fazer, nada posso affirmar, no entanto, alguem, pondo em pratica o primeiro processo de Schultze obteve resultados identicos, chegando á mesma conclusão.

Modernamente os auctores chegam a assentar, quasi que definitivamente, qual a verdadeira posição do utero.

Como na epocha actual se podem fazer sem o

menor perigo laparotomias, em vista do desenvolvimento da asepsia, estas concorrem claramente para tal estudo.

Em vista d'isto os auctores chegaram á conclusão de que o utero está em ante-versão e ante-flexão, sendo a bacia normal, e com identica inclinação, a bexiga e o recto vazios. Em ante-versão porque o eixo do utero não se confunde com o eixo pelvico, de maneira que a base do utero fica por diante d'este eixo, ao passo que o collo para traz.

O collo muito proximo da parede posterior da bacia tem o seu eixo quasi que perpendicular ao da vagina.

Em ante-flexão porque o eixo do corpo fórma com o eixo do collo um angulo de  $100^{\circ}$  a  $120^{\circ}$ , ficando o eixo do corpo quasi que horizontal e a base do utero não chega a attingir o plano do estreito superior. E' esta a opinião de Tillaux, Schoor-der, Poulet e Bousquet e outros.

E' claro que o utero póde occupar outras posições normalmente, chamadas posições normaes secundarias, que dependem da influencia dos órgãos visinhos.

Em summa. Todas as variantes de posição do utero se podem synthetisar na phrase de Charpy: «Quando se toma o utero vazio ou cheio, fetal ou adulto, virgem ou não virgem, e que se suppõe n'uma posição qualquer sobre um arco de circulo de  $90^{\circ}$ , indo da vertical para a horizontal, esta po-

sição é realmente affirmada e observada como sendo a posição normal».

Para que possamos affirmar que a posição do utero é pathologica é necessario que ella seja imutavel; ainda mesmo que esta posição seja normal, logo que se torne fixa e invariavel, entra no dominio das posições pathologicas.

Para concluir a anatomia, que no principio fixamos como mais importante, resta-nos descrever rapidamente os meios de fixação do utero.

O utero está fixo pelos ligamentos largos, utero-sagrados e pela sua continuidade com a vagina. Os ligamentos largos nada mais são do que pregas do peritoneo. Comprehende-se bem a sua formação. O peritoneo depois de tapetar a face posterior da bexiga dirige-se para traz, passa na altura do isthmo para a face antero-inferior do utero formando assim o fundo de sacco vesico-uterino. Em seguida tapeta o fundo do utero a sua face posterior, a face posterior do collo (porção supra vaginal) e chegando ao terço superior da vagina reflecte-se sobre o recto para formar o fundo de sacco de Douglas.

Ao nivel dos bordos lateraes do utero estas duas laminas ou antes folhetos juntam-se (sendo apenas separados por tecido conjunctivo, vasos e nervos) e dirigem-se para as paredes da escavação. E' a estas pregas, indo do utero á parede da ba-

cia, que se dá o nome de ligamentos largos. Estes ligamentos dividem a cavidade pelvica em duas partes sensivelmente eguaes: um anterior, destinado á bexiga; outro posterior para o recto. Apresentam duas faces: anterior e posterior; quatro bordos: interno, externo, superior e inferior.

A face anterior está em relação com a bexiga e a posterior com o recto; é d'esta que partem em angulo recto duas pregas falciformes chamadas ligamentos útero-sagrados ou pregas de Douglas. O bordo interno está em relação com o utero, o externo com a escavação, o inferior com os bordos da vagina, aponevrose perineal superior e tecido cellullar da escavação. O bordo superior notavel pelas suas tres pregas ou azas destinadas a alojar cada uma o seu órgão: aza posterior para o ovario, a média para a trompa e a anterior para o ligamento redondo. Estes ligamentos são dois cordões de 12 a 15 centimetros de comprimento que partem do fundo do utero ao nivel dos seus angulos, atravessam o canal inguinal e vão perder-se no Monte de Venus. São compostos de fibras musculares lisas e elasticas.

Os ligamentos de Douglas partem da face posterior do colló do utero contornam o recto e vão fixar-se á 3.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> vertebra sagrada. Estes ligamentos são constituídos por feixes de fibras musculares lisas que se continuam com as do utero e vagina e atraz vão sobre o recto e sacro. Fixam solidamente o collo do utero.

O utero continua-se com a vagina passando os elementos musculares e conjunctivos d'um para o outro orgão ao nivel da inserção da vagina sobre o collo do utero. Esta inserção faz-se quasi a meio do collo do utero dividindo-o em duas partes: uma superior ou extra-vaginal, outra inferior ou intra-vaginal. Como esta inserção não se faz segundo um plano perpendicular ao eixo do collo, mas sim segundo um plano obliquo, de maneira que a inserção adiante faz-se na união do terço medio com o inferior, ao passo que atraz na união do terço superior com o medio, resulta d'aqui que os fundos de sacco formados pela parede do collo com a da vagina devem apresentar differença na sua profundidade. E assim é que o fundo de sacco posterior mede 18 millimetros, ao passo que o anterior apenas 6 millimetros.

Os dois eixos, da vagina e collo, fazem entre si quasi que um angulo recto, de maneira que o forcinho de tenca fica directamente apoiado sobre a parede posterior da vagina, que lhe fórma um ponto de apoio.

### Tratamento dos desvios sua importancia

E' de admirar que os desvios do utero fossem conhecidos dos auctores só tão tardiamente.

Este facto só se póde explicar pela falta de cuidado na exploração gynecologica. Até ao começo do seculo passado conheciam-se apenas os accidentes graves produzidos pelas retro-flexões do utero gravido. Publicaram-se alguns casos de retro-desvios fóra da prenhez; estes casos eram considerados extraordinarios e não entravam no dominio da clinica. Até ahí o que dominava a pathologia do utero era a palavra engorgitamento. Porém com os trabalhos de Velpeau, Simpson e Kivisch os desvios tomaram uma importancia crescente no dominio da pathologia do utero.

Todavia estes trabalhos ficaram incompletos até ao momento em que ficou assente que a posi-

ção normal do utero era em ante-versão e ante-flexão. Na actualidade ninguem nega a existencia dos desvios, bem como a sua frequencia. O que, porém, se lhe tem querido negar são os symptomas, que não sejam os ligados ao recto e bexiga e attribuir todas as outras manifestações morbidas a complicações que muitas vezes existem juntamente com os desvios.

Os que admittem esta maneira de vêr, fundam-se em que desvios bem accentuados são perfeitamente tolerados pelos doentes em consequencia da pequena intensidade de manifestações a que dão lugar.

De todos os symptomas que se lhe tem negado são principalmente os de origem reflexa, em cuja intensidade intervem como factor importante a impressionabilidade do individuo, comprehende-se bem que apesar de serem verdadeiramente produzidos pelos desvios, logo que estes sejam um pouco accentuados hão de forçosamente exercer tracções sobre os filetes nervosos existentes nos ligamentos distendidos ou sobre os órgãos comprimidos. E' claro que não pudemos negar aos desvios a producção de taes symptomas reflexos, aliás teriamos de esquecer um caso citado por Velpeau e muitos outros em que desvios descomplicados, sem corrimento, granulações do collo, tumefacção, tumor, adherencias, desvio reductivel, em que se manifestavam os differentes symptomas reflexos, como gastralgias, perturbações digestivas e respi-

ratorias, etc., symptomatas que desaparecem por a reduccão ou simples decubito, mostrando que d'elle dependiam e não das complicações, pois que estas não existiam. E' natural que assim devesse ser. Porque qual é a mechanica em virtude da qual nas metrites ou inflammções chronicas dos tecidos per-uterinos se produzem as perturbações digestivas, cephalalgias e phenomenos hystericiformes e outras manifestações ainda longinquas da lesão inicial? E' provavelmente a seguinte: as irritações exercidas nas terminações dos nervos existentes nos órgãos lesados, repercutem-se atravez das cellulas nervosas, dando assim origem a estes symptomatas mais ou menos intensos.

Por identica maneira comprehende-se possam assim actuar os desvios. Como sabemos, as perturbações da menstruação, viciando a circulação, a nutrição, alterando o systema nervoso, podem dar origem a phenomenos hystericiformes mais ou menos intensos segundo a impressionabilidade do individuo, da mesma maneira essas mesmas perturbações de menstruação podem ser produzidas pelos desvios e consequentemente originar as mesmas manifestações.

A dysmenorrhœa muito frequente nas ante-flexões explicava-se outr'ora pelo aperto do canal cervical, assim desviado da sua direcção; aperto que necessariamente deveria exigir contracções uterinas assaz intensas, e portanto dolorosas, para expulsar o sangue contido na cavidade do utero, as mais das

vezes em pequenos coagulos. Velpeau diz ter recolhido numerosos exemplos em que pela dilatação progressiva do collo, por meio de sonda, chegou a annullar phenomenos dysmenorrhoeicos de alguns annos de existencia. A interpretação a tirar da observação é inegavel, porque foi só pela dilatação do collo e não reduzindo os desvios ou extinguindo os processos de metrite que esta intervenção beneficiou.

Aconteceu aqui como acontece em muitos outros factos que pela circumstancia de terem diversos modos de producção, tem tambem differentes maneiras de interpretação e que cada um encara a seu modo de vêr. Assim Schultze nega o aperto do canal cervical pelo facto de, em flexões que observou, poder durante o periodo menstrual no momento da colica uterina, introduzir sem grande difficuldade uma sonda na cavidade do utero e sem que esta trouxesse a menor gotta de sangue. Concluiu d'aqui, e com razão, que a difficuldade da expulsão do sangue existia, não no canal cervical, porque a introducção da sonda lhe foi facil, mas sim na propria mucosa uterina as mais das vezes inflammada; e para comprovar isto fez um tratamento adequado á metrite que desapareceu ou diminuiu, ao passo que o desvio ficou, mas a dysmenorrhoea curou. E' verdade tambem. Mas onde está o erro de argumentação é em generalisar para todos os casos. E' positivo para alguns, mas não o é certamente para todos.

Como o nosso fim é simplesmente demonstrar a importancia dos desvios na producção d'estes phenomenos e como Schultze diz que o catarrho do utero póde em varios casos dar origem á posição pathologica do utero, vêmos que d'ambas as maneiras de vêr resalta a indicação de intervirmos contra os desvios; sendo por consequencia os desvios os productores d'estas manifestações, claro está que o emprego de meios therapeuticos para os eliminar ou pelo menos abolir, está indicado.

Os desvios do utero tem sido tambem considerados como lesões secundarias. Assim, as metrites que augmentando o volume do utero principalmente da porção supra vaginal ou diminuindo a consistencia dos seus tecidos, parametrites, os tumores desenvolvidos n'uma das suas paredes, a transformação fibrosa do tecido cellullar, as adherencias anormaes do peritoneo etc., são causa de desvios.

Além d'estas ha muitas mais, independentes mesmo de qualquer estado pathologico, e que não são mais do que circumstancias de occasião que se vem juntar á circumstancia predisponente do individuo, sempre physiologicas, pobreza de meios de fixação ou má disposição — causa mais frequente das posições anomalas do utero.

Assim a tosse, vomitos, esforços de defecação,

o levantar de pesos, etc., são factos que desde o momento em que tenham uma certa persistencia podem occasionar desvios e estes produzirem inflamações que muitas vezes é certo d'elle são a causa. Com effeito, comprehende-se bem que o utero na sua posição viciosa exerça pressões anormaes, irritações capazes de produzir estados inflammatorios mais ou menos intensos, como: peritonites, parametrites circumscriptas originarias de bridas fibrosas retracteis. Da mesma maneira a stase sanguinea que se produz no utero desviado, pôde dar origem, pelo menos predispôr a inflamações chronicas, á semelhança do que se dá, no rim e figado, nas doenças do coração. Portanto, quando as inflamações já existam e os desvios são consecutivos, persistindo estes, os meios therapeuticos que empregarmos com o fim de as annullar hão de ser pouco proveitosos.

Mesmo n'este caso a cura do desvio tem a sua utilidade. Quanto ás discussões que se tem levantado se os desvios são ou não são a causa dos symptomas que os acompanham, teem sómente valor theorico, porque praticamente elles desaparecem com a reduçãõ do desvio e como a sciencia actual nos fornece meios mais ou menos seguros para levarmos o utero a uma posição favoravel, é evidente que os devemos empregar desde que a intensidade das manifestações morbidas justifique o seu uso.

As operações indicadas para este fim, apesar

de alguma gravidade, não nos devem intimidar, porque com uma boa asepsia, todo o perigo que possa advir desaparece.

Mas ainda assim, apesar da evidencia de tudo isto, alguém houve (Després) que refutou o emprego das intervenções cirurgicas que modernamente se põem em pratica contra os desvios do utero, dizendo que bastava apenas o emprego d'uma cintura hypogastrica e que era principalmente contra as inflammações que se devia erigir o tratamento. Porém, outros auctores combateram a opinião de Després, porque em casos da sua clinica tinha posto em pratica a operação de Alexander ou hyteropexia, obtendo sempre os melhores resultados que se podiam desejar. D'aqui se conclue mui naturalmente a necessidade de corrigir os desvios. Podemos ainda provar a necessidade de corrigir um desvio desde que sejam um tanto accentuados pela razão seguinte: supponhamos um caso de metrite chronica. Sabemos quão pouco proficuo é o seu tratamento. O tratamento geral tem unicamente a vantagem de modificar d'alguma maneira a intensidade dos symptomas, mas cural os por completo parece que nunca; de fórma que é preciso fazer um tratamento local, mas local na verdadeira assersão da palavra, isto é, que vá actuar directamente sobre a mucosa do utero inflammada, porque d'outra fórma não será mais do que um simples palliativo, palliativo que apenas poderá modificar a intensidade dos symptomas. E' preciso o

mais das vezes dilatar o collo, ir fazer raspagens, cauterisar, etc., e até muitas vezes ir colher o germen da doença para, pelo seu exame, podermos fazer o diagnostico verdadeiro da doença. Se por consequencia existe um desvio pronunciado de maneira que o collo se vae collocar n'um dos fundos de sacco vaginaes e que pelo excesso e ao especulo apenas podemos reconhecer um dos labios da fenda uterina, com uma certa difficuldade, é muito difficil, para não dizer impossivel, fazer a dilatação ou introduzir uma corêta de raspagem.

D'aqui se tira, que o melhor caminho a seguir será: primeiro corrigir o desvio e depois actuar sobre a metrite pelos meios que a sciencia nos fornece.

D'esta orientação só resultarão com certeza vantagens. Até aqui nada mais fizemos do que attribuir aos desvios do utero um papel secundario nas manifestações morbidas e de justificar tanto quanto nos foi possivel a utilidade de actuarmos sobre esses desvios.

Agora, porém, entramos em casos em que a necessidade da intervenção se impõe, em vista dos symptomas que elles produzem.

Supponhamos um desvio, retro-flexão ou retroversão, assaz pronunciado a ponto de comprimir o recto, tornando assim a defecação dolorosa e difficil e trazendo como consequencia a prisão de ventre pelas razões seguintes: os doentes tendem a evitar a dôr produzida pelos esforços de defecação;

além d'isso a accumulacão de fezes acima do ponto primido pelo recto accentua de cada vez mais o desvio, produzindo assim o estreitamento do recto. Tudo isto trará como consequencia a rectite que augmentará a dôr e dará origem, talvez, á formação de ulceras, abcessos, fistulas e mais tarde ás vezes apertos cicatriciaes.

Sendo assim realisavel a rectite, esta persistirá emquanto se não reduzir o desvio, causa d'ella.

Além d'isso como as fezes não são expellidas, d'essa accumulacão resultará um cortejo de symptomas proprios da prisão de ventre, vomitos, vertigens, cephalalgias; e como o desvio por si dá origem reflexamente a symptomas identicos, estes dois factores actuando no mesmo sentido, hão de dar origem a manifestações mais intensas, collocando assim o estado geral do individuo em más condições.

O que se comprehende bem, porque o desvio por seu lado originando fermentações anormaes e a prisão de ventre impedindo a sua eliminacão.

A intervençãõ contra os desvios impõe-se. O que é para receiar, podendo até tornar-se fatal, é a gravidez n'um utero assim viciosamente collocado, principalmente em retro-versão.

Dissemos a gravidez n'um utero assim viciosamente collocado, porque o que nos importa mais no nosso caso não é de certo a retro-versão que se produz depois da concepçãõ, mas aquella que já existia; e mesmo assim a fecundacão pôde dar-se.

As versões e as flexões tem sido consideradas como causa de esterilidade.

Nas versões explica-se bem o caso por que o collo do utero n'esta posição em vista da orientação que toma relativamente á vagina difficulta a penetração do espermatozoide na cavidade do utero; além d'isso, nos desvios posteriores estes deslocam os ovarios que chegam a cahir no fundo de sacco de Douglas, de maneira que o ovulo não pôde assim chegar á cavidade do utero e por consequencia a fecundação impossivel. Nas flexões a causa principal é a diminuição de calibre da parte superior do canal cervical, diminuição esta augmentada pela sclerose que se produz no angulo de flexão. O facto de a atresia do canal cervical ser uma causa de esterilidade foi demonstrado por Velpeau, que tendo feito a dilatação do collo em mulheres até ahí estereis, depois d'esta dilatação tornam-se fecundas.

O facto citado por um auctor que tendo-lhe morrido uma doente, dois dias depois de uma menstruação difficil, a autopsia mostrou a existencia de numerosos coagulos na cavidade do utero, cuja retenção era devida evidentemente a stenose do orificio do collo.

Além das circumstancias já apontadas capazes de per si impedirem a fecundação, vem ainda juntar-se as alterações da mucosa do utero.

Mas desde o momento que todas estas cir-

cumstancias não sejam muito accentuadas, a fecundação pôde realizar-se e d'ahi portanto a discussão da necessidade de intervir contra o desvio que n'estas condições pôde acarretar os mais graves accidentes.

E' claro, que em virtude da evolução da gravidez o utero vae augmentando successivamente, de fórma que na posição por nós fixada, o collo do utero irá, á medida que a gravidez marcha, premir o collo da bexiga de cada vez mais, resultando que a micção vae tambem tornando-se cada vez mais difficil e por consequencia a retenção da urina na cavidade vesical e sua distensão a ponto de produzir uma hydronephrose ou até a ruptura da bexiga e derrame portanto da urina na cavidade peritoneal. Isto pelo que diz respeito á bexiga. Quanto á acção que o corpo do utero exerce sobre o recto, comprehendendo-se que á medida que a gravidez vae evoluindo n'um utero assim collocado, a compressão proporcional ao seu augmento produzirá em um certo periodo todos os signaes do estrangulamento com as suas consequencias. A morte em geral sobrevem por peritonite por perfuração.

Tem-se encontrado muitas vezes nas autopsias o utero tão encravado na pequena bacia, que para fazer a redução é necessario destruir os ligamentos inter-pubicos, de maneira que o tentar-se a redução em taes casos seria uma loucura. Ha casos ainda citados em que o utero n'estas condições tem descollado a parede posterior da vagina e vir pender fóra da vulva.

O resultado mais frequente da gravidez em utero n'estas condições é o aborto, que em geral se dá do quarto para o quinto mez; ora produzindo a gravidez muitas vezes a cura espontanea do desvio, é natural impormos uma certa gravidade ao aborto pela circumstancia da sua producção a impedir. De fórma que devemos concluir que a intervenção contra os desvios se impõe ainda que estes sejam pouco accentuados, porque por esta circumstancia tornam a copula possivel e a fecundação poder realisar-se.

Julgamos preferivel corrigir o desvio a ter que vigiar as mulheres durante os primeiros mezes da prenhez que ás vezes por ignorancia só reclamam o tratamento quando este é impossivel ou então a redução mui difficil.

Nos casos em que haja distensão da bexiga e a micção se não realise, faremos a ponção hypogastrica, e quando o encravamento do utero fôr muito accentuado, provocaremos o aborto.

## Pessarios

Os pessarios, os reductores, as cinturas hypogastricas eram os meios mais importantes de que antigamente a cirurgia podia dispor nas intervenções contra os desvios do utero. Velpeau dizia nas suas discussões: que os desvios do utero eram doenças que não matavam, mas que pelos processos empregados de que então se dispunha não se curavam; de fórma que como esses processos, então empregados, eram os apparatus acima ditos, fazendo este grande sabio, que na sua grande pratica havia de ter certamente muitas occasiões em que os podesse empregar, uma tal apreciação, é porque eram empregados como palliativos, que só em casos pouco accentuados podiam talvez realisar a cura dos desvios. D'isto advem, que se se empregavam, é porque não havia melhor, e assim o provam as

tentativas que se tem feito para descobrir outros meios que melhor resultado dêsem.

No entanto, porém, é inegavel que offerecem algumas vantagens principalmente nos doentes em que a intensidade dos symptomas não é muito accentuada, de maneira que n'estas circumstancias, em virtude da pouca intensidade de symptomas, devemos antes applicar estes a ter que empregar outros processos que podem trazer riscos maiores por qualquer negligencia ou até não darem senão temporariamente o resultado desejado.

Trataremos agora de ver quaes são os resultados immediatos e favoraveis dos pessarios e para isso temos que mencionar em separado as causas originarias dos desvios do utero. Para uns a metrite tem um papel importante na producção d'estes desvios, sendo até a causa capital. Porém, Schultze, considera como causa mais frequente d'estes desvios a parametrite posterior que produz a retracção dos ligamentos de Douglas, os quaes n'estas condições exercem a sua acção sobre o collo do utero, fazendo com que elle se eleve para cima e para traz e secundariamente para completar o desvio anterior vem a pressão abdominal exercer-se sobre o corpo, obrigando a dirigir-se para baixo, exaggerando assim a ante-versão normal. Para comprehendermos perfeitamente se estes factores produzirão a ante-versão ou ante-flexão, temos de entrar em linha de conta com o estado de flexibilidade do utero. Assim, se uma metrite parenchymatosa chro-

nica attingir o órgão, é claro, que a sua flexibilidade fica annullada de maneira que corpo e collo formam um todo solido e rigido; n'estas condições a força exercida sobre o collo faz resentir a sua acção sobre o corpo de fórma a produzir a ante-versão. No caso de a flexibilidade do órgão ser normal ou exaggerada, dar-se-ha a ante-flexão.

D'aqui se conclue que para um pessario ser util e proveitoso é necessario que exerça uma força opposta e mais intensa do que a produzida pelos ligamentos utero-sagrados retrahidos, para assim poder trazer o utero á sua posição normal.

Na ante-versão os pessarios mais aconselhados são o de Hewit em fórma de berço, o de Gaillard e o de Galabin.

Estes instrumentos são todos munidos d'uma peça saliente dirigida para cima e para diante que tem por fim manter o corpo do utero atravez do fundo de sacco anterior.

O ponto de apoio é na parede anterior da vagina; um dos anneis puxa o collo para diante, ao passo que o outro recalca o utero atravez do fundo de sacco anterior.

Inferimos d'aqui que para estes pessarios darem resultado, era necessario que a parede da vagina onde elles tomam apoio fosse assaz solida e a extremidade inferior do aparelho bastante larga. Condições que não se podem realisar.

Schroeder e Pozzi dizem que o pessario de Mayer pôde perfeitamente levar o collo do utero á

sua posição normal, porque actuando mechanicamente sobre o collo, como este fórma com o corpo do utero um todo solido e inflexivel, esta acção manifestar-se-ha sobre o corpo. Não se vê bem como elle possa actuar na ante-versão.

Vemos, portanto, que estesapparelhos não realisando a correcção dos desvios em ante-versão, ha necessidade de pôr em pratica outros meios.

Outros auctores vendo quão improficuos eram os pessarios já mencionados tiveram a ideia de lhes associar uma haste intra-uterina para reduzir o desvio; mas como tinham de ser usados permanentemente e além d'isso a acção da haste sobre o utero podia dar origem a graves accidentes foram abandonados.

Nas ante-flexões, como já dissemos, o collo occupa o eixo da vagina e o corpo reflecte-se sobre este, fazendo um angulo mais ou menos pronunciado.

As causas já atraz as mencionamos.

Por consequencia, em virtude da posição que o utero toma, comprehende-se perfeitamente que não é actuando sobre o collo, que se consegue corrigir o desvio, pelo facto de a flexibilidade do orgão estar normal ou até exaggerada, mas sim sobre o corpo do utero; e para conseguirmos este fim, temos de uzar dos pessarios intra-uterinos. Estes instrumentos tem dado origem a accidentes terriveis, porém hoje podem empregar-se, graças á asepsia. Reclus diz que o melhor é o de Fehlingu, mas que

apezar de ser bem tolerado, é muito difficil mantel-o; para o que elle aconselha que não se deve hesitar em suturar ao collo o pavilhão do pessario. Como as mais das vezes não realisam o fim a que aspiramos por dever até dar origem a inflammações, ulcerações, rupturas, concluimos que estes instrumentos nos desvios anteriores pouco resultado dão. Em vista d'isto alguns auctores aconsellham a que se faça desapparecer a parametrite e se ainda ficarem algumas manifestações de desvios, fazer apenas medicina symptomatica, porque a pathogenica pôde aggravar ou despertar as inflammações perinterinas e accentuar portanto o desvio que queremos corrigir. Com relação aos desvios anteriores produzidos quer pelo augmento da parede posterior do utero, quer pela diminuição da anterior, quer por qualquer tumor, o collo do utero terá certamente uma posição normal, tal é a opinião de Reclus. Comprehende-se bem que o uso d'um pessario que eleve e fixe o corpo do utero ha de ser vantajoso, porque eliminará mui naturalmente um certo numero de symptomas produzidos, quer localmente, quer reflexamente pela posição viciosa do utero. A grande causa dos desvios posteriores é a perda de elasticidade dos meios de fixação do utero. Schultze incrimina sómente a perda de elasticidade dos ligamentos utero-sagrados, porém, Reclus diz que é preciso ajuntar o relaxamento dos ligamentos redondos. Esta perda de elasticidade pôde ser produzida por um enfraque-

cimento geral, excitações genésicas excessivas e para Schultze, o mais das vezes, á parametrite posterior que não chega a dar a transformação fibrosa retractil. Reclus diz que isto é de difficil explicação. As inflammações chronicas deixam ordinariamente tecido de cicatriz que tem tendencia a retrahir. Assim a parametrite posterior dará como resultado antes a retracção dos ligamentos de Douglas do que o seu relaxamento. Tal é a opinião de Reclus. Produzem este mesmo resultado a regressão incompleta do tecido muscular d'estes ligamentos depois do parto, e as distenções exercidas pela bexiga e recto, bem como as tracções d'estes mesmos órgãos, quando em replecção. Desde o momento em que a força dos ligamentos de Douglas esteja abolida, comprehende-se que depois d'uma distensão da cavidade vesical, o utero se mantenha em retro-versão ou retro-flexão; ainda mesmo que não hajam adherências.

Além d'isso podemos considerar aquelles ligamentos como uma ansa suspensora que mantem o utero na sua posição normal, reagindo contra o peso do proprio órgão e pressões extrinsecas; perdida a sua acção concomitante com a dos ligamentos redondos, produz-se um prolapso do utero que tenderá a accentuar-se de cada vez mais e tanto mais quanto menos fôr a resistencia da vagina e recto. Acontece que emquanto a posição anomala do utero não tem produzido inflammações capazes de dar origem a bridas fibrosas que fixem o utero,

a mobilidade d'este orgão está augmentada. Os pressarios, como a sua acção é elevar e fixar o utero, tem aqui a sua indicação, porque combatem dois elementos originarios de perturbações morbidas. Nos desvios posteriores os pessarios usados são os vaginaes e intra-uterinos. A fórma que o pessario tem no momento em que o constructor o cede não tem importancia absolutamente alguma.

A importancia capital d'estes instrumentos é que sejam construidos por uma substancia malleavel, de maneira que, como a sua fórma e até dimensões tem de variar de doente para doente, em harmonia com as exigencias de cada caso, se possa no momento da sua applicação dar-lhe uma fórma adequada.

As variedades empregadas n'estes desvios são innumeradas, porém, as mais usadas são: as de Schultze, em oito de conta, quando haja resistencia do pavimento pelvico; em trenó, no caso contrario. Tem o seu ponto d'apoio na parede anterior da vagina e a sua acção exerce-se sobre o collo, de maneira que não forçando os fundos de sacco da vagina, permitem assim a mobilidade que o utero tem de executar em virtude da replecção dos orgãos proximos.

Duplay diz que um pessario bem modelado e bem collocado póde perfeitamente manter uma retro-versão reductivel e prestar reaes serviços. Como nunca tivemos occasião de puder ensaiar estes aparelhos, nem temos o conhecimento pra-

tico das suas vantagens, não nos julgamos aptos a puder emittir opinião; unicamente temos o conhecimento theorico dado pelo auctor. Porém, como não temos em vista defender as vantagens d'um ou d'outro pessario, mas sim mostrar a sua pouca proficuidade pelo menos nos casos não recentes, essa falta é desculpavel.

Desde o momento em que um desvio não fôr muito antigo, e que os ligamentos utero-sagrados não estejam muito prejudicados na elasticidade, comprehende-se que empregando um pessario que mantenha o utero e fazendo ao mesmo tempo o tratamento por meio de duchas rectaes e vaginaes frias, massagens, electricidade, etc., conseguir-se ha por este processo manter o utero na sua posição normal e depois d'um certo tempo dispensar-se do uso do pessario.

N'outros casos (os mais frequentes) pôde, mesmo apezar do pessario ser bem applicado, reproduzirem-se as flexões posteriores, de fórma que aconselham alguns auctores o uso de uma haste intra-uterina, opinião que hoje está completamente abandonada, porque sabe-se quão variados e graves inconvenientes traz o uso de tal haste; mas ainda mesmo que se não reproduzam, como para manter o utero é necessario o uso permanente do pessario que pela sua permanencia se pôde bem imaginar a série de inconvenientes que d'ahi pos-sam advir, enumeral-os-hemos:

1.º O doente não pôde depôr o aparelho, por-

que a sua applicação só se faz depois da redução feita, circumstancia irrealisavel pelo doente.

2.º Pela sua permanencia na vagina podem dar origem a graves accidentes, taes como: inflammacão das paredes da vagina, fistulas, cellulites pelvicas, peritonites e até nephrites, lesões capazes de produzir a morte.

3.º Muitas vezes estes apparatus incrustam-se de saes calcaeos que tornam a sua extracção muito difficil.

4.º Impedindo certas funcções.

Além d'estes inconvenientes accresce ainda outros de não menos importancia — a difficuldade da sua applicação e a sua fallibilidade.

E para comprovar isto, basta citar a opinião de Fritsch e uma observação de Trelat.

Fritsch diz que lhe foram precisos dez annos para se familiarizar com este modo de tratamento e que actualmente lhe é preciso mais do que uma semana para confeccionar um pessario em condições exigidas por um determinado caso clinico.

Trelat diz que, ensaiando durante um mez diferentes pessarios para obter a redução n'um caso de retro-flexão, em que havia alongamento do collo, não conseguiu resultado algum, porque os que mantinham a redução não eram supportados pelos doentes em virtude do seu tamanho; os que eram tolerados não a mantinham.

## Operações

A acção dos pessarios, como tratamos de demonstrar, dá resultados mui pouco proficuos ou até nullos nos desvios anteriores.

A operação de Alexander tambem não póde ser aproveitada n'estes mesmos desvios, porque ainda mesmo que nós considerassemos o ponto de inserção dos ligamentos redondos um pouco abaixo do seu nivel normal, o encurtamento d'estes mesmos ligamentos não seria sufficiente para compensar a tracção exercida pelas pregas de Douglas.

De maneira que restam-nos para o tratamento d'estes desvios duas operações.

Uma, nos casos de desvios não muito accentuados, e proveniente da causa mais frequente que já mencionamos, isto é, retracção das pregas de Douglas, é a operação de Sims.

A outra, nos mesmos desvios, tributarios da mesma causa, mas em que a intensidade dos symptomas é tal que a vida do doente pôde correr grave risco; é a hysteropexia.

Esta operação tende hoje a tornar-se de pratica corrente pela circumstancia do grande aperfeiçoamento a que chegaram os processos de asepsia, que nos permittem, sem receio de infecção, a abertura da cavidade peritoneal.

Tratemos da primeira operação, indicada no caso de desvios anteriores pouco accentuados e provenientes da retracção das pregas de Douglas. E' a operação de M. Sims.

Este auctor constatou que quando se puxava para diante o collo do utero em anteversão, na parede anterior da vagina formavam-se pregas, certamente consequencia do encurtamento d'esta mesma parede. D'aqui concluiu que se se fizesse o encurtamento da parede anterior da vagina, mui naturalmente havia de se conseguir que o collo do utero viesse occupar a mesma posição que tinha quando se faziam essas tracções.

Em consequencia do corpo e collo do utero nas ante-versões formarem um todo rigido e fixo, comprehende-se perfeitamente que a força exercida sobre o collo se transmittirá ao corpo do utero.

De maneira que, procedendo assim, se pôde obter a correcção do desvio.

Esta operação consiste em fazer a incisão de duas porções similares da mucosa da parede ante-

rior da vagina, superficies cujo maior diametro mede meia pollegada, sendo uma em frente do collo e outra uma pollegada e meia mais abaixo. Passam-se depois por baixo d'ellas fios que distem proximamente meio centimetro uns dos outros, e faz-se a sutura de maneira a que as suas superficies se afrontem esperando a sua reunião.

Sims, em tres casos de ante-versão, applicou este processo, obtendo em todos elles bons resultados.

Schultze cita o seguinte caso operado por Sims:

A doente era portadora d'um fibroma intersticial do fundo do utero, tendo tambem um catarrho uterino e vesical; o utero estava em ante-versão bastante pronunciada e um tanto alongado, e as paredes vaginaes distendidas. Sims applicou-lhe o processo já descripto e a doente beneficiou tanto com a operação que, tendo gravidado pouco tempo depois, o parto foi perfeitamente normal e depois d'elle não mais se produziram os symptomas inherentes a esta posição viciosa. Em um dos outros dois casos de Sims havia tambem um fibroma do fundo do utero.

Portanto, vemos que a operação de Sims dá bons resultados, ainda mesmo que o utero se não encontre em condições mui favoráveis; e a prova está em que elle obteve bom exito, apesar de o utero estar augmentado de volume principalmente na sua parte superior.

Um outro auctor, Simão, operou ante-versões,

obtendo tambem bom exito n'ellas. O processo d'este auctor, é quasi o de Sims, apenas umas leves modificações, que consistem em suturar o labio anterior do collo a uma superficie vaginal situada mais abaixo.

Comprehende-se bem como a operação de Sims consegue corrigir os desvios anteriores produzidos pela retracção das pregas de Douglas.

Parece hoje estar assente, como já dissemos na parte referente á estatica do utero, que a posição normal d'este é em ante-versão e ante-flexão.

Sendo esta a sua posição normal, deprehende-se bem que a tracção exercida pelas pregas de Douglas no ponto de inserção d'estas sobre o utero, accentuará, se a flexibilidade do orgão estiver intacta, a ante-flexão normal de fórma que o collo do utero eleva-se, deixando o seu eixo de ser quasi perpendicular ao da vagina para tomar a mesma directriz do d'esta, e o seu orificio fica agora n'esta nova posição orientado segundo o ducto vaginal; porém se o tecido do utero se tiver tornado rigido, em virtude por exemplo d'uma metrite parenchymatosa, a retracção d'estes mesmos ligamentos trará uma elevação do collo cujo orificio se dirigirá para cima e para traz e ao mesmo tempo um abaixamento do fundo do utero, isto é, accentuar-se-ha tambem a ante-versão normal.

Por consequencia para levarmos o utero á sua posição normal em correspondencia mais ou menos exacta com o eixo do estreito superior, basta oppôr

á força de tracção exercida pelas pregas de Douglas uma outra força que está orientada n'um sentido diametralmente opposto, não sendo necessario considerar o utero como uma alavanca inter-fixa de fulco na extremidade superior do collo. Se assim o considerassemos, resultaria que a força produzida pelo encurtamento da parede anterior da vagina para levar o utero á sua posição normal, teria de ser muito intensa, porque ia actuar sobre um braço de alavanca muito pequeno, grande resistencia, parte da energia perdida nos casos de ante-flexão em que a flexibilidade do orgão está normal e além d'isso tenderia a accentuar o desvio em vista de que as fibras longitudinaes da parede anterior da vagina se continuarem com os da face anterior do utero.

Portanto, vêmos que desde o momento em que o desvio não seja mais accentuado, podemos pela primeira maneira de vêr corrigir o desvio.

A operação de Sims julgamol-a indicada e de bom exito quando seja applicada aos desvios anteriores produzidos pela retracção das pregas de Douglas. Quando, porém, a causa não fôr esta, que em geral é a mais frequente, mas outras, como desenvolvimento maior da parede posterior do utero, atrophia da sua parede anterior, então os processos de que devemos deitar mão são outros.

Assim Tillaux diz: contra as ante-flexões estamos desarmados, mas já não acontece o mesmo para as ante-versões. Quando estes desvios não

sejam muito accentuados e sem adherencias, característica dos desvios anteriores, basta passar um fio no labio posterior do collo, fazer tracções sobre elle até que mais ou menos se consiga trazer o utero á sua posição normal, fixar este fio á parede abdominal anterior por meio de collodio, obrigando a doente a guardar o leito durante um mez em decubito dorsal; ou então fazer a sutura do labio anterior do collo á parede anterior da vagina. Póde por qualquer d'estes processos chegar a obter-se a posição normal do utero.

Depois de indicarmos as operações mais seguidas nos desvios anteriores, resta-nos agora entrar no assumpto referente ao tratamento dos desvios posteriores, assumpto que tem dado origem a grandes discussões, e variados processos teem sido descriptos e postos em pratica. Nós, porém, apenas mencionaremos aquelles que parece melhor resultado ter dado.

O tratamento medico nos desvios posteriores tem em certos casos a sua utilidade. Imaginemos um processo inflammatorio agudo que produz exsudados e adherencias que fixam o utero desviado; desde o momento que nós façamos um tratamento apropriado que facilite a reabsorpção d'este exsudado e adherencia, transformar-se-ha assim o desvio adherente em desvio movel.

Estes, como sabemos, são bem menos dolorosos e de symptomatologia pouco accentuada, de fôrma

que achamos este tratamento algum tanto indicado pelo facto de a symptomatologia não nos auctorisar a propôr certas operações, que apesar de consideradas hoje benignas, mesmo assim teem os seus perigos, a que não devemos expôr-nos para remediar tão pequeno mal.

Mas quando a symptomatologia fôr mais ou menos accentuada, sendo a vida da doente um continuo soffrer, claro é, que se nos impõe o dever de operar, escolhendo o processo que melhor resultados possa dar em harmonia com as exigencias do caso.

A occupação e posição social da doente teem de ser consideradas como causa de indicação ou contra-indicação nas intervenções.

Assim, se a doente portadora d'um desvio tiver, para conseguir os seus meios de subsistencia, de estar de pé, fazer esforços violentos, etc., comprehende-se que as perturbações dependentes do desvio se hão de accentuar, de maneira que aqui a intervenção está indicada.

Porém se a doente não precisa trabalhar, o seu desvio não é muito incommodo; pôde em virtude dos seus haveres entregar-se ao repouso. Aqui poderemos contemporisar.

Mas nunca devemos perder de vista o seguinte: se o desvio é reductivel, elle tenderá a aggravar-se, de maneira que a indicação de intervir parece impôr-se; porém, se o desvio fôr irreductivel, então poderemos contemporisar ou intervir segundo a intensidade dos symptomas.

Posto isto, julgamos que para o tratamento dos desvios posteriores, que não sejam exaggeradamente accentuados, que o utero não esteja muito augmentado no seu peso, que seja reductivel, isto é, que as adherencias não sejam nem muito extensas nem muito fixas, a operação de Alexander.

Esta operação consiste em descobrir os ligamentos redondos ao nivel do orificio externo do canal inguinal, dissecal-os, puxal-os para fóra na extensão de 7 a 10 centímetros, e fixal-os n'esta nova posição, conservando ou resecando, segundo o processo empregado, a parte que fica livre.

Reclus considera esta operação excellente e absolutamente benigna, pois que em 213 casos em que a applicou, não teve um unico caso de morte.

Este mesmo auctor rebate todos os inconvenientes que lhe teem attribuido.

A esta operação faziam-lhe as accusações seguintes:

Não haver a certeza de encontrar os ligamentos redondos, poder dar-se a ruptura dos mesmos, não ser physiologica:

Quanto á primeira, diz Reclus, que os ligamentos redondos existem sempre; se se não encontram é porque se não procuram bem.

Relativamente á segunda, o mesmo auctor diz, que em 213 casos que reuniu, apenas teve um insuccesso. A resistencia d'estes ligamentos é tal, que podem supportar o peso de dois kilogrammas, de fórmula que se algumas vezes se tem rompido é

porque se vae actuar sobre um utero muito adherente, contra-indicação d'esta operação.

Finalmente, quanto á terceira, affirma o mesmo auctor, que a acção dos ligamentos redondos é manter o utero nã sua posição normal e que o encurtamento d'elles não acarreta perturbação alguma, quer para a concepção, prenhez e parto.

N'estas condições a operação de Alexander está nitidamente indicada.

Póde tambem, em casos pouco accentuados, empregar-se o processo de Tillaux, que consiste em passar um fio no collo e fixal-o á parede abdominal posterior, mantendo assim o utero n'esta posição durante algumas semanas.

A operação de Sims, tambem póde ser empregada n'estes desvios, não muito accentuados e sem adherencias.

Portanto, podemos concluir, que a operação de Alexander, bem como a de Sims, estão indicadas, mas só nas condições em que o utero não seja fixo por adherencias solidas e extensas, muito pesado, nem o desvio mui accentuado; a primeira para os desvios posteriores e a segunda para os anteriores.

---

Já indicamos quaes os processos de intervenção mais seguidos nos desvios posteriores não muito accentados, sem adherencias ou com adherencias pouco fixas e extensas.

Entraremos agora no tratamento que convem aos mesmos desvios accentuadamente adherentes e de symptomatologia assaz intensa.

Quando estes retro-desvios produzem dôres intensas e persistentes e perturbações funcionaes d'uma certa gravidade, adherentes, e que todos os meios empregados tem sido inuteis, impõe-se-nos o dever de intervir por via abdominal. Esta intervenção está, tanto mais justificada quanto na maioria dos casos ou talvez na sua totalidade, ha lesões dos annexos, nos retro-desvios adherentes e dolorosos.

Depois de aberto o abdomen é necessario separar o utero das suas adherencias e reduzir o desvio.

Para conseguir este fim tem-se empregado muitos processos, que nós não mencionaremos, porque ou pelos resultados ou por a technica não são hoje seguidos; porém apontaremos aquelles que parecem estar nitidamente indicados n'estas condições, — A hyteropexia.

Esta operação tem por fim fixar o utero á parede abdominal anterior.

Ha principalmente tres fórmas de prender o utero á parede abdominal anterior.

O processo de Kœberlé que consiste em tirar um dos ovarios e trompa do mesmo lado, de maneira a formar um pediculo, que se fixa á parede do abdomen.

Este processo tem o inconveniente de sacrificar os annexos d'um lado.

O processo de Olshausen em que as suturas de cada lado atravessam, não o tecido do utero, mas os ligamentos largos proximo da sua extremidade interna.

Tem o contra de, além de não offerecer um meio de fixação seguro, criar entre o utero e a parede abdominal anterior uma bolsa onde o intestino pôde ser comprometido.

Os processos mais seguidos são: o de Leopoldo e Pozzi, que consistem em ligar o fundo do utero á parede abdominal, passando os fios atravez das camadas mais superficiaes das fibras musculares.

Estes dois processos constam de tres tempos:

1.º tempo. — Incisão sobre a linha média da parede do abdomen, de oito a dez centimetros, terminando a dois centimetros por cima do pubis.

2.º tempo. — Procurar e libertar o utero das adherencias, puxal-o para diante e mantel-o n'esta posição.

3.º tempo. — Applicação de suturas isoladas ou em sargedura. As suturas superiores e inferiores limitam-se a atravessar as paredes abdominaes, emquanto que as médias penetram na espessura do tecido muscular do utero.

A face anterior do utero é levemente raspada, para, que assim desprovida do seu epithelio, melhor se possa soldar a parede do abdomen.

A ferida é fechada por duas ordens de suturas.

A hysteropexia, praticada segundo as regras

actuaes da asepsia, póde ser considerada como uma operação benigna.

Baudouin em 235 operações apenas teve duas mortes; uma por peritonite, outra por estrangulamento intestinal.

Relativamente á possibilidade de a gravidez se poder realisar normalmente depois d'esta operação, está hoje demonstrado que o utero fica em condições de se poder hypertrophiar e hyperplasiar de maneira que a concepção póde chegar a termo, e que mesmo depois do parto ou de varios partos, o desvio não recidiva.

---

Ha uma outra operação, que pela simplicidade da technica, bem como pelos resultados que dá, se póde collocar ao lado quer da operação de Alexander quer da hysteropexia, — é a operação de Kelly.

Esta differe da hysteropexia em que a fixação do utero em vez de se fazer pela sua anterior, se faz pela face posterior.

Segundo alguns, tem vantagens sobre a hyteropexia, porque n'esta, como a fixação se faz pela face anterior do utero, a pressão intra-abdominal e a das paredes do ventre exercem-se sobre esta mesma face, originam repuxamentos e por consequencia tendencia á reproducção do desvio.

Na operação de Kelly o utero fica collocado em ante-versão, de modo que as pressões supracitadas

como incidem sobre a face posterior, tendem a accentuar o desvio anterior.

Em vista da posição que toma o utero por esta fórma operatoria, ressaltam as objecções feitas á operação de Kelly, objecções que se podem reduzir a tres:

1.<sup>a</sup> A operação tendo em vista corrigir uma posição viciosa do utero, não o consegue, porque lhe substitue outra, desvio anterior accentuado e persistente.

2.<sup>a</sup> Esta operação traz perturbações de micção em virtude do utero estar fixo sobre a symphise e exercer pressão sobre a bexiga quando normalmente distendida.

3.<sup>a</sup> Gravidando o utero, este póde ser impedido no seu desenvolvimento pela suspensão, perigando a vida do feto e da mãe.

Kelly refuta cathegoricamente estas objecções, fundado em factos da sua observação.

Entre nós tem sido empregada com bons resultados.

# Proposições

---

**Anatomia** — A disposição anatomica dos vasos no coiro cabelludo explica as grandes hemorragias nas feridas d'esta região.

**Physiologia** — O rim não é um simples filtro.

**Materia medica** — A apomorphina é um vomitivo central, o tartaro emetico um emetico peripherico.

**Anatomia pathologica** — A diapedese é um phenomeno activo.

**Pathologia externa** — Nos choques exercidos sobre a parede do abdomen, a integridade da pelle d'esta região nada nos pôde orientar sobre o estado dos órgãos contidos na cavidade abdominal.

**Pathologia interna** — O melhor signal para diagnose de perfuração intestinal, na febre typhoide, é a hypotermia brusca.

**Pathologia geral** — Febre e hypertermia não são synonymos.

**Medicina operatoria** — Não devemos operar as fistulas anaes de natureza tuberculosa.

**Hygiene** — Reprovo o beijo no Christo, nas corridas paschaes.

**Partos** — Os desvios uterinos são um obice á fecundação.

**Medicina legal** — A concepção pôde realizar-se sem perda da virgindade.

---

Visto.

A. Maia.

PRESIDENTE.

Póde imprimir-se.

Moraes Caldas,

DIRECTOR.