

R.D.
N.º 678
RICARDO DE LEMOS E CASTRO

Breve Estudo
SOBRE A
Etiologia e Tratamento
DA
Esterilidade na Mulher

Dissertação Inaugural
APRESENTADA À
ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO
TYPOGRAPHIA OCCIDENTAL
80—Rua da Fabrica—80
—
1891

59/6 E M C

Para o dia 17 de julho de 1891,
pelas 1 hora da tarde.

Presidente Che. ^{Gen. Ant. Antonio}

Placido Sabosta

Gen. ~~Gen.~~ Serra

Ilídio Ayres Ser.º do Valle

Gen.º Rodrigues das.º Pinto

Augusto Th. d'Almeida Brandão

Francisco Augusto Corr.º Pinho

Arg.º

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO-DIRECTOR

VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

Professores proprietarios

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva geral	João Pereira Dias Lebre. Vicente Urbino de Freitas.
2. ^a Cadeira—Physiologia	
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica	Dr. José Carlos Lopes.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio Joaquim de Moraes Caldas. Pedro Augusto Dias.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria.	
6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna	Antonio d'Oliveira Monteiro. Antonio d'Azevedo Maia.
8. ^a Cadeira—Clinica medica	Eduardo Pereira Pimenta.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica	
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica	Augusto Henrique d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia	Manoel Rodrigues da Silva Pinto.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral semiologia e historia medica.	Illidio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia	Isidoro da Fonseca Moura.

Professores jubilados

Secção medica	José d'Andrade Gramacho.
Secção cirurgica	Visconde de Oliveira.

Professores substitutos

Secção medica	} Antonio Placido da Costa. Maximiano A. d'Oliveira Lemos Junior. Ricardo d'Almeida Jorge. Candido Augusto Correia de Pinho.
Secção cirurgica	

Demonstrador de Anatomia

Secção cirurgica	Roberto Belarmino do Rosario Frias.
----------------------------	-------------------------------------

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

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

A

Meus Paes

Durante o longo prazo da minha carreira, eu assisti, commovido e gratissimo, a todos os sacrificios, todos os cuidados, toda a dedicação que a vossa amantissima alma me dispensou.

Não acho palavras com que possa traduzir o meu sentimento, o meu respeito e a minha admiração por vós. Crede que vos estremece o vosso filho reconhecidissimo

Ricardo.

A meus irmãos

AOS MEUS PARENTES

ESPECIALMENTE ÁS

MINHAS TIAS

as Ex.^{mas} Snr.^{as}

D. Gertrudes de Macedo Pinto da Camara

D. Mathilde Julia de Macedo Castro

E A

MEU TIO

Manoel Maria Alla

À

Veneravel Memoria

DE

MEU AVÔ

JOAQUIM JOSÉ MARIA ALLA

AOS

ILL.^{MOS} E EX.^{MOS} SNRS.

Conselheiro Albano de Mello
Dr. Manoel Rodrigues da Silva Pinto
Dr. Vicente Ferreira dos Santos

É ao lado de minha familia, que eu colloco os nomes de V. Ex.^{as} Comprehendem, portanto, o alcance do meu offerecimento e avaliam bem, quanto enthusiasmo, sympathia e veneração n'elle vai aos meus illustres patricios e desveladissimos protectores.

Aos meus prezados amigos e patricios

E ESPECIALMENTE

AOS EX.^{MOS} SNRS.

Dr. Adolpho Portella

Antonio Homem de Mello

Dr. Elysiario Dias Cura

Francisco Pinto

Julio Pinto da Costa Portella

Dr. Manoel Homem de Mello

Dr. Matheus Pereira Pinto

AO MEU PRIMO E AMIGO

JOÃO DIAS CURA REZENDE

AOS MEUS AMIGOS

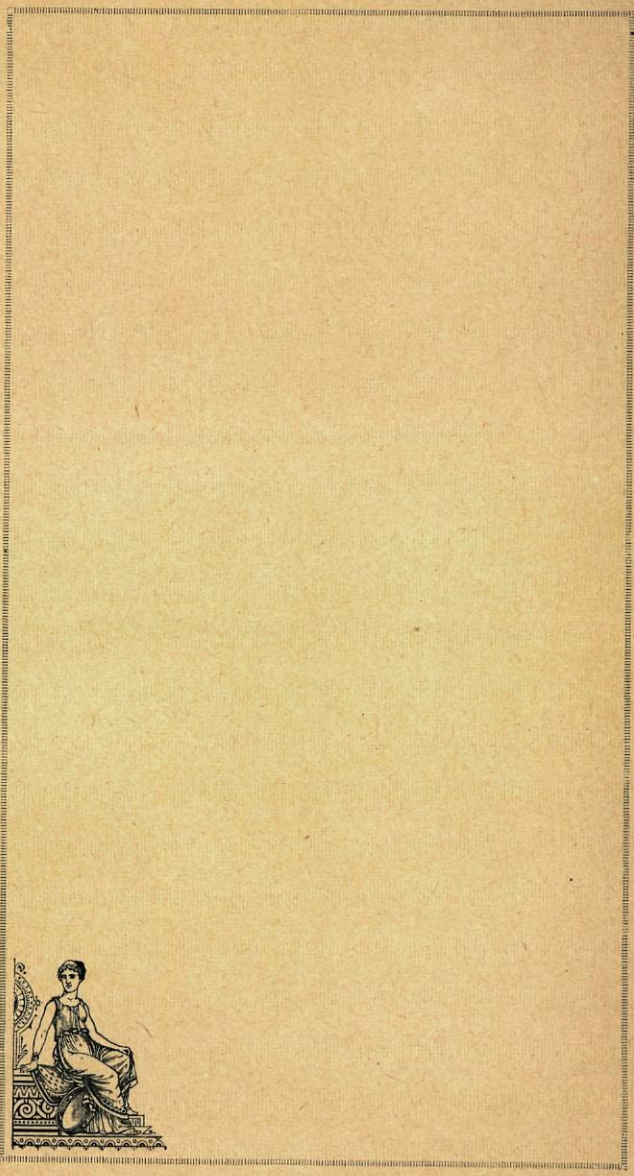
Padre Albano Dias Torres
Antonio Pereira d'Almeida
Arthur Vaz Pereira
João Dias Pereira da Graça
João Leite de Castro
José Jorge Pereira
José Maria de Moura
José d'Oliveira Serrão d'Azevedo
José Pinto de Queiroz Magalhães
Manoel José Pinhal.

AOS MEUS CONDÍSCIPULOS

AO MEU DIGNISSIMO PRESIDENTE

o Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Dr. Antonio Placido da Costa



GENERALIDADES

Se remontarmos aos tempos mais antigos da historia da humanidade, deparamos com este facto: que a esterilidade feminina era considerada, como uma fonte de opprobrio e de maldição.

A mulher esteril não tinha a menor consideração, era repudiada da affeição do seu marido e rejeitada, como um ser inutil e incompleto; era, enfim, o typo da deshonra e do infortunio. E não nos espanta que assim succedesse, se attendermos ao papel principal, senão unico, que a mulher desempenhava n'essa sociedade rudimentar: qual era o da reproducção.

Fecundidade era a primeira, quasi a unica qualidade, que se exigia á mulher.

Na verdade, basta citar certos factos, para conhecermos o modo de pensar dos differentes povos de todos os tempos e mesmo até as suas disposições legislativas, respeitantes a este assumpto de tão elevada importancia medica e social.

Os povos selvagens, como os Orientaes, concediam sómente um certo grau de consideração á mulher, quando esta era mãe.

De todos é bem conhecida a pungente exclamação da infecunda Rachel, que se lançava aos pés de Jacob, pedindo-lhe filhos ou a morte, emquanto que a sua irmã Lia se glorificava da graça incomparavel que Deus lhe concedera, tornando-a muito fecunda.

Aos Turcos e aos Judeus assistia o direito do divorcio, quando a sua esposa era esteril.

Egualmente na Grecia o divorcio era provocado em grande escála pela infecundidade da mulher.

Os nobres Circassianos davam sómente dote às suas filhas, quando ellas davam á luz o seu primeiro filho.

Ao passo que isto se dava nos tempos antigos, vemos tambem na idade média os soberanos repudiarem as suas mulheres, quando estas eram estereis, sendo para notar, que até o direito canonico permitia o divorcio.

E para citar um facto moderno, basta lembrar, que o casamento de Napoleão I com a imperatriz Josephina fôra annullado pelo unico facto de ella ser esteril, sendo esta nullidade sancionada pelos poderes publicos e pelo papa.

Actualmente mesmo a mulher infecunda soffre muito nos seus sentimentos de dignidade e amor proprio; não póde ella occupar na sociedade o lugar que mais inveja; receia não desempenhar o seu papel no lar domestico; teme as censuras da familia; julga-se insufficiente e receia o abandono do seu marido.

E', pois, uma desgraçada!

Por todas estas considerações, comprehende-se facilmente, que esta questão da esterilidade tenha sido em todos os tempos o objecto de attenção e de sérias meditações por parte dos homens da sciencia. Na verdade, medicos, philosophos, economistas, todos se hão proposto remediar este grande mal, que tanto interessa á mulher, á familia e á sociedade.

E' que realmente a diminuição do numero de

crianças tem constituido e constitue ainda hoje um assumpto grave e momentoso.

Já o *Antigo Testamento* falla frequentemente da esterilidade feminina e prescreve, como tratamento, a administração de plantas especiaes; egualmente o *Talmud* trata das causas e tratamento da esterilidade.

Hippocrates, Plinio, Aristoteles e Galeno esmeram-se em descobrir as causas da esterilidade e em preconizar tratamentos mais ou menos racionais.

No 4.º seculo da nossa éra é Soranus, quem mais sériamente se occupa d'este assumpto.

Na idade média, Paulo d'Egino, como especialista, que era, das doenças das mulheres, falla muito particularmente da esterilidade. Mas os estudos, que se fizeram n'este sentido, não tinham a base, a direcção e o desenvolvimento verdadeiramente scientificos, que começaram a ter nos meados do seculo xvi e principios do seculo xvii por parte de Fabricio d'Aquapendente e William Harvey, depois por Graaf, Wolff, Lenvenhock, Newport, Barry e modernamente por Marion Sims.

Foi este homem illustre, este espirito eminentemente prático, que com mais proficiencia estudou a questão, e que ao mesmo tempo introduziu n'este ramo de therapeutica progressos importantissimos. A *Cirurgia uterina* é o seu padrão de gloria.

Este estudo, verdadeiramente scientifico e prático, forçoso é confessar, é arduo e complexo. Arduo, porque se é difficil conhecer o processo physiologico da fecundação, penetrar nos mysterios intimos d'este acto, emquanto á sua pathologia levantam-se um grande numero de questões, para as quaes ainda está pendente uma solução satisfactoria e completa; complexo porque com elle se relacionam tambem numerosas questões de interesse geral, sociaes e economicas, cujo desenlace está mais ou menos subor-

dinado á resolução que o medico der ao problema delicado da esterilidade.

Antes de proseguirmos com o nosso estudo, torna-se indispensavel dizer rapidamente em que consiste a fecundação e em que condições esta se realisa.

Fecundação é o resultado da fusão, da reunião de dous elementos, o ovulo e o espermatozoide. Para que ella tenha lugar, são necessarios os requisitos seguintes :

- 1.º Que o testiculo e ovario funcionem normalmente.
- 2.º Que o espermatozoide e o ovulo sejam expulsos, se encontrem em condições determinadas e conservem a sua vitalidade.
- 3.º Que o ovo fecundado encontre um terreno favoravel á sua nutrição e desenvolvimento.

Comprehende-se, pois, facilmente, que todas as causas, capazes de impedir uma d'estas phases da fecundação, produzam a esterilidade.

Definição. Confundiu-se muito tempo a esterilidade com a impotencia. Embora um d'estes actos arraste o outro com frequencia, é certo, porém, que elles são fundamentalmente bem differentes.

Assim, a impotencia significa impossibilidade de executar o acto sexual, é um acto voluntario, uma funcção da vida animal; a esterilidade é a impossibilidade de ter filhos, é um acto involuntario, é uma funcção da vida vegetativa ou organica.

Vêem-se, pois, claramente, quaes as differenças que os separam. A suppressão d'um não annulla fatalmente o outro.

A esterilidade não é uma doença definida, cara-

cterística, mas sim um syndroma d'affecções sexuaes multiplas e de desordens geraes do organismo.

Podemos definir *esterilidade na mulher* o estado pathologico que faz com que, durante todo o periodo da sua actividade genital ou durante um longo periodo d'esta, não se produza nenhuma concepção, apesar das relações sexuaes serem repetidas e praticadas d'uma maneira normal; ou então com que o ovulo fecundado não chegue a um desenvolvimento normal e completo no organismo.

Divisão. A esterilidade póde ser congenita ou primaria, adquirida ou secundaria, temporaria, absoluta e relativa.

É *congenita*, quando um vicio constitucional ou de conformação torna a concepção impossivel; *primaria*, quando uma affecção, contrahida antes ou no principio do casamento, se oppõe á fecundação.

É *adquirida ou secundaria*, quando a mulher, depois de ter tido um ou mais filhos, perde a faculdade de conceber ulteriormente, apesar de ter relações sexuaes normaes e de estar ainda em plena puberdade.

É *temporaria*, quando um estado pathologico qualquer se oppõe, durante um certo tempo, ao desenvolvimento d'uma prenhez.

É *absoluta*, quando o estado pathologico, que se oppõe ao desenvolvimento d'uma prenhez, não póde ser desviado por nenhum meio natural ou artificial.

É *relativa*, quando a causa pathologica não impede absolutamente a concepção, tornando-a comtudo mais ou menos difficil.

Os auctores inglezes e allemães ainda distinguem uma fórma particular de esterilidade adquirida, fórma esta, que consiste em a mulher conceber só.

mente uma vez durante todo o periodo da sua actividade genital.

Diversas theorias se adduzem para apreciar as condições, que a mulher deve apresentar com relação á procreação para que seja considerada esteril.

Assim, umas dizem que toda a mulher que, sujeita a relações sexuaes normaes e durante o curso da sua vida sexual, passar dois annos sem conceber, deve ser considerada esteril; outras estabelecem que toda a mulher, que, em identicas condições, e tendo tido filhos perder a faculdade de reproducção durante cinco annos, deve ser egualmente considerada esteril.

Kisch, fundando-se na sua estatistica de 556 casamentos, fixa o prazo minimo de tres annos, no fim do qual a mulher não fecundada deve ser considerada esteril.

Outras estatisticas foram apresentadas por Ducan, Ansell, Spencer, Wells e outros, as quaes marcam prazos differentes; o que de resto não é para admirar.

Frequencia. Muitas estatisticas tem sido apresentadas pelas diversas nações com relação á frequencia da esterilidade feminina. A Inglaterra é comtudo a nação que sobreleva as demais n'este assumpto. Estas estatisticas inglezas foram devidamente apreciadas por Ducan, que chegou á conclusão de que havia, em 9 casamentos, 8 fecundos e um esteril. A proporção analoga chegaram Sims e Spencer Wells.

Mas estas estatisticas, como as suas congeneres, teem o defeito de não apresentarem os abortos produzidos, cuja quantidade é impossivel traçar. Além d'isso, devemos lembrar-nos de que algumas vezes a esterilidade é artificial e de que outras vezes deve ella ser attribuida ao homem.

Essa esterilidade artificial é provocada n'uma cer-

ta epoca do casamento, mais cedo ou mais tarde, segundo o grau de cultura e as condições economicas dos povos e dos individuos; é, em summa, antes o resultado de causas sociaes, do que de causas physiologicas ou pathologicas.

Pelo facto da mulher ter um papel mais importante, mais complexo do que o homem na funcção da reproducção, dizia-se que, quando houvesse esterilidade, esta devia ser a maior parte das vezes attribuida á mulher. Esta opinião parece ser muito exagerada, e a proporção estabelecida de — em 10 casos de esterilidade 9 serem imputados á mulher — não é de fórma alguma verdadeira. O contrario parece succeder e, não raras vezes, é o homem o unico culpado.

CAUSAS

As causas da esterilidade feminina são multiplas, variadissimas, differindo notavelmente umas das outras.

Se é certo que essas causas em certos casos se podem reconhecer, precisar e apreciar, casos ha, e não são poucos, em que, apesar dos exames os mais minuciosos, a sua precisão e apreciação são impossiveis. Isto dá-se principalmente, quando a esterilidade está dependente de causas geraes, visto que estas são mais difficeis de apreciar e combater.

Devemos tambem ponderar, que, na maioria dos casos, não é uma causa unica que actua para produzir a esterilidade, mas sim causas multiplas e simultaneas, e que essas causas são mais frequentemente locaes do que geraes, assim como não são egualmente accentuadas, intensas e tenazes.

Feitas estas ligeiras considerações, vamos agora proceder á divisão das causas.

Estas são divididas em duas grandes classes: *causas locaes* e *causas geraes*.

CAUSAS LOCAES

Dividimol-as nos tres grupos seguintes :

- 1.º grupo. Causas, que se oppõem á ovulação.
- 2.º grupo. Causas, que se oppõem ao contacto do esperma normal com o ovulo.
- 3.º grupo. Causas, que se oppõem á incubação do ovo.

Podemos ainda dividir o 2.º grupo nos quatro sub-grupos seguintes :

- 1.º sub-grupo. Causas, que se oppõem á copulação.
- 2.º sub-grupo. Causas, que se oppõem á penetração do esperma no utero.
- 3.º sub-grupo. Causas, que se oppõem á retenção do esperma no utero.
- 4.º sub-grupo. Causas, que se oppõem ao caminhar do ovulo.

No 1.º grupo figura principalmente a amenorrhœa.

Esta pôde ser devida á ausencia dos ovarios e ao seu desenvolvimento rudimentar, a affecções dos ovarios, a retardação ou desaparecimento prematuro da funcção menstrual, a perturbações de nutrição e a affecções constitucionaes.

No 1.º sub-grupo figuram: ausencia e atresia congenita da vulva, adherencias fortuitas entre os grandes e pequenos labios, exaggeração do volume dos grandes e pequenos labios, desenvolvimento exagerado do ciltoris, tumores da vulva, persistencia e rigidez do hymen, ausencia e atresia da vagina, bifidez da vagina, abertura da vagina n'um logar anormal, tumores da vagina e vaginismo.

No 2.º sub-grupo entram principalmente as ano-

malias de conformação do collo uterino, a estenose cervical e os desvios uterinos.

No 3.º *sub-grupo* temos sobretudo certos estados morbidos da mucosa uterina e a acção de certas substancias chimicas.

No 4.º *sub-grupo* figuram principalmente a espessura exagerada das paredes folliculares, o deslocamento dos ovarios, as modificações do epithelio que une o ovario á trompa, a ausencia ou desenvolvimento rudimentar das trompas, a obliteração d'estas e os desvios tubares.

No 3.º *grupo* incluem-se sobretudo os vicios de desenvolvimento do utero e a sua atrophia adquirida, a hyperplasia total ou parcial do parenchyma uterino, a endometrite chronica, a endometria exfoliadora, a infecção blennorrhagica, os exsudatos peri-uterinos, os tumores uterinos, um estado puerperal anterior, a retenção das secreções uterinas e os excessos do coito.

CAUSAS GERAES

Dividimol-as nos tres grupos seguintes :

- 1.º grupo. Causas dependentes de diatheses e affecções constitucionaes.
- 2.º grupo. Causas dependentes de intoxicacões chronicas.
- 3.º grupo. Causas dependentes de habitos viciosos.

No 1.º grupo figuram principalmente a syphilis, a anemia, a chlorose e a tuberculose ; no 2.º a morphinomania e o alcoolismo ; no 3.º o onanismo, a prostituição e os excessos venereos.

Não se pense que a classificação, que fizemos das causas, em locaes e geraes, esteja perfeitamente estabelecida, determinada. Assim, ha casos, em que a esterilidade é devida sómente a causas locaes ; ha

outros, em que ella é dependente sómente de causas geraes; ha finalmente outros em que é devida a causas locaes e geraes ao mesmo tempo.

Divididas e enunciadas assim as causas, trataremos em seguida de as apreciar.

Apreciação das causas

CAUSAS LOCAES

1.º GRUPO

Causas que se oppõem á ovulação

A *ausencia dos ovarios* é um vicio de conformação extremamente raro e, em geral, acompanha-se d'outras anomalias dos órgãos genitales.

O mesmo succede, quando ha atrophia congenita d'estas glandulas.

Esta ausencia acarreta necessariamente a esterilidade, salvo o caso em que falta um só ovario, porque então pôde haver fecundação e parto normaes.

O *desenvolvimento rudimentar dos ovarios* coincide ordinariamente com um defeito de desenvolvimento do utero (utero infantil) e dá lugar á amenorrhœa.

Esta não é sempre absoluta, porque algumas vezes existem corrimentos sanguinolentos irregulares, acompanhados de molimen menstrual. Esta atrophia dos ovarios não se pôde diagnosticar durante a vida; só se pôde presumir, quando exista um desenvol-

vimento imperfeito do utero e uma falta de vigor physico da mulher. Existindo nos dois ovarios, a atrophia é necessariamente seguida de esterilidade.

As *affecções dos ovarios* mais importantes são os sarcomas, carcinomas, adenomas, kystos folliculares e dermoides e a tuberculose, que actuam, comprimindo e atrophando as camadas ovulares mais novas e subjacentes. Estas neoplasias devem attingir os dois ovarios e em toda a sua extensão, para que a ovulação e a concepção se não dêem.

Temos ainda certas phlegmasias, as ovarites e as periovarites, que, quando são parenchymatosas e atacam todas as vesiculas, reabsorvem o conteúdo granuloso dos folliculos, indurecem os tecidos, produzem adherencias com os órgãos visinhos, e ás vezes o deslocamento do ovario e a sua atrophia, podendo portanto dar lugar á esterilidade.

A syphilis do ovario, pelas inflammações chronicas que produz e consecutivamente pela atrophia dos tecidos e numerosas adherencias a que dá lugar, pôde pôr obstaculos á ovulação e produzir assim a esterilidade.

A *retardação ou desaparecimento da funcção menstrual* reconhecem ordinariamente por causas um desenvolvimento imperfeito do aparelho genital e certos estados morbidos, como a tuberculose, a anemia, a miseria physiologica, a chlorose, certas perturbações de innervação, etc. As mudanças bruscas nas condições da vida e do meio tem tambem notavel influencia.

Das *perturbações de nutrição* a que figura muito frequentemente, como causa de esterilidade, é a obesidade.

E' incontestavel que as mulheres muito obesas são, as mais das vezes, amenorrheicas, ou tem um fluxo catamenial insignificante.

Kisch, observando 215 casos de obesidade, notou em 49 d'elles a amenorrhea e em 116 o fluxo ca-

tamenial insignificante. A obesidade é quasi sempre hereditaria, constitucional; manifesta-se depois dos vinte annos e é incuravel. Se dizemos quasi sempre hereditaria, é porque ella pôde ser adquirida, e n'este caso é-o em grande escála pela pratica do *malthusianismo*, que em França sobretudo attinge enormes proporções.

Esta diathese actua não só sobre o estado geral, alterando a nutrição e o liquido sanguineo, mas tambem sobre os órgãos genitales, atrophiando-os.

Devemos lembrar que nas mulheres, que são amenorrheicas por obesidade, os desejos venereos ordinariamente cessam, assim como a actividade do apparelho genital.

Das *affecções constitucionaes*, que se pôdem oppôr á ovulação, figuram principalmente a tuberculose, a chlorose e o cancro. Estes estados morbidos constitucionaes, generalizando-se a todo o organismo, tem uma influencia desfavoravel sobre cada uma das suas funcções, tanto ovarica, como outra qualquer; o que de resto succede com uma doença grave. Não admira, portanto, que a ovulação possa ser prejudicada, até supprimida, se nos lembrarmos tambem de que, a par d'estas affecções e sobretudo da tuberculose, existe muitas vezes um desenvolvimento incompleto do apparelho genital.

Além d'isso, encontram-se frequentes vezes cicatrizes, que traduzem a existencia de adenopathias antigas.

Casos ha, com tudo, em que a concepção se dá a despeito da existencia d'estas affecções e principalmente da tuberculose, mesmo no periodo avançado das suas manifestações; o que prova que a funcção ovarica não foi supprimida. D'onde se conclue, que sómente podemos affirmar que uma mulher tuberculosa ou chlorotica é esteril, quando é amenorrheica, visto que este facto então nos traduz supressão da ovulação.

2.º GRUPO

Causas que se oppõem ao contacto do esperma normal com o ovulo

1.º SUB-GRUPO

Causas que se oppõem á copulação

A *ausencia da vulva* é uma anomalia muito rara e, em geral, acompanha-se d'outros vícios de desenvolvimento do aparelho genital.

A *atresia congenita da vulva* raras vezes constitue um obstaculo á copulação e, quando se dá, é porque existem outras anomalias do aparelho sexual.

As *adherencias fortuitas entre os grandes e pequenos labios* são frequentes; dão lugar á atresia vulvar e tornam porisso a copulação difficultosa e ás vezes mesmo impossivel.

A *exageração de volume dos grandes labios*, devida á elephantiasis e outros neoplasmas, como lipomas, kystos, etc., póde obstruir mesmo completamente a entrada da vagina e impedir assim a copulação.

A *exageração dos pequenos labios* póde igualmente constituir um obstaculo ao coito. Por este facto havia em certos povos o costume de praticar, não só a excisão de clitoris, mas tambem a nymphotomia.

O *desenvolvimento exagerado do clitoris* é ás vezes tal, que póde attingir o comprimento do penis e n'este caso ser sufficiente para impedir a copulação. Observa-se este facto principalmente em certas tribus africanas.

Os *tumores da vulva*, em geral, vegetações e

kystos, são muito frequentes, e pelo seu volume ou pela hyperesthesia a que dêem lugar, podem constituir um obstaculo quasi absoluto ao coito. As vegetações são, as mais das vezes, consecutivas á blennorrhagia, ou á falta de limpeza necessaria. Os kystos vulvares reconhecem por causa o alargamento consideravel das malhas do tecido conjunctivo d'esta região.

A *persistencia e rigidez do hymen* podem entrar o coito e serem assim causas de esterilidade.

A persistencia do hymen reconhece, como causas principaes, a resistencia d'elle, a impotencia do homem, e sobretudo o coito defeituoso. Ainda que a impotencia do homem gose um papel de certa importancia na persistencia do hymen, comtudo julgamos que é principalmente o coito mal desempenhado, mal exercido, que influe muito consideravelmente para que a persistencia se dê. Assim, quando as primeiras tentativas de cohabitação são mal conduzidas, o penis não é introduzido no canal vaginal, attinge sómente a fossa navicular, podendo resultar então uma inflamação d'esta fossa, que augmenta a dôr da mulher, forçando-a a tomar uma attitude passiva e a repellir toda a intromissão vaginal. Além d'isso succede muitas vezes, que o homem, para poupar a mulher que grita e se assusta a cada cohabitação, se lemita a introduzir o penis na fossa navicular, podendo resultar da pratica repetida d'este acto que a fossa se engradeça, o hymen seja recalçado e se crie assim uma vagina artificial sufficiente para permittir o coito a contento d'ambos.

A rigidez do hymen é devida á resistencia e consistencia tendinosa do estroma conjunctivo, existente entre os folhetos da prega mucosa, formadora do hymen. Ora os casos de rigidez não são raros e comprehende-se bem, que, quando ella seja bem accentuada, possa constituir um obstaculo absoluto ao coito.

Assim, Kisch relata um caso por elle observado

n'uma mulher de 24 annos, casada, que se queixava de ser infecunda por ser o seu marido impotente. Examinando-a, notou que ella apresentava um hymen ovoide muito resistente não fechando completamente o osculo da vagina e dividido de diante para traz em duas metades por um septo duro ao tacto, não permittindo o espaço existente entre as duas cordas tendinosas a introduccão do dedo. Kisch fez a secção do septo e soube mais tarde que a mulher gravidára.

Identicos casos de hymen septus foram relatados por Braun, Breisky, Bandl, Hoffman e outros.

Kisch relata egualmente um caso interessante de hymen, observado na clinica de Spaeth por Heitzmann n'uma mulher de 27 annos. O hymen era representado por um *bordalete* saliente, de superficie externa lisa, e cujo orificio central admittia apenas a introduccão do hystero metro. Entre o bordo inferior da membrana e a commissura posterior existia um infundibulo em forma de cœcum, de profundidade de quatro centimetros, por meio do qual se effectuava o coito. Apesar de existirem exemplos d'este genero, relatados por Scanzoni, Horton, Braun, Leopold, Brill e outros, em que houve concepção, apesar de não haver introduccão do penis no canal vaginal, com tudo estes factos são excepçionaes e não invalidam o principio anatomo-physiologico estabelecido que o esperma deve ser projectado no collo uterino para que o coito fecundante se dê.

A *ausencia da vagina* é uma anomalia muito rara e geralmente acompanha-se de ausencia do utero.

Pelo facto da ausencia da vagina não coincidir necessariamente com a ausencia do utero, Le Fort é de opinião que a restauração da vagina é então necessaria, não só para permittir a copulação, que elle considera uma necessidade para satisfazer os appetites sexuaes, mas tambem para facilitar o escoamento das regras e a fecundação. Os signaes,

que pódem revelar a presença do utero e dos órgãos genitales internos, quando haja ausencia da vagina, são de duas ordens: physicos e racionaes. Os primeiros são fornecidos pelo toque rectal, combinado com a palpação abdominal; os segundos são dôres lombares, pesos do baixo ventre e colicas internas periodicas, cujo conjuncto é designado pelo nome de *molimen hemorrhagicum*.

A ausencia da vagina pôde tambem ser parcial, e esta falta, assim como o defeito dos órgãos sexuaes externos, não são causa absoluta de esterilidade, salvo se, ao mesmo tempo, houver ausencia dos órgãos genitales internos.

A *atresia da vagina* é congenita, ou adquirida. A congenita é total ou parcial, segundo os dois canaes de Muller, de cuja fusão nasce a vagina, se soldaram no todo ou em parte. A soldadura parcial pôde ter lugar na parte superior da vagina, e n'este caso o coito é possível e a menstruação não, ou na parte inferior, e então o coito e a menstruação são impossiveis. A soldadura total dos canaes de Muller, dando-se em todo o seu comprimento, pôde originar um cordão solido e duro e produzir-se então uma atresia absoluta.

A atresia adquirida da vagina reconhece causas variadissimas, taes como: doenças geraes (febre typhoide, pyohemia, affecções puerperaes, syphilis, e sobretudo a variola) e traumatismos, resultantes de operações cirurgicas, desfloramentos, causticos, partos, etc.

Estas doenças geraes e traumatismos produzem vastas ulcerações na vagina, que dão lugar á retracção cicatricial, e portanto á atresia.

A *bifidez da vagina* não constitue um obstaculo absoluto ao coito, salvo se cada um dos dois canaes é muito estreito para deixar penetrar o penis. Ordinariamente acompanha-se d'um utero bicornes.

A *abertura da vagina n'um lugar anormal* é

um vicio de conformação, que, embora seja um obstaculo á copulação, no entretanto não constitue um obstaculo absoluto á concepção.

A vagina, pôde então abrir-se no recto, formando cloaca, ou na urethra.

Kisch relata casos, observados por Louis e Rossi, em que a vagina communicava com o recto, por onde se fizeram a introducção do penis e a saída do feto.

O papa Benedicto 14.º, em virtude d'uma discussão levantada no seio da Academia de cirurgia entre Louis e dois theologos, authorisou o coito anal nos casos em que a vagina se abrisse no recto.

Braun e Weinbaum publicaram casos de abertura da vagina na urethra, por onde tivera lugar a fecundação.

Os tumores da vagina podem prejudicar o coito pela obliteração ou estenose vaginaes a que dão lugar. Esses tumores podem ser myomas, carcinomas, sarcomas, kystos, polypos e sobretudo fibro-myomas. A' excepção dos fibro-myomas, que se originam muitas vezes na tunica muscular da vagina, os outros tumores são geralmente pediculados e dependentes do utero.

O *vaginismo*, descripto pela primeira vez por Sims, é uma affecção frequente, caracterisada por uma hyperesthesia excessiva da vulva e da vagina, acompanhada, as mais das vezes, de tetania espasmodica e involuntaria do esphincter vaginal e d'outros musculos da região uro-genital (transversos do perineo e levantador do anus), affecção esta que reconhece por causa lesões d'aquelles orgãos, tornando o coito impossivel.

Entre estas variadissimas lezões figuram a herpes e o eczema da vulva, a vulvite e a vaginite, as fissuras vaginaes, e mesmo as anaes, a estreitesa do orificio vaginal, as lacerações produzidas pelo parto, etc. etc.

Estas lesões produzem a hyperesthesia e contrações intensas dos musculos da região.

Além d'outros symptomas, a que o vaginismo possa dar lugar, a dôr excessiva é o principal, tornando o coito impracticavel. O vaginismo muito pronunciado é quasi sempre acompanhado de esterilidade.

2.º SUB-GRUPO

Causas que se oppõem á penetração do esperma no utero

As *anomalias de conformação do collo uterino*, as mais importantes, são o alongamento hyperthrophico e a conicidade da sua porção vaginal.

O alongamento hyperthrophico, no ponto de vista da esterilidade, é quasi sempre congenito. Se assim dizemos é porque elle pôde ser adquirido, sendo n'este caso geralmente devido a partos, seguidos de affecções uterinas. O alongamento pôde dar-se em ambos os labios do collo, ou n'um só, e coincide mais com a anteversão, do que com a retroflexão. No caso de alongamento simples, a esterilidade explica-se pela conicidade do collo e pela producção de falsos caminhos vaginaes. Estes dão-se da seguinte maneira: o penis penetra n'um dos fundos de sacco da vagina, e a repetição d'este coito defeituoso faz augmentar a profundidade do falso caminho, onde o esperma se deposita, em lugar de penetrar no utero.

A conicidade é das *anomalias do collo* a mais frequente, e consiste em um alongamento, em fórmula de cone, da porção vaginal, acompanhado geralmente de estenose do orificio externo. Quando este alongamento é consideravel, constitue o alongamento hyperthrophico já descripto.

Aqui o mecanismo da esterilidade explica-se da

mesma maneira, como no alongamento hyperthrophico.

A *estenose cervical* pôde ser congenita ou adquirida. A primeira, interessando ordinariamente todo o collo e acompanhando-se de outras anomalias dos órgãos genitales, pôde ser devida, não só á mucosa, que tapeta a porção vaginal, quando passa sem interrupção d'um labio a outro do collo, como á imperforação de todo o collo ou ao desenvolvimento imperfecto da sua porção vaginal. A segunda, a adquirida, é frequente e devida sobretudo a soluções de continuidade da mucosa, produzidas por traumatismos no momento do parto, por traumatismos operatorios, por cauterisações intempestivas, por catarrhos cervicaes e por ulcerações; lesões estas, que originam a formação de tecido fibroso cicatricial e adherencias. A estenose ainda pôde ser devida a tumores, desvios uterinos e á conicidade do collo.

Compreende-se bem que, quanto mais accentuada fôr esta estenose, quanto mais estreita fôr a abertura de entrada do canal cervical, maiores serão tambem as difficuldades para a penetração dos espermatozoides no orificio uterino; e quando esta estenose fôr completa, a esterilidade será absoluta.

Os *desvios uterinos* são muito frequentes e podem constituir obstaculos á fecundação. Sendo elles de muitas especies, ha comtudo duas que tem grande importancia sob o ponto de vista que nos occupa: queremos fallar das versões e das flexões.

A palavra versão traduz simplesmente inclinação total do utero. Esta inclinação pôde dar-se para diante, para traz e para os lados, constituindo assim a anteversão, a retroflexão, a lateroversão direita e a lateroversão esquerda.

A palavra flexão quer diz utero mais ou menos em fôrma de retorta. Quando o corpo é desviado para diante ha a anteflexão, quando para traz a retroflexão e com todos os graus de flexões possiveis.

Apesar das duas classes de desvios terem uma grande importancia sob o ponto de vista da esterilidade, contudo essa importancia não é igual. Assim as versões tem effeitos mais prejudiciaes sobre a fecundação, que as flexões, porque implicam sempre uma ectopia de todo o utero e portanto o deslocamento da sua porção vaginal n'um sentido absolutamente contrario ao do corpo; as flexões, no entanto, são para o utero uma situação mais grave, porque pódem provocar inflammções para e perimetricas.

Das versões é a anteversão que constitue a condição mais desfavoravel para a chegada do esperma ao utero, em virtude de coincidir frequentemente com a conicidade e estenose do collo. E geralmente congenita e attinge perto d'um terço das mulheres estereis.

A retroversão é, as mais das vezes, adquirida e resulta quasi sempre de perturbações da involução uterina, consecutivas ao primeiro parto. É a este desvio que se deve attribuir a esterilidade das uniparas, que em França é devida principalmente á pratica do malthusianismo, e n'outros paizes á retroversão e ás endometrites consecutivas a um primeiro parto, ou a um aborto.

A anteflexão não é causa absoluta de esterilidade, e, quando esta exista, é porque ha coexistencia de metríte e endometrite com parametríte posterior.

A retroflexão, geralmente nos primeiros annos da sua existencia, não impede a fecundação. Se a esterilidade mais tarde sobrevem, é porque ha tumefacção da mucosa uterina, resultante do catarrho e flaccidez do utero; é porque appareceram metrorrhagias profusas, perimetrites e ovarites, consequencias d'este desvio. De resto os desvios posteriores produzem a esterilidade em virtude da estenose, determinada pela flexão do canal uterino.

3.º SUB-GRUPO

Causas que se oppõem á retenção do esperma no utero.

Figuram aqui, como causas, *certos estados morbidos da mucosa uterina*, os quaes, ao mesmo tempo que não permitem a conservação do ovo, podem igualmente ter uma acção nefasta sobre a vitalidade dos espermatozoides. Estes estados morbidos são a metrite, endometrite, dysménorrhœa, catarrho uterino, a syphilis etc, de que fallaremos adiante, ao tratar-mos das causas que se oppõem á incubação do ovo. Elles não actuam aqui mecanicamente, mas chimica e pathologicamente, para produzir a esterilidade.

Sabemos que no estado normal as secreções, tanto uterinas como vaginaes, tem uma certa reacção, alcalina para as primeiras e ligeiramente acida para as segundas, reacções estas, que estão em relação com a composição d'essas secreções. Sabemos igualmente que essas secreções, e sobretudo a uterina, desempenham um papel muito importante na fecundação, visto que augmentam a vivacidade dos movimentos dos espermatozoides. Portanto, quando o liquido segregado pelas mucosas vaginal ou uterina se ache alterado na sua composição por uma inflamação ou affecção catarrhal do utero ou da vagina, isto é, quando a secreção vaginal se torne pronunciadamente acida e a secreção uterina acida, os espermatozoides são compromettidos nos seus movimentos, mesmo destruidos, e como resultado vem forçosamente a esterilidade.

A vagina póde, além d'isso, conter certos organismos pathogenicos, capazes de prejudicar a vitalidade dos espermatozoides, como oídium, trichomas vaginalis, globulos de pus, etc.

As *substancias chimicas* tem uma acção variavel sobre a vitalidade dos espermatozoides. Assim, ha umas que destroem a sua vitalidade; outras que não teem acção sobre elles; outras finalmente conservam-n'a, e mesmo augmentam-n'a.

Entre as primeiras figuram todos os acidos. Uma solução d'acido chlorhydrico ou acetico ao decimo millessimo mata os espermatozoides. O mesmo succede com o alcool, ether, sublimado e com todas as substancias, que coagulam os liquidos, onde elles se encontrem. Temos tambem os saes metallicos, e em especial o sublimado corrosivo, que os mata instantaneamente; a saliva, a agua pura e sobretudo a agua distillada.

As substancias que não tem acção sobre elles, são os narcoticos. O mesmo succede com a maior parte dos liquidos do organismo, taes como o muco, o leite, com tanto que não estejam acidos.

Entre as substancias, que conservam, e mesmo augmentam a sua vitalidade, figuram as preparações alcalinas e nomeadamente os chloretos e azotatos alcalinos na proporção de 1 por 100.

Ora as soluções não devem ser muito concentradas, nem muito fracas, de contrario produzem uma acção menos favoravel, ou mesmo deleteria.

Para activar a vitalidade dos espermatozoides, Koelliker dá preferencia á solução seguinte:

Azotato de potassa.....	1 gr.
Assucar	150 gr.
Agua	850 gr.

O conhecimento d'estes dados tem sobretudo importancia para a pratica de fecundação artificial, de que adiante fallaremos.

4.º SUB-GRUPO

Causas que se oppõem ao caminhar do ovulo

A *espessura exagerada das paredes folliculares* é em geral devida a membranas fibrosas, que se originaram por pelviperitonites anteriores. Estas neo-membranas, encerrando o folliculo n'uma carapaça resistente, impedem a queda do ovulo e produzem, portanto, a esterilidade.

O *deslocamento dos ovarios* pôde ser devido a tumores, inflammações de visinhança, ectopia ou hernia.

Os tumores ovaricos, como já dissemos, não prejudicando absolutamente a ovulação, senão quando attingem ambos os ovarios e em toda a sua extensão, modificam comtudo as relações dos ovarios e das trompas, impedindo a queda do ovulo, visto que as vesiculas de Graaf se encontram na visinhança do pediculo.

As inflammações de visinhança, taes como, a perimetrite, perisalpingite e pelviperitonite, dando origem a pseudo-membranas ou adherencias, podem deslocar os ovarios e causar assim a esterilidade.

A ectopia dos ovarios deve produzir adherencias, em virtude do contacto e attritos continuados dos ovarios contra o peritoneo, e assim impedir a queda do ovulo no pavilhão. Estas adherencias só se podem suspeitar, porque a sua verificação é muito difficil ou impossivel de fazer-se.

A hernia dos ovarios pôde produzir a esterilidade, não por suppressão de ovulação — visto que esta pôde dar-se apesar da situação anormal dos ovarios — mas sim por modificar as relações d'estes com as trompas.

As *modificações do epithelio, que une o ovario á trompa*, sem produzirem mudanças de situação d'estes órgãos, podem, em virtude da sua inflamação, annular as correntes de progressão do ovario para o pavilhão, pelo desaparecimento das cellulas vibrateis do epithelio, correntes de progressão essas que tão necessarias se tornam para se effectuar a emigração do ovulo.

A *ausencia ou o desenvolvimento rudimentar das trompas* são anomalias muito raras; mas quando existam, acompanham-se em geral d'atrophia uterina.

A *obliteração das trompas* é congenita, ou adquirida. A congenita é rara e pôde dar-se em todo o canal tubar, ou em certos pontos d'este.

A adquirida, podendo dar-se em todo o canal, apresenta-se mais especialmente na sua extremidade abdominal ou uterina. Reconhece por causas lesões do proprio órgão e lesões de visinhança.

Entre as lesões das trompas figuram neoplasmas e sobretudo inflamações, derrames sanguineos e suppurações. Entre essas inflamações merece especial menção a salpingite blennorrhagica. Esta pôde produzir obstaculos á fecundação, pelo facto da tumefacção da mucosa tubar, ou pela extincção das suas pregas, ou pelo desaparecimento do seu epithelio vibratil.

Entre as lesões de visinhança, mencionaremos os tumores uterinos, como myomas e polypos; a metrite e endometrite chronicas, ou qualquer alteração pathologica da mucosa uterina com hyperplasia local; finalmente as pelviperitonites e periovarites pelas lesões que deixam, como são a soldadura do ovario e do pavilhão, e a obliteração do oviducto com hydro e pyosalpingite.

Os *desvios tubares* pôdem ser produzidos por tumores uterinos ou ovaricos, por desvios uterinos e principalmente por adherencias e inflamações.

3.º GRUPO

Causas que se oppõem á incubação do ovo

Os vícios de desenvolvimento do utero, como utero fetal, utero infantil e utero bicorne, quando mesmo permittam a concepção, pôdem comtudo impedir a incubação do ovulo fecundado e occasionar assim a esterilidade.

— O utero fetal é aquelle que apresenta a mesma conformação, que tinha na segunda metade da vida intra-uterina. Apresenta os seguintes caracteres: o collo, relativamente comprido, tem a cavidade bastante larga e as pregas da mucosa normaes; o corpo, pouco desenvolvido, de paredes delgadas, e de forma triangular, é mais curto que o collo e tem as pregas da mucosa a convergir para o orificio externo; finalmente apresenta este orificio reduzido a uma abertura arredondada e muito estreita.

Com um utero assim, ha ordinariamente um desenvolvimento incompleto dos outros órgãos genitales, e até dos seios, assim como amenorrhœa, ou um fluxo catamenial insignificante.

— O utero infantil é aquelle que apresenta, depois da puberdade, a mesma conformação, que tinha na occasião do nascimento. Apresenta, como caracteres, um desenvolvimento exagerado do collo, o corpo em fôrma de cylindro, a sua mucosa lisa e a tunica muscular delgada. Ordinariamente acompanha-se d'um certo grau de atrophia dos órgãos genitales externos, (vulva, vagina e clitoris), e ás vezes d'ausencia de ovarios.

— O utero bicorne acompanha-se ordinariamente de bifidez da vagina e, em geral, não põe obstaculos á concepção. Ainda assim, os nascimentos são raros, quando ha utero e vagina duplos.

A *atrophia adquirida do utero* reconhece, por causas, certas doenças constitucionaes, taes como a chlorose, a anemia, etc, que sobreveem antes da epóca da puberdade.

N'este caso o utero apresenta-se pequeno, flacido, ordinariamente em anteflexão; a sua porção vaginal é apenas indicada. No entretanto distingue-se do utero fetal e do utero infantil pela ausencia de desproporção entre o corpo e o collo, pela existencia d'uma tunica muscular mais desenvolvida e sobretudo pela grande semelhança, quanto á fôrma e aspecto, com o utero normal d'uma mulher pubere.

Ha tambem uma *atrophia do utero*, chamada puerperal, que é consecutiva a affecções puerperaes graves em mulheres enfraquecidas por estados constitucionaes anteriores. O utero apresenta-se então sem consistencia e com as paredes adelgaçadas.

A *hyperplasia total ou parcial do parenchyma uterino*, acompanhada d'um augmento de volume de todo o utero, ou simplesmente d'um alongamento hypertrophico do collo, é a consequencia d'uma endometrite catarrhal, ou d'uma hypostase venosa, consecutiva a lesões valvulares, ou então d'uma involução incompleta depois do parto, ou d'um excesso de irritação sexual. Esta hyperplasia, pelas mudanças de fôrma que produz no collo e, muito principalmente, pelas alterações em geral atrophicas operadas na mucosa uterina, constitue um obstaculo á incubação.

A *endometrite chronica* pelas alterações, que determina na mucosa uterina, é uma causa frequente, que se oppõe á inserção do ovulo fecundado.

Essas alterações são as dos catarrhos chronicos: mucosa tumefacta, muito vascularisada, com as suas glandulas hypertrophizadas; o tecido interglandular, infiltrado de cellulas embryonarias; mudanças de fôrma do epithelio com substituição das cellulas vibrateis por cellulas cylindricas primeiramente, depois

por cellulas polymorphas analogas ás do epithelio pavimentoso.

Estas alterações impedem a incubação do ovo e a formação d'uma caduca normal, de maneira que o ovulo fecundado escapa-se para fóra do utero e morre.

Como já dissemos em lugar opportuno, a endometrite chronica pôde não só impedir a queda do ovulo no utero, quando a mucosa comprehendida entre o meato uterino e o orificio abdominal das trompas se acha tumefacta em virtude d'uma inflamação catarrhal; mas também exercer pelos seus productos de secrecção uma acção nefasta sobre a vitalidade dos espermatozoides.

Por aqui se vê qual deva ser a sua importancia sob o ponto de vista da esterilidade.

A *endometrite exfoliadora ou dysmenorrhœa membranosa* é um estado pathologico que faz com que do utero se escapem, sobretudo na epóca da menstruação, pedaços de membranas ou membranas inteiras. D'onde se infere, que a incubação é impossivel.

Apesar de Kleinvaechter, Charpignon, Kenning e outros relatarem casos de endometrite exfoliadora com gravidez, são elles comtudo excepçionaes.

O que pôde succeder é que esta affecção retroceda antes da menopausa, tornando então possivel a fecundação; mas este factó é muitissimo raro, porquanto a affecção desaparece geralmente no momento da menopausa.

A *infecção blennorrhagica* é uma causa muito frequente de esterilidade. Esta explica-se da seguinte maneira: ou pelo catarrho cervical, que impede a chegada dos espermatozoides ao utero, ou pelas alterações catarrhaes determinadas nas trompas (salpingite, hydro e pyosalpingite) que impedem a queda do ovulo no utero, ou finalmente pela endometrite,

perimetrite e metrite parenchymatosa, que põem um obstaculo á incubação do ovo.

Os *exsudatos peri-uterinos e adherências*, que são a consequencia de inflammações antigas e passadas ao estado chronico, como ovarites, para e perimetrites, pôdem produzir deslocamentos do utero e tornar este inapto para se dilatar e tomar o desenvolvimento indispensavel á gestação.

Os *tumores do utero*, ao mesmo tempo que produzem um obstaculo mecanico ao contacto do espermatozoide com o ovulo, pôdem tambem impedir a incubação, porque provocam um estado catarrhal e hyperplasia da mucosa uterina.

Entre os tumores, figuram os polypos e sobretudo os fibro-myomas. Quando estes são em grande quantidade, a mucosa uterina apresenta-se ordinariamente atrophiada e lisa e a sua secreção torna-se aquosa.

Schorler diz que a esterilidade dá-se em maior escala, quando os fibro-myomas são sub-serosos, do que quando mucosos, e isto porque aquelles dão lugar frequentemente a peritonites parciaes.

Os polypos, quando mesmo não impeçam a concepção, produzem o aborto, em virtude de hemorragias devidas á roptura dos capillares hypertrophiados dos proprios neoplasmas e regiões visinhas.

Um estado puerperal anterior tem uma certa influencia sobre a esterilidade temporaria, porque pôde dar lugar á mesometrite e á hyperplasia do tecido connectivo do utero.

A *retenção das secreções uterinas* pôde pôr um obstaculo á implantação ou á nutrição do ovo, porque provoca uma decomposição dos liquidos uterinos e prodnz assim estados morbidos da mucosa uterina, taes como mudanças de fórma dos epithelios, e ás vezes mesmo a sua destruição completa.

Os *excessos do coito*, porque provocam uma congestão permanente do utero e consecutivamente

uma irritação da sua mucosa uterina, pôdem impedir a incubação. É por este motivo, isto é, pela metrite chronica a que dão lugar, que a concepção é muito rara nas prostitutas.

CAUSAS GERAES

1.º GRUPO

Causas dependentes de diatheses e affecções constitucionaes

A *syphilis* é de todas as diatheses a que mais figura na producção da esterilidade. Actua de duas maneiras: ou oppondo-se á ovulação pela esclerose dos ovarios, ou destruindo o ovulo já fecundado.

E' este ultimo motivo, que explica a esterilidade das prostitutas. Estas não são infecundas, visto que o ovo é formado, mas são estereis porque este é expulso pouco tempo depois da sua formação. Estes abortos são muito frequentes nas mulheres syphiliticas, que nem sempre os notam, visto que ignoram as mais das vezes a sua prenhez e julgam simplesmente ter uma retardação na sua menstruação e uma pequena hemorrhagia. E' esta hemorrhagia que expulsa o ovulo fecundado.

De resto, todas as vezes que uma mulher se tornou esteril, passados muitos annos depois de contrahir a syphilis, somos authorisados a attribuir a esta a causa da esterilidade.

Com relação á *anemia*, *chlorose* e *tuberculose*, como causas de esterilidade, já d'ellas fallámos ao tractarmos das perturbações da ovulação.

2.º GRUPO

Causas dependentes de intoxicações chronicas

A *morphinomania* é muito frequente na mulher, porque não ha affecção ou complicações inflammatorias da pequena bacia, que não sejam combatidas pelo opio e seus derivados.

Lutaud, nos numerosos casos por elle observados, averiguou o seguinte: «que a morphina empregada regularmente pelo methodo hypodermico tem uma acção electiva sobre o apparelho utero-ovarico, supprime a menstruação, produz a impotencia, extingue por assim dizer a vida uterina».

Notou mais, que todas as morphinomanas não só eram amenorrheicas, mas tambem estereis, o que o levava a concluir, que o uso habitual da morphina arrasta necessariamente a esterilidade.

O *alcoolismo* foi considerado por Ducan como um factor de grande importancia na producção da esterilidade. Lutaud não é d'essa opinião, visto que na Inglaterra, onde o alcoolismo é muito espalhado, ha menos mulheres estereis do que no resto da Europa; além d'isso, sendo incontestavelmente as classes trabalhadoras as que mais abusam do alcool, nem por isso os *menages* são menos fecundos do que nas classes ricas; finalmente reforça a sua opinião, dizendo que não conhece lesão alguma do apparelho utero-ovarico, resultante do alcoolismo. Em contraposição a este ultimo facto, ha auctores e entre elles Kisch, que dizem que o alcoolismo, além de perturbações geraes e constitucionaes por elle determinadas, produz tambem lesões do apparelho utero-ovarico e nomeadamente a ovarite chronica.

3.º GRUPO

Causas dependentes de habitos viciosos

O *onanismo* foi em todos os tempos considerado, como causa de esterilidade. Ainda que este factor tenha uma certa importancia, sob ponto de vista que nos occupa, forçoso é confessar, que os factos de observação não são precisos e decisivos.

Ainda assim, Martineau, examinando os órgãos genitales externos da mulher dada ao saphismo ou á masturbação, notou n'elles certos signaes physicos, por meio dos quaes se podia reconhecer *facilmente*, se uma dada mulher se entregava a qualquer d'estes habitos viciosos. Ora convém dizer que esses signaes apresentam-se tambem em certos estados morbidos ou physiologicos, como vulvite, inflammação blennorrhagica, prurido vulvar e principalmente na prenhez, de maneira que elles não são sufficientes para affirmar, se uma mulher se entrega ao saphismo ou á masturbação.

Sem desprezar esses signaes para o diagnostico, contudo pensamos que será o exame moral habilmente conduzido o que mais e melhor nos illucidará n'este ponto.

A *prostituição* é uma causa bem conhecida de esterilidade. As estatisticas mostram bem a sua influencia nefasta.

Não se pense que são sómente os *abusos venereos* os unicos factores que concorrem nas prostitutas para produzir a esterilidade, são tambem certas affecções contrahidas do aparelho genital; são os processos mecanicos por ellas bem conhecidos de molde a impedir a concepção. Ellas não são *sempre* infecundas, e quando isso succeda, é depois de terem pago um largo tributo ás leis, que regem a repro-

dução. E tanto isto é verdade, que quasi todas ellas, no principio da sua desgraçada carreira, têm um ou mais filhos ou então abortos espontaneos ou provocados.

Apreciadas as principaes causas da esterilidade feminina, entremos agora no estudo do tratamento.

TRATAMENTO

Com as conquistas modernamente realizadas em *Gynecologia*, podemos dizer que esta questão da esterilidade entrou n'um campo verdadeiramente scientifico e pratico.

Não se pense, comtudo, que ella esteja completamente resolvida, porque n'um grande numero de casos a causa da esterilidade nos escapa, apesar de se empregarem os exames mais minuciosos. Em virtude d'isto, não nos espanta que o tratamento não seja sempre feliz; mesmo até os casos de cura são relativamente raros.

Mas, apesar d'isso, devemos convir em que a *Cirurgia uterina*, com os seus novos processos operatorios, muito e muito tem feito com o intuito de resolver este problema delicado e complexo da esterilidade. E bastante tem conseguido.

O tratamento é multiplo, variado, como multiplas e variadas são as causas da esterilidade. Não ha uma therapeutica uniforme, unica, para todos os casos,

mas sim uma therapeutica especial para cada caso em particular.

Além d'isso, o tratamento dirige-se mais para a esterilidade dependente de causas locais, porque são estas as que figuram maior numero de vezes, as que são mais facéis de apreciar e combater; as causas geraes, ao passo que são mais difficeis de reconhecer, não pôdem ser combatidas senão por meios therapeuticos muitas vezes incertos. O tratamento é, portanto, mais cirurgico do que medico, o que não quer dizer que não haja casos, que reclamem ao mesmo tempo ambos os tratamentos.

Feitas estas ligeiras considerações, entremos propriamente no tratamento. Dividimol-o em *prophylactico* e *curativo*.

TRATAMENTO PROPHYLACTICO

Variadissimas seriam as considerações que poderíamos apresentar, respeitantes a este genero de prophylaxia; mas, para não ser demasiado longo, referiremos sómente as que se nos afiguram de maior importancia.

—O desenvolvimento geral e em especial o do aparelho genital, são os primeiros requisitos, que se exigem á mulher, que vai casar. Egualmente é indispensavel, que o homem seja de forte constituição e de potencia sexual normal.

Ora este desenvolvimento completa-se ordinariamente na mulher aos 20 annos, e no homem entre os 23 e 24 annos.

E' bem evidente que este desenvolvimento se torna indispensavel, no ponto de vista da fecundidade. D'aqui se conclue que o casamento precoce não deve ser permitido.

Já Darwin dizia «que os animaes, os mais robus-

tos e que cumprem melhor os seus deveres sexuaes são os que terão a posteridade mais numerosa».

— A consanguinidade entre os conjuges é um factor importantissimo de esterilidade. A sua influencia desastrosa é tal, que ha até uma aversão geral nos povos a contrahir casamentos entre parentes proximos, aversão esta que existiu em todos os tempos. E isto tem rasão de ser, desde o momento que nos lembremos, que a homogeneidade dos temperamentos dos esposos póde fazer com que se transmittam, ao maximo, aos descendentes as suas diatheses, os seus vicios de evolução. Um certo contraste entre os temperamentos respectivos deve, por consequencia, favorecer a fecundação.

Infelizmente é certo que as classes elevadas da sociedade desprezam por completo esta consideração; o casamento faz-se precocemente e com proximos parentes, que já se acham esgotados algumas vezes por excessos venereos. Não admira, portanto, que os casamentos infecundos atinjam uma cifra espantosa e desanimadora.

— Principalmente durante o periodo catamenial, a mulher deve evitar os movimentos desordenados, os saltos, a dança, as falgas violentas, a equitação, as mudanças bruscas de temperatura, os resfriamentos dos orgãos genitales, o coito; de contrario podem sobrevir lesões traumaticas e inflammatorias do ovario, do tecido cellular pelvico e do peritoneo, capazes de produzir a esterilidade.

— A masturbação, praticada em grande escala pelas adolescentes, deve ser evitada, para não surgirem mais tarde affecções uterinas com as suas consequencias tão desastrosas.

— Durante a puberdade deve ser evitado tudo que possa ter uma influencia prejudicial sobre a menstruação, e n'este sentido recommenda-se um regimen dietetico conveniente.

— Os esposados devem ser sufficientemente in-

struidos nos mysterios da cohabitação para não succeder que, na noite de nupcias, se desenrolem scenas tristes e desagradaveis, que podem até comprometter a felicidade d'essa união tão venturosamente concebida. Se tocámos n'este ponto, foi com o intuito de dizer que o coito mal desempenhado pôde criar o vaginismo, que, como dissémos, é uma affecção assás frequente e, quando bastante pronunciada, é quasi sempre acompanhada de esterilidade.

— Durante a chamada *lua de mel*, os excessos do coito devem ser evitados, porque podem provocar a colpite e a metrite agudas. Não se devem igualmente aconselhar as viagens dos noivos, tanto em moda nas classes elevadas da sociedade, porque expõem os órgãos genitales, já irritados pelas relações sexuaes, a fadigas, a jornadas, a resfriamentos, etc.

— Depois do parto, deve-se olhar de perto o grau de retracção do utero, e não deixar levantar a parturiente, senão depois da involução completa do utero. Se este preceito não fôr observado, a mulher corre o risco de se tornar esteril, e então a esterilidade explica-se pela involução incompleta do utero, pelos desvios, catarrhos e exsudatos uterinos.

— Finalmente, quando appareça qualquer affecção sexual localisada, deve-se ter todo o cuidado em combatel-a logo de principio.

TRATAMENTO CURATIVO

TUMORES DA VULVA. Os mais frequentes são as vegetações, os kystos, a elephantiasis, os fibromas e os lipomas.

As vegetações vulvares ou condylomas são extra-hidas com o bisturi, com as tesouras ou com o thermocauterio. Devemos comtudo acautelar-nos contra as hemorrhagias secundarias.

Nos kystos faz-se a incisão com ou sem excisão

da parede, seguida de cauterisação de toda a extensão da bolsa kystica.

O tratamento da elephantiasis, dos fibromas e dos lipomas é a ablação com o bisturi.

VULVITE. Na vulvite aguda o tratamento consiste em banhos repetidos d'agua quente, e na applicação de cataplasmas quentes de farinha de linhaça e em loções com acetato de chumbo e opio. Para a vulvite chronica prescrevem-se lavagens frequentes com uma solução d'acido phenico a 2 0/0, ou então uma loção adstringente.

SOLDADURA DOS LABIOS. Faz-se a desunião pela incisão ou desbridamento.

PERSISTENCIA E RIGIDEZ DO HYMEN. No primeiro caso pratica-se a dilatação gradual do orificio hymeneal pela introdução de esponjas preparadas, ou então a dilatação brusca durante a anesthesia; no segundo caso faz-se a incisão do hymen, acompanhada da dilatação vaginal até á completa cicatrização da ferida.

AUSENCIA DA VAGINA. O tratamento aqui empregado é a restauração da vagina. Esta operação é sómente indicada, quando a ausencia da vagina coincide com a presença do utero.

Não ha regras precisas para praticar esta operação, visto que os successos por ella obtidos não são muito frequentes.

Comtudo, tres são os processos que se offerecem na prática: o *recalcamento*, a *incisão* e a *electrolyse*.

— O recalcamento foi empregado por Amussat, que obteve um successo. Este cirurgião recalcou successivamente a mucosa vulvar no ponto em que deveria existir o orificio vaginal até á profundidade

de 5 centímetros ; em seguida fez uma incisão e penetrou na bolsa sanguinea, formada pela accumulacão do sangue das regras ; finalmente, com as esponjas preparadas manteve a dilatacão.

— A incisão foi praticada por Baker Brown. Este cirurgião fez o seguinte : introduziu uma sonda na bexiga e um dedo no recto ; depois fez a incisão muito lentamente, tendo o cuidado de fazer a cada golpe de bisturi uma dupla exploracão com o intuito de conservar o instrumento a igual distancia da urethra e do recto.

— A electrolyse, praticada por Leon Le Fort, consiste no seguinte : primeiro uma incisão superficial da vulva, depois introducção na ferida do polo negativo em fôrma de cone de seis elementos até abrir um caminho até o utero ; finalmente dilatacão, durante muitos mezes, com esponjas e mechas preparadas.

Por isto se conclue, que a restauracão da vagina é possivel e indicada todas as vezes que ha presençã do utero, e que a mulher esteril a reclama.

ATRESIA DA VAGINA. Se a atresia é pouco pronunciada, pratica-se simplesmente a punção com um bisturi ; se pelo contrario é muito pronunciada, é preciso eliminar massas de tecido duro e compacto com instrumentos, ora cortantes, ora rhombos, ou com o galvano-cauterio, operacão muito difficil.

BIFIDEZ DA VAGINA. Só se intervem, quando cada um dos canaes é muito estreito para deixar passar o penis. N'este caso faz-se desaparecer o septo divisor com o thermocauterio, ou lentamente com a ligadura elastica, ou com o esmagador.

ABERTURA DA VAGINA N'UM LUGAR ANORMAL. Para este vicio de conformacão nenhum tratamento cirurgico tem sido applicado. De resto tal anomalia não

constitue um obstaculo absoluto á concepção, pois que o coito pôde fazer-se pelo canal collectivo.

AFFECCÕES CATARRHAES DA VAGINA. Prescrevem-se as irrigações repetidas á temperatura de 25 a 30° com as soluções alcalinas (azotatos ou chloretos) a 4 por 1000, ou com as soluções de sulfato de cobre ou de zinco a 5 por 1000.

Para combater a acidêz pronunciada das secreções vaginaes, e portanto a sua acção nefasta sobre a vitalidade dos espermatozoides, emprega-se, além das injecções alcalinas, uma solução de assucar de 15 a 25 por 100, addicionada de 1 por 1000 de potassa caustica.

Estas injecções devem ser aconselhadas antes do coito, e praticadas durante alguns dias, que precedem a fecundação artificial.

Para combater a acidêz das secreções utero-vaginaes, Charrier indica a seguinte solução, como dando optimos resultados:

Agua.....	1:000 gr.
Clara d'ovo.....	1
Phosphato de soda.....	59 gr.

TUMORES DA VAGINA. Podem ser kystos, tumores fibrosos, o cancro e o sarcoma.

Nos kystos faz-se a incisão com ou sem excisão da sua parede, seguida de cauterisação de toda a extensão da bolsa kystica.

O tratamento dos tumores fibrosos é o seguinte: incisão do kysto, depois a separação do tumor, se é sessil, ou a divisão do pediculo, se é pediculado.

O tratamento do cancro consiste em extirpar, tanto quanto possivel, a massa cancerosa com o cauterio, cureta ou bisturi; depois faz-se a reunião da ferida com suturas profundas.

No caso de sarcoma pratica-se a sua ablação, que é tanto mais facil, quanto o tumor é mais circumscripto.

VAGINISMO. O tratamento d'este estado morbido é essencialmente cirurgico. Dois são os meios mais empregados para o curar: a *secção do esphincter vaginal* e a *dilatação*.

— A secção do esphincter vaginal ou hymenotomia foi o modo do tratamento, que Sims mais ardentemente preconizou na cura do vaginismo. Vejamos como este illustre cirurgião procedia:

Depois de ter anesthesiado a doente, fazia de cada lado da linha mediana uma incisão profunda, dirigida de cima para baixo, que terminava no raphe do perineo e que formava o lado d'um Y. Cada uma d'estas incisões devia interessar ao mesmo tempo o tecido vaginal, o annel vulvar e o perineo, e ter pouco mais ou menos duas pollegadas de comprimento.

Sims operou 59 mulheres de vaginismo, e apesar de a affecção em muitas d'ellas ser acompanhada d'outros obstaculos á concepção, taes como menstruação dolorosa, contracção do orificio uterino externo, conicidade do collo, tumores fibrosos ou desvios uterinos, comtudo 6 das suas operadas conceberam.

Este é o meio de tratamento o mais radical, apesar de haver quem diga que elle é pouco seguro, visto que dá da mesma maneira lugar á hyperesthesia, que então resulta da cicatriz consecutiva á excisão.

A dilatação é gradual ou brusca.

— A dilatação gradual pratica-se com as mechas ou esponjas preparadas, cujo volume se vai augmentando gradualmente. Lutaud dá preferencia á esponja preparada.

Este meio de tratamento é geralmente recusado pelas doentes, que não querem expôr-se, du-

rante um longo tempo, a um tratamento tão doloroso.

—A dilatação brusca dá melhores resultados e o seu uso tende a generalizar-se. Vejamos, como se pratica:

Anesthesia-se a doente e, durante esta, faz-se a dilatação de duas maneiras: ou com os dedos pollegares appostos pela sua face dorsal, mantendo o orificio distendido durante alguns minutos, ou então com especulos apropriados; depois applica-se o tampão vaginal com gaze iodoformada durante alguns dias.

Resumindo, diremos que se deve primeiramente combater o vaginismo pela dilatação brusca durante a anesthesia; mas, quando este modo de tratamento não dê resultado, pratica-se a secção do esphincter vaginal.

ATROPHIA PRIMITIVA DO UTERO. Quando esta dependa d'uma debilidade geral e da chlorose, o tratamento consiste n'uma boa alimentação, tonificação do organismo e a medicação ferruginosa, combinado tudo isto com um tratamento local, como banhos d'assento, irrigações, escarificações da porção vaginal do utero, pessarios-intra-uterinos e a electricidade.

Kisch dá preferencia ao seguinte tratamento local: manda fazer durante algum tempo injeccões vaginaes frias, afim de dar ás partes a sua tonicidade normal; depois pratica de vez em quando o catheterismo uterino para irritar o utero, e com esta irritação promover o desenvolvimento da sua musculatura.

ATROPHIA SECUNDARIA DO UTERO. Quando esta atrophia se acompanhe de amenorrhœa ou de fluxo catamenial insignificante, aconselha-se o emprego de tu-

tores intra-uterinos com o intuito de elevar não só o grau de hyperhemia dos órgãos genitales, mas também de collocar estes nas melhores condições de nutrição, e de promover uma excreção sanguinea mais abundante. Martin dá preferencia aos tutores metallicos de zinco e cobre, que devem ter um comprimento e uma espessura em relação com o calibre do collo e a profundidade do utero. Martin, tratando assim nos casos de atrophia uterina, encontrou melhoras consideraveis na quarta parte dos casos; houve mulheres, que, depois de sujeitas a este tratamento durante alguns mezes, se tornaram multiparas e pariram a termo.

ALONGAMENTO HYPERTROPHICO E CONICIDADE DO COLLO. O tratamento instituido é essencialmente cirurgico, consistindo na amputação do collo.

Esta operação foi praticada pela primeira vez por Ambroise Paré, depois por Tulpius, d'Amsterdam, e finalmente generalisada por Lisfranc e Huguier. Era sobretudo recommendada, e praticada nos casos de cancro do collo uterino. O abuso, que então se fazia d'esta operação, fez com que ella caisse n'um certo descredito, para o que também contribuiu poderosamente o apparecimento da hysterectomia vaginal.

Comtudo, no caso de que nos occupamos, ella tem a sua indicação valiosa.

Esta operação pratica-se com o bisturi ou com o galvanocauterio.

—Vejamos, como se pratica no primeiro caso.

Colloca-se a doente no decubito lateral esquerdo e anesthesia-se, depois na posição genu-peitoral introduz-se o especulo univalvo, agarra-se com o tenaculo ou com uma pinça o collo uterino, e puxa-se docemente para a vulva. Feito isto, e operando debaixo d'uma irrigação d'agua morna phenicada, fende-se de cada lado o collo com o bisturi até perto da sua inserção vaginal, tira-se rapidamente a me-

tade anterior, depois a metade posterior. D'esta maneira fica uma ferida circular, cujos bordos se atravessam de diante para traz com quatro suturas, duas de cada lado do canal cervical, tendo o cuidado de obter uma coaptação a mais completa da ferida, com o intuito de sustar não só a hemorragia, mas também de obter a reunião imediata.

Estas suturas devem ser feitas de preferencia com fios metallicos.

— Vejamos, agora, como se pratica a amputação com o galvano-cauterio.

Depois de ter anesthesiado a doente, introduz-se o especulo univalvo; em seguida agarra-se com uma pinça apropriada o collo com o fim de o abaixar á vulva. Feito isto, procede-se á parte mais importante da operação, que consiste na collocação do fio de platina do galvano-cauterio na base do collo. O fio, tendo 30 ou 40 centimetros de comprimento e recurvado em ansa, é apresentado á extremidade da vulva pela concavidade da ansa com o fim de attingir o fundo do sacco anterior. N'esta occasião imprime-se ao fio com os dedos indicadores uma direcção tal, que os dois ramos da ansa caiam perpendicularmente ao collo, e se ajuntem ao nivel do fundo do sacco posterior. Colocado assim, o fio é então aquecido ao rubro muito sombrio, de maneira a operar a dieresis lentamente e a evitar toda a hemorragia secundaria.

ESTENOSE CERVICAL. O seu tratamento é essencialmente cirurgico. Dois são os methodos de tratamento empregados: a *dilatação gradual* e a *dis-cisão*.

— Para operar a dilatação, pode-se empregar duas especies de meios: ou tentas expansiveis, ou dilata-dores mecanicos.

As tentas mais usadas são a esponja preparada e a laminaria digitata. Qual d'ellas é preferivel? E'

a laminaria, porque penetra mais facilmente no utero, opera uma dilatação mais regular, mais profunda e mais rapida, é mais facil de retirar e de se obter aseptica. Emquanto á esponja, a sua introdução é difficil, não só porque a sua extremidade não é sufficientemente rigida, mas tambem porque não sendo polida agarra-se ás paredes uterinas, não podendo, portanto, atravessar rapidamente o orificio interno; além d'isso, ella não dilata d'uma só vez o utero até o fundo, é preciso para isso introduzir esponjas successivas, com o que se corre o risco de apparecer accidentes scepticos; ella é difficil de retirar pelo facto de se prender á mucosa uterina, arrancando assim pedaços d'esta; finalmente não é absolutamente aseptica, por melhor que seja preparada.

As laminarias podem ser cheias ou excavadas. Estas são as mais empregadas, porque incham mais rapidamente. Antes de se usarem, deve-se raspar a sua camada externa, que estava exposta ao ar e aos contactos suspeitos; em seguida mergulham-se n'um liquido antiseptico, e immediatamente depois introduzem-se.

Os dilatadores mecanicos empregados são os de Pajot, de Huguier e de Sims; mas tambem teem os seus inconvenientes, porque substituem a força mecanica á acção desmedida da mão.

A introdução d'estes apparatus, tentas ou dilatadores, é muito facil, sendo, portanto, desnecessario fazer a sua descripção.

Pergunta-se agora, se a dilatação praticada quer com a esponja, quer com o dilatador mecanico, quer mesmo com a laminaria, se obtem sempre completa, egual e por muito tempo? Nem sempre. N'estes casos, é aconselhado praticar a dilatação pelo methodo de Vulliet.

Para a effectuar, colloca-se a doente na posição genu-peitoral e levanta-se o perineo com uma valva

bastante larga, o que se torna necessario para pôr bem á vista o orificio externo do collo uterino. Feito isto, nota-se a direcção e o calibre do canal uterino; se este se apresenta largo, pratica-se desde logo a dilatação com os tampões; se pelo contrario retrahido, tortuoso ou angular, torna-se necessario dar ao canal a permeabilidade necessaria com uma laminaria ou com o catheterismo progressivo, até que os pequenos tampões possam penetrar facilmente até o fundo do utero. Em seguida segura-se o meio do tampão com uma pinça, dirige-se para o orificio uterino externo e repelle-se até uma certa profundidade do collo. N'este acto póde succeder que o tampão se molhe de mucosidades, tornando-o escorregadio e saia para fóra, auxiliado tambem pelas contracções uterinas. N'este caso torna-se necessario sacrificar alguns tampões, até que a cavidade uterina se ache limpa d'essas mucosidades.

Introduzido o primeiro tampão, introduz-se egualmente um segundo e assim successivamente, de maneira que a cavidade uterina esteja cheia até o orificio externo, tendo o cuidado de dispôr os tampões de modo que a sua agglomeração forme um cone, cujo vertice esteja virado para o fundo do utero.

Estes tampões devem ficar no utero 48 horas, findas as quaes se substituem por outros mais volumosos.

O utero vai-se tornando mais flacido e extensivel, e a sua cavidade vai-se dilatando. Não é necessario, no ponto que nos occupa, dilatar a cavidade desmedidamente; isto só seria necessario, quando fosse preciso praticar a extracção de neoplasmas uterinos. No fim de cinco ou seis sessões, necessarias para se effectuar a dilatação, examina-se a cavidade com um speculo intra-uterino.

Vejamos agora, como se preparam os tampões: Mergulham-se bocados d'algodão em uma solução etherea de iodoformio (1 para 30 d'ether), e deixam-

se seccar. O ether evapora-se, e o iodoformio deposita-se totalmente á superficie do algodão. Nunca se devem applicar tampões húmidos, não só porque o contacto do ether é doloroso e irritante, mas também porque o iodoformio em dissolução é facilmente absorvido.

—Como dissemos, o outro meio de tratamento é a *discisão*.

Esta operação pôde fazer-se com qualquer dos instrumentos seguintes: metrotomo de Simpson, uterotomo de Sims, bisturi e tesouras.

O metrotomo é um bisturi de lamina occulta, analogo ao uterotomo, tendo no cabo um buraco por onde sae a lamina, quando se retira o instrumento. Este pôde ser simples ou duplo. O duplo é preferivel, porque dispensa novamente a sua introdução, o que se não dá com o metrotomo simples.

—Vejamus, como se pratica a operação com o metrotomo:

Introduz-se a ponta estreita do instrumento no orificio cervical, previamente dilatado com uma laminaria; em seguida fazem-se sair as laminas do instrumento por meio d'um mecanismo collocado no cabo; finalmente faz-se a incisão bilateral, puxando o instrumento para o operador.

Accusou-se o metrotomo de cortar brutalmente os tecidos, e mesmo de poder penetrar no peritoneo e assim produzir desordens graves.

Tal accusação não é fundada, desde que o instrumento é utilizado sómente para fazer desapparecer a estenose do orificio externo; se, porém, elle fôr empregado nos casos de estenose do orificio interno ou nos casos de flexões muito pronunciadas, tal accusação tem razão de ser, porque então elle cortaria os tecidos a profundidades desiguaes e não respeitaria a obliquidade do orgão.

—Vejamus, agora, como se pratica a discisão com as tesouras.

As tesouras geralmente empregadas são as de Kuchenmeister, que apresentam a seguinte disposição: a lamina interna é mais comprida que a externa; esta tem um colchete, destinado a agarrar o collo, e a oppor-se ao seu escorregamento depois da secção.

Collocada a doente na posição genu-peitoral, introduz-se uma valva de Sims ou de Simon. Em seguida, servindo-nos d'uma pinça de garra, prende-se o collo e conduz-se á vulva. Feito isto, introduz-se profundamente a lamina mais comprida das tesouras no orificio cervical, previamente dilatado com uma laminaria, em quanto que com o colchete da lamina externa se segura o collo. Depois faz-se a incisão d'um dos lados e em seguida do lado opposto.

Esta operação deve ser praticada com os maiores cuidados antisepticos.

A discisão, praticada com o metrotomo ou com as tesouras e segundo os processos apontados, será sufficiente para fazer desaparecer a estenose cervical? Nem sempre. Se dizemos assim, é porque a estenose cervical ás vezes acompanha-se d'uma flexão muito pronunciada, e n'este caso uma simples incisão bilateral, alargando o canal transversalmente, não modifica as relações das duas superficies oppostas.

Para obviar a esta disposição, Sims tratava a estenose cervical, produzida por anteversão, da seguinte maneira:

Depois de ter collocado a doente na posição conveniente e introduzido a valva, agarrava com um tenaculo o labio anterior, em seguida cortava com as tesouras o labio posterior o mais alto possivel. Feito isto, introduzia o seu bisturi articulado na cavidade uterina e cortava os tecidos de maneira a fazer desaparecer o obstaculo, resultante da curvatura do canal; finalmente applicava um pequeno tubo de

vidro na cavidade cervical com o fim de manter a dilatação.

Este tubo de vidro é vantajosamente substituído pelos tampões de gaze iodoformada, que de resto devem ser applicados em toda a discisão, durante 24 ou 48 horas, qualquer que seja o processo empregado para a effectuar.

ENDOMETRITES. O seu tratamento é prophylactico e curativo.

O primeiro consiste em meios hygienicos, como lavagens, banhos geraes e locaes, os ares dos campos, dos montes e do mar. Os individuos, predispostos a contrahir affecções catarrhaes das mucosas, devem usar das abluções frias, seguidas de fricções, e tambem dos banhos do mar. Para as escrophulosas e anemicas instituem-se os iodados e os ferruginosos.

O tratamento curativo consiste nos *casos agudos* em fomentações geladas, escarificações ou acupunctura da porção vaginal, sangrias locaes, applicação de sanguesugas no baixo ventre e purgantes energicos; nos *casos chronicos* instituem-se as irrigações vaginaes, escarificações do collo uterino, os causticos e certas aguas thermaes.

Ainda assim, o melhor tratamento é a curetagem uterina.

DYSMENORRHEA MEMBRANOSA. A curetagem uterina é o melhor tratamento. Se as doentes são escrophulosas ou anemicas, é preciso tambem submettel-as a uma alimentação fortificante, administrar-lhes ferruginosos, oleo de figado de bacalhau e aconselhar-lhes os ares frescos e puros.

DESVIOS UTERINOS. D'uma maneira geral, os desvios uterinos reclamam um tratamento mecanico,

que tem por fim dár ao órgão deslocado a sua posição normal, quer com a mão, quer com instrumentos especiaes, taes como pessarios, tutores intra-uterinos e a sonda. Na escolha do pessario deve-se ter em vista que elle não ponha obstaculo ao coito, e n'este sentido emprega-se o de Hodge, o de Schultze ou o de Vulliet. Convém notar que os pessarios, embora não curem os desvios, podem comtudo ajudar a concepção, produzindo uma redução passageira durante o coito.

Se, nos casos de desvios uterinos, a esterilidade é occasionada por processos inflammatorios do utero ou dos órgãos visinhos, ou por um catarrho do corpo ou do collo, o tratamento será dirigido contra estas affecções: para isso empregam-se os tampões, impregnados de iodeto de potassio e de iodoformio, sobre a porção vaginal; regularisam-se as dejecções, ordenam-se os exercicios musculares bem escolhidos, exige-se a contenção conveniente do baixo-ventre, etc. Ao mesmo tempo que se tratam os desvios, deve-se instituir um regimen tonico e fortificante.

Mencionaremos o methodo de tratamento, que Talbot emprega no caso de esterilidade, produzida por flexões uterinas, e que vem relatado na «Revista das sciencias medicas» de 15 d'abril de 1891.

Este cirurgião, depois de ter curado qualquer catarrho utero-vaginal concomitante, dilata o collo com dilatadores de differentes calibres; em seguida, para manter a redução, applica um pessario durante alguns mezes. Aconselha, além d'isso, á mulher não ter nenhuma relação sexual, antes que uma epoca menstrual regular tenha seguido o tratamento.

INFECÇÃO BLENNORRHAGICA. O melhor tratamento é o das irrigações e injeções microbicidas com uma solução bastante diluida de nitrato de prata ou de sublimado corrosivo.

ADHERENCIAS E EXUDATOS PERI-UTERINOS. Provo-
ca-se a sua metamorphose regressiva pela massa-
gem e balneotherapia.

SALPINGITES. O seu tratamento, sob o ponto de
vista da cura da esterilidade, consiste no seguinte: re-
pouso absoluto, irrigações vaginaes quentes e prolon-
gadas, purgantes ligeiros; se ha dores agudas, ins-
tituem-se a escarificação do collo, os sanguesugas nas
fossas iliacas ou melhor pequenos vesicatorios suc-
cessivos com 1 centigramma de chlorydrato de mor-
phina cada um, os clysteres com laudano, valeriana
ou chloral.

Nas salpingites de começo dá bons resultados a
curetagem uterina, seguida de injeccões de tinctura
de iodo; na salpingite chronica sobretudo a massa-
gem e a electricidade.

Se este tratamento, recommendado durante alguns
mezes, não der resultado, ou então se houver suspei-
tas, pelos symptomas, de que se trata d'uma salpin-
gite purulenta, o cirurgião deve praticar a oophoro-
salpingotomia, embora seja sacrificada a fecundidade
da mulher.

OVARITES. Na ovarite aguda instituem-se as irri-
gações vaginaes quentes, vesicatorios in loco dolenti
e internamente o brometo de potassio.

Na ovarite chronica prescrevem-se sobretudo as
irrigações vaginaes quentes, os vesicatorios e interna-
mente a associação do brometo e iodeto de potassio
em fraca dose. Tambem se podem applicar os tampões
de glicerina no fundo de sacco abaixo do ovario.
Estes tampões, além da sua acção antiseptica, dimi-
nuem a congestão por causa da affinidade da glyce-
rina para a agua.

PERIOVARITES. O tratamento aconselhado é o mes-
mo das ovarites chronicas.

AMENORRHEA E FLUXO CATAMENIAL INSIGNIFICANTE.

Antes de se instituir qualquer tratamento, torna-se necessario averiguar, se estas perturbações da menstruação dependem d'algum vicio de desenvolvimento dos orgãos sexuaes (ausencia ou desenvolvimento rudimentar do utero e dos ovários, utero fetal ou infantil, atrophia congenita do utero), ou d'alguma affecção dos ovarios (oophorite, tumores e tuberculose ovaricas), ou do utero (metrite e endometrite agudas e chronicas, parametrite, involução precoce ou atrophia do utero); se tambem dependerão de doenças geraes constitucionaes (chlorose, thysica, polysarcia), ou de mudanças bruscas nas condicções de vida e do meio.

O tratamento será dirigido de preferencia contra as perturbações de nutrição e as modificações morbidas do aparelho genital. Para isso, instituem-se os tonicos e resolutivos. Se sobrevem molimen menstrual ou congestões supplementares n'outro orgão, empregam-se os emmenagogos.

Como tratamento local, empregam-se as escarificações periodicas da porção vaginal, o catheterismo, os pessarios intra-uterinos, a hydrotherapia local, a electricidade, os banhos d'assento, as irrigações uterinas mornas, os pediluvios quentes, fomentações quentes nos lombos e no sacro, ventosas seccas ou escarificadas sobre a região sagrada, sinapismos na parte interna das coxas e baixo-ventre.

Internamente dá-se o aloes como purgativo, e sobretudo o apiol como emmenagogo.

Se a amenorrhœa é dependente da obesidade, instituem-se as aguas sulfatadas sodicas, que dão optimos resultados.

Quando dependa da debilidade, lymphatismo ou escrophulose, prescrevem-se os banhos de mar; quando da chlorose, o ferro, ares do mar, aguas ferruginos e ares dos montes.

DYSMENORRHEA. O seu tratamento é variavel com a causa ou causas, que a originaram. Se a dysmenorrhœa é dependente de metrites, endometrites e perimetrites, dirige-se o tratamento contra estes estados morbidos; se depende de neomembranas, provenientes de pelviperitonites, periovarites, peri ou parametrites e estas são as causas mais frequentes, instituem-se os purgantes ligeiros, banhos e fomentações mornas, os tampões d'algodão embebidos em glicerina iodoformada ou em glyceroleo d'iodeto de potassio iodado, collocados no fundo da vagina durante algumas horas, e tambem pinceladas de tinctura de iodo no collo e na abobada vaginal, combinadas com outras na parede abdominal correspondente. Internamente o apiol dá optimos resultados.

Durante o tratamento deve evitar-se toda a excitação genital, e ao mesmo tempo deve haver um repouso physico e completo.

OBESIDADE. O tratamento para esta diathese consiste n'uma dieta bem ordenada, associada à balneotherapie, e sobretudo na massagem abdominal e uterina. Esta massagem não só reduz o tecido adiposo, mas tambem estimula a funcção utero-ovarica.

MORPHINOMANIA. Aqui a unica indicação therapeutica consiste na diminuição forçada e progressiva das doses de morphina.

Lutaud, observando um grande numero de morphinomanas, nas quaes predominava a suppressão da menstruação, relata dois casos notaveis, curados, um em dois mezes, o outro em cinco, com este tratamento.

ALCOOLISMO. O tratamento n'este caso resume-se na suppressão do uso das bebidas alcoolicas.

Ducan observou mulheres dadas ao alcoolismo e estereis ha annos por este facto, que se tornaram fecundas pela suppressão, durante um anno, de toda a bebida alcoolica.

HABITOS VICIOSOS. Os unicos meios, que temos ao nosso dispôr para combater estes vicios, são os meios moraes.

FALTA D'APPETITE SEXUAL. E' sabido que a excitação sexual da mulher no momento do coito representa um papel importantissimo na fecundação, porque produz reflexamente um augmento d'actividade das glandulas intrinsecas do collo do utero, resultando d'esta hyperactividade a formação d'um liquido de secreção, que favorece a motilidade e a penetração dos espermatozoides no utero. Este facto corrobora a opinião universalmente espalhada no povo — que a fecundação exige a excitação sexual na mulher. Portanto, quando esta excitação falte ou seja insufficiente, a fecundação não é favorecida por este factor importantissimo.

Para remediar este inconveniente, recommenda-se a provocação d'um desejo violento por caricias e outros estímulos e meios apropriados, a separação de tempos a tempos dos conjuges, separação esta, que tem uma influencia benefica e ás vezes decisiva na esterilidade adquirida.

Ha relatados exemplos notaveis de cura da esterilidade em seguida á convalescença de doenças febris, e que talvez tenham a sua explicação na separação momentanea dos conjuges.

Para terminar a nossa dissertação, resta-nos dizer algumas palavras sobre a *fecundação artificial*, como o ultimo recurso a que se póde lançar mão, quando os outros meios de tratamento, empregados para combater os obstaculos mecanicos á penetração do esperma no utero, não dérem resultado.

FECUNDAÇÃO ARTIFICIAL

HISTORIA. Já no seculo ultimo Swammerdans e Roesel faziam as suas tentativas de fecundação artificial nas especies inferiores sem resultado, e Spallanzani fecundava artificialmente e com successo muitos mammiferos, experiencias estas que o faziam convencer da possibilidade da fecundação artificial na especie humana; já succedia isto, quando em 1838 Girault fez com bom exito a sua primeira experiencia na mulher. Depois continuou a praticar esta operação, e em mais nove casos viu os seus esforços coroados.

Egualmente Gigon, Lesueur e Delaporte foram muito felizes nas suas tentativas de fecundação artificial.

Em 1866, Sims ensaiando tambem esta operação em 27 casos, viu a prenhez produzir-se n'um d'elles.

Mas, apesar d'alguns successos que esta operação offerecia na mão de certos praticos, ella não deixou de ser banida, não só porque fez nascer escrúpulos d'ordem social e moral, mas tambem porque

algumas vezes era seguida de accidentes perigosos, taes como a peri e parametrite.

Sómente quando Courty publicou um livro, em que indicava summariamente um processo operatorio, é que ella começou a ser mais accete mesmo para aquelles que, como Pajot, mais a rejeitavam.

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES. Esta, como qualquer outra operação, tem as suas indicações e contra-indicações.

Vejamos umas e outras.

E' indicada nos seguintes casos :

- 1.º Quando os outros meios racionaes de tratamento não dérem resultado.
- 2.º Nas estenoses, sobretudo nas estenoses em flexão do segmento superior do canal cervical.
- 3.º Quando a composição das secreções da mucosa do collo é deleteria.
- 4.º Quando ha hypospadias muito pronunciado do penis.

E' contra-indicada :

- 1.º Depois da menopausa ou nos casos de amenorrhea precoce.
- 2.º Quando existe algum vicio de conformação irremediavel da bacia ou dos orgãos genitales, oppondo-se á concepção.
- 3.º Quando exista no homem ou na mulher alguma diathese cancerosa ou tuberculosa.
- 4.º Quando não existam espermatozoides no esperma.

PROCESSOS OPERATORIOS. São em numero de quatro os processos operatorios, empregados na pratica da fecundação artificial : o processo de Sims, o de Courty, o de Pajot e o de Lutaud.

PROCESSO DE SIMS. Consiste este processo em injectar o esperma na cavidade uterina com uma seringa de vidro, analoga á seringa de Pravaz. A seringa apresenta as seguintes particularidades: termina por um tubo de vidro, curvo, arredondado perfeitamente com o intuito de não ferir a mucosa, e munido d'um fio collocado a 3 centímetros da sua extremidade uterina, fio este que tem por fim marcar o limite de introduccão do tubo no collo; além d'isto o embolo é graduado para calcular exactamente a quantidade de esperma a injectar.

Vejamos, agora, como se pratica a operação :

Depois de se ter mergulhado durante algum tempo a seringa em agua quente á temperatura de 36° ou 37° centigrados, introduz-se na vagina, com o fim de a pôr em equilibrio de temperatura com este canal; em seguida aspira-se o esperma, previamente depositado na vagina pelo coito. Feito isto, introduz-se no collo o tubo da seringa até que o seu fio chegue ao nivel do orificio externo do focinho de tenca; finalmente impelle-se o embolo docemente, de modo a não injectar senão uma gotta de esperma. Depois da injectão, o tubo deve ficar introduzido 10 a 15 segundos, e a mulher deve conservar o decubito dorsal duas ou tres horas.

Nos 27 casos de fecundação artificial, ensaiados por Sims, a concepção teve logar uma vez. Ha ainda assim quem considere este caso feliz de Sims, como não prova-lo, visto que as injectões foram precedidas e seguidas de cohabitação, não se sabendo, portanto, se a concepção foi devida aos espermatozoides injectados, se aos espermatozoides ejaculados antes e depois da operação.

PROCESSO DE COURTY. Este auctor manda praticar o coito com o penis revestido d'um condom, tendo o cuidado de deixar, entre a parte tapada d'este e a glande, um pequeno reservatorio, onde o esper-

ma se deposita. Em seguida corta-se esse reservatório com umas tesouras e recolhe-se o esperma n'uma pequena seringa de vidro, previamente aquecida, durante alguns minutos, em agua á temperatura de 40°. Esta seringa é munida d'uma sonda uterina metallica ou elastica, sonda esta que se introduz no collo. O restante da operação é praticado, como no processo de Sims. A seringa empregada é a de Braun ou a seringa intra-uterina ordinaria.

PROCESSO DE PAJOT. Simplesmente differe do de Sims em que a injeccão do esperma é feita com um instrumento especial, chamado *fecundador*.

PROCESSO DE LUTAUD. Para praticar a fecundação artificial por este processo, Lutaud recommenda que, durante muitos dias antes da operação, se faça o catheterismo uterino para se estar familiarizado com a direcção e calibre do canal cervical; além d'isso que se façam tambem injeccões vaginaes alcalinas com uma solução de azotato de potassa a 1 por 1000, com o intuito de evitar a acidez das secreções vaginaes, acidez esta que, como já dissemos, tem uma acção nefasta sobre a vitalidade dos espermatozoides.

Recommendo assim este tratamento preparatorio, á hora aprazada, de preferencia á noite, manda-se praticar o coito. Acabado este, o medico entra no quarto e immediatamente colloca a mulher na posição dorsal ordinaria. Em seguida introduz o especulo de Ferguson, que tem a vantagem de recolher todo o esperma depositado na vagina, e de o accumular á entrada do collo. Depois recolhe com uma seringa intra-uterina algumas gottas de esperma, que se introduzem na cavidade uterina o mais alto possivel, mas sem ferir a mucosa. Finalmente applica, durante dez horas, um tampão d'algodão sobre o collo.

Depois da operação, a mulher deve ficar em repouso muitas horas.

O especulo e a seringa, antes de serem utilizados, devem ser collocados n'uma bacia, contendo agua á temperatura de 40°.

Lutaud, praticando a fecundação artificial em 29 mulheres, obteve 3 successos completos, 3 successos relativos (concepção dando lugar a abortos de 15 dias a 3 mezes) e 23 insuccessos completos.

Agora que a nossa dissertação inaugural está terminada, resta-nos declarar que não temos forças e aptidões sufficientes para tratarmos um assumpto d'esta ordem; mas confiamos em que a benevolencia do illustrado jury, que nos ha de julgar, nos relevará as deficiencias e incorrecções, que n'este trabalho se contem.

Proposições

Anatomia.—A palavra *perineo* não tem uma acceção bem determinada na sciencia.

Physiologia.—A excitação sexual da mulher durante o coito favorece consideravelmente a fecundação.

Materia medica.—O uso habitual da morphina produz a esterilidade na mulher.

Pathologia externa.—Ha identidade entre a erysipela e a lymphangite aguda.

Pathologia geral.—A doutrina microbiana não derrubou, por completo, as antigas noções etiologicas.

Anatomia pathologica.—O methodo de esterilisação por aquecimento discontinuo, introduzido em bacteriologia por Tyndall, dá resultados inteiramente illusorios.

Medicina operatoria.—Como anesthesico local, preferimos o chloreto d'ethyla ao ether.

Pathologia interna.—A divisão das endocardites agudas, em simples e infecciosas, não tem razão de ser.

Partos.—A não ser em casos de engasgamento accentuado, preferimos a versão ao forceps.

Medicina legal.—Actualmente a presença do gonococo no pus não permite ao medico-perito affirmar a natureza blennorrhagica d'um corrimento suspeito.

VISTO.

PÓDE IMPRIMIR-SE.

O Director,

A. Placido da Costa.

Visconde de Oliveira.