1ª 6

Annibal de Padua Pereira d'Andrade

BREVE ESTUDO

SOBRE OS

RETRO-DESVIOS DO UTERO GRAVIDO

E ESPECIALMENTE

RETROVERSÃO

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA do PORTO

96/1 ENC

PORTO
IMPRENSA CIVILISAÇÃO
R. DE PASSOS MANOEL, 215
1899

Para o dia 14 d'outubro, pelas 11 horas da manhã

Presidente o Exmo Snr. Dr. Agostinho Antonio do Soveral

Exmos Snrs.

Argtes { Antº d'Oliveira Monteiro
Robert B. do Rosario Frias
João F. da Silva Martins Junr
Luiz de Freitas Viegas

Annibal de Padua Pereira d'Andrade

BREVE ESTUDO

SOBRE OS

RETRO-DESVIOS DO UTERO GRAVIDO

E ESPECIALMENTE

RETROVERSÃO

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA do PORTO

PORTO

IMPRENSA CIVILISAÇÃO

R. DE PASSOS MANOEL, 215

1899

96/1 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR INTERINO

DR. AGOSTINHO ANTONIO DO SOUTO

SECRETARIO

DR. RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

PROFESSORES PROPRIETARIOS

1.ª Cadeira—Anatomia descriptiva geral	João Pereira Dias Lebre.
2.ª Cadeira—Physiologia	Antonio Placido da Costa.
3.ª Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4.ª Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio J. de Moraes Caldas.
5.ª Cadeira—Medicina operatoria.	Dr. Agostinho Antonio do Souto.
6.ª Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recem-nascidos	Candido A. Correia de Pinho.
7.ª Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8.ª Cadeira—Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9.ª Cadeira—Clinica cirurgica	Roberto B. do Rosario Frias.
10.ª Cadeira—Anatomia pathologica	Augusto H. d'Almeida Brandão.
11.ª Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia	Ricardo d'Almeida Jorge.
12.ª Cadeira—Pathologia geral, semeiologia e historia medica	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
Pharmacia	Nuno Dias Salgueiro.

PROFESSORES JUBILADOS

Secção medica	José d'Andrade Gramacho. Dr. José Carlos Lopes.
Secção cirurgica	Pedro Augusto Dias.

PROFESSORES SUBSTITUTOS

Secção medica	João L. da Silva Martins Junior. Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
Secção cirurgica	Clemente J. dos Santos P. Junior. Carlos Alberto de Lima.

DEMONSTRADOR DE ANATOMIA

Secção cirurgica	Luiz de Freitas Viegas.

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições. (*Regulamento da Escola* de 23 d'abril de 1840, art.° 155.°)

Á MEMORIA

DE

Francisco de Assis Souza Vaz

Do conselho de Sua Magestade, commendador das ordens de Nosso Senhor Jesus Christo e de S. Mauricio e S. Lazaro, doutor em medicina, lente jubilado e director da Escola Medico-Cirurgica do Porto, nascido a 7 de agosto de 1797 e fallecido a 6 de abril de 1870, o qual, havendo projectado deixar um legado á dita escola para o seu rendimento ser applicado ao aperfeiçoamento e derramamento dos conhecimentos medicos, bem como a subsidiar alguns alumnos necessitados, e não tendo podido realisar tão util pensamento, foi este interpretado por sua irmã e herdeira D. Rita de Assis e Souza Vaz, legando á mesma escola e para o fim indicado, sessenta inscripções da divida publica nacional do valor nominal de 1:000$000 réis cada uma.

Em testemunho de gratidão

O. D. C.

O alumno pensionario

Annibal de Padua Pereira d'Andrade.

A meus Paes

e

A meus Irmãos

E' impossivel descrever a satisfação que sinto em ser chegada a hora de vos offerecer este trabalho.

Do mesmo modo não encontro palavras com que possa testemunhar-vos o meu reconhecimento.

Acceitae-o como penhor do que vos deve o vosso

ANNIBAL.

Á MEMORIA DE MEU TIO

P.e Isidoro Rodrigues Pereira d'Andrade

Ingrato destino fatal que tão cêdo me roubaste o guia!

Egoista macabro que não cedes um ceitil do que se te antólha aproveitavel!

Mas descança—que com isso,—usurpando-lhe pelo teu proceder o direito á satisfação intima do terminus da obra—não fizeste mais que arraigar profundamente no meu coração o respeito, a consideração, a admiração e a saudade eterna, por aquelle que me orientou os primeiros passos!

A MINHA FAMILIA

e em especial a meus primos

Dr. Isidoro Martins Pereira d'Andrade

e

Dr. Fortunato d'Almeida Pereira d'Andrade

Gratidão.

Ao distincto clinico

Dr. João Simões Ferreira Figueirinhas

Os favores que desinteressadamente me prestastes não se pagam —lembram sempre!

Jámais olvidarei o modo sincero e cordeal com que sempre me acolhestes.

Permitti-me pois que ao terminar vos deixe como recordação intima o que não tem valor real,—mas que deve ser tomado como penhor do meu profundo reconhecimento.

Aos Ill.mos e Ex.mos Snrs.

Dr. Joaquim Bernardo Soares

Vice-presidente da Relação do Porto.

José de Mattos Cid

Coronel d'engenheria.

Conde de Villar-Secca



A vós que tambem concorrestes para que fosse levada a cabo a obra encetada pelo vosso presado e chorado amigo, não póde deixar de ser grato — o que com elle aprendeu a respeitar aquelles, que como vós, excedem o quilate padrão da honestidade e dignidade geraes.

Ao illustre Corpo Docente

da

Escola Medico-Cirurgica do Porto

O discipulo muito grato.

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE

O ILL.mo E EX.mo SNR.

Dr. Agostinho Antonio da Souto

Nem sempre a velhice do corpo acarreta a velhice do espirito.

Ao illustre Corpo Clinico

DO

HOSPITAL DE S.TO ANTONIO

E EM ESPECIAL

AOS ILL.mos E EX.mos SNR.s DR.s

Francisco de Souza Oliveira

e

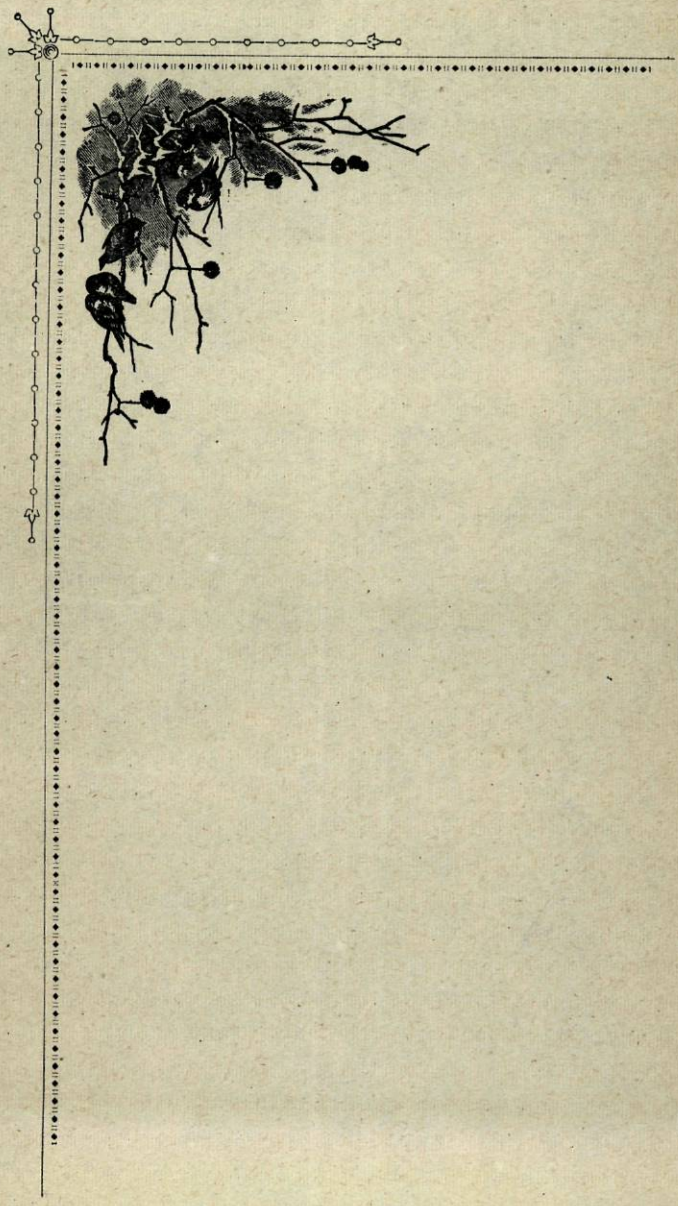
Antonio Ramos Faria de Magalhães

Não posso deixar no olvido a maneira sincera e digna com que sempre me acolhestes, e o quanto apprendi na vossa clinica.

Aos meus Condiscipulos

Aos meus Amigos

Aos meus Contemporaneos



INTRODUCÇÃO

As relações que mantem o utero com os orgãos da pequena bacia, os seus meios de fixação, a sua fórma, a sua grande mobilidade, e a sua instabilidade, são sufficientes para explicar o desaccordo, que tem reinado entre anatomicos e gynecologistas, sobre qual seja a posição normal d'este orgão.

Em harmonia com o titulo d'este trabalho, não podemos inhibir-nos de apresentar aqui, qual seja a posição normal do utero; por isso fal-o-emos transcrevendo em resumo o que dizem Tillaux e Pozzi.

Situado na excavação da bacia por cima da vagina, por baixo das ansas do intestino delgado, por deante do recto e para traz da bexiga — comprehendido entre orgãos que augmentam e diminuem alternativamente de volume, — o utero é essencialmente movel e obedece ao impulso que experimenta. Tillaux, anat. top., 1897, pag. 901.

Devemos considerar no utero a direcção extrinseca e a intrinseca.

A direcção extrinseca, isto é, a direcção geral do utero é obliqua de cima para baixo e de deante para traz, confundindo-se quasi com o eixo do estreito superior da bacia. Sendo a direcção da vagina em sentido inverso á do utero, resulta d'ahi que o conducto utero-vaginal descreve no seu conjuncto uma curvatura de concavidade anterior, concentrica á da excavação pelvica.

Tal é a direcção geral da madre, a que se observa em geral entre as nulliparas.

Quanto á direcção intrinseca, Tillaux diz o seguinte: «Eu entendo por direcção intrinseca *do utero a direcção respectiva das duas partes de que se compõe, corpo e collo. E' ella a mesma para as duas partes, isto é, o utero é rectilineo? — ou o corpo e o collo têem uma direcção differente, de modo a encontrarem-se sob um angulo mais ou menos aberto?» «Sappey pensa que o utero é inteiramente rectilineo, emquanto que segundo outros auctores, o corpo é flectido para deante sobre o collo. Eu*

partilho esta ultima maneira de vêr, e, como Velpeau, Boulard, Aran, etc., o utero tem-me parecido ligeiramente flectido sobre a face anterior, ao nivel do collo. — Tillaux.»

Se a inclinação do corpo do utero sobre o collo é tão pouco pronunciada no estado physiologico, para que possa ser contestada, não acontece outro tanto no estado pathologico. Aqui o corpo póde ser flectido sobre o collo de modo a formar um angulo agudo ou um angulo recto, e parecer então que existe uma charneira entre as duas porções do utero, e que o corpo se inflecte sobre o collo, ficando este immovel. — Assim se o corpo se dirige para deante para a bexiga, ou se se appoia sobre o recto ou se se inclina lateralmente, temos respectivamente anteflexão, retroflexão e lateroflexão. As flexões uterinas coexistem frequentemente com os desvios (anteversão e retroversão). Tillaux.

O utero é solidamente fixado para traz pelos ligamentos (1) utero-sagrados que inserem, ao nivel do collo, seus feixes inextensiveis e resistentes.

As relações com a bexiga para deante, com os ligamentos largos e os ligamentos redondos aos lados, servem bem menos para o sustentar ou fixar que para o orientar, se assim se póde dizer, na posição **d'antecurvatura** *que conserva como vestigio da sua situação fetal (2). A tonicidade do pavimento pelvico, de que a oclusão normal da vagina faz des-*

---

(1) M. Bennet, ao contrario de M. Richet, considera a vagina como o principal sustentaculo da madre. E' tambem a opinião de Aran (Etud. anat. patholog. «sur la statique de l'utérus», arch. gen. de medec. Fev. e mars, 1858). — Courty e varios outros auctores. No entretanto Stoltz poude tirar toda a vagina, sem que o utero experimentasse a menor mudança de direcção.

(2) O conhecimento d'esta antecurvatura normal é devida a Velpeau e a seus alumnos — Velpeau Bullet., d'Academ. de med., 1849-50 — t. XV, pag. 72.

Além dos ligamentos redondos, ligamentos largos, e ligamentos utero-sagrados — o utero tem elementos vasculares e nervosos, que caminham nos ligamentos largos e servem á maneira d'um segundo mesenterio de poderosos meios de fixação do utero e annexos — Schutze, nota do trad., pag. 6.

apparecer o unico ponto fraco, impede a pressão intra-abdominal de se exercer no sentido da gravidade: — ella equilibra-se sobre toda a sua superficie e o utero fluctua como suspenso no meio dos orgãos da pequena bacia que lhe formam, de todos os lados pequenos cochins elasticos. Toma-se á conta d'esta statica particular quando se abaixa o utero artificialmente: até ao momento em que os ligamentos utero-sagrados são estendidos e se oppõe á descida ulterior, o utero cede á tracção com a doce resistencia d'um corpo que nada na agua.

A replecção da bexiga inclina a madre para cima e para traz, esbatendo momentaneamente a sua antecurvatura que reapparece e se exaggera quando a bexiga está vasia. A replecção da ampola rectal impelle o utero directamente para deante e para cima; — mas no estado physiologico é raras vezes bastante pronunciada para que a sua acção seja notavel.

Não acontece o mesmo com a bexiga e com os habitos sociaes, que se tornam depressa habitos organicos, e a exaggeram ainda. Em summa existe para o utero um unico ponto quasi fixo, — é a inserção dos ligamentos posteriores; — e como ella se faz ao nivel do ponto em que o orgão é mais delgado, vê-se que representa quasi, no ponto de vista statico, uma pyramide sustentada sobre o seu vertice. Esta situação paradoxal não existe entre os animaes.

—Ella explica-se pela attitude da especie humana que constitue uma anomalia no reino animal. (Pozzi).

Se attentarmos bem nas mudanças consideraveis de volume, fórma e consistencia, soffridas pelo utero em cada gravidez,—as alterações que o parto póde exercer sobre os orgãos visinhos, ligamentos, musculos, serosa;—e emfim a influencia que os esforços de todas as especies podem exercer sobre um equilibrio tão instavel, seremos surprehendidos, não

pelos desvios do utero serem muito frequentes,—mas sim por o não serem mais ainda (Pozzi).

E' certo porém, que se por um lado esta disposição anatomica predispõe aos deslocamentos do utero,—por outra parte é imminentemente favoravel ás funcções que elle tem a prehencher.

Dos desvios do utero, durante a gravidez, o mais importante a considerar quer pela sua gravidade quer pela pouca frequencia, o que complica as difficuldades do diagnostico e póde facilmente surprehender a experiencia medica—é a retroversão—ou retroversão-flexão como querem outros.

E' a este desvio que dedicamos a maior parte do nosso trabalho, e é a elle que nos vamos dirigir.

Principiaremos por fazer a historia muito resumida da retroversão do utero gravido, seguiremos á definição, etiologia, symptomatologia, diagnostico, prognostico, marcha, e tratamento d'esta affecção, e finalmente terminaremos por apresentar as nossas observações com as considerações que se nos offerecerem não só da sua analyse; mas tambem da analyse de muitas outras que podemos colher nos auctores. D'este modo daremos por terminado o nosso trabalho que apezar de ser muito imperfeito custou-nos muito a elaborar em virtude da escassez do tempo (de fins de julho a fins de setembro), da falta de saude, e da grande defficiencia e desaccordo com que é tratado, em fragmentos, este assumpto. D'aqui se póde inferir o trabalho com que tivemos de arcar para dar a este assumpto a orientação que elle tem.

Confessamos mais uma vez a imperfeição com que tratamos este assumpto, e pedimos ao illustre jury que o houver de julgar que nos leve ao menos em conta o trabalho que tivemos e a boa vontade que empregamos em fazer alguma coisa.

Tinhamos antes pensado n'outro assumpto, mais nosso conhecido e

com certeza mais facil de tratar do que este; mas como o nosso fim não era reproduzir o que sabiamos, mas sim estudar, para juntar aos nossos poucos conhecimentos mais alguns novos,—eis uma das razões que nos levou a lançar mão d'este assumpto. — Por outra parte, como não conhecessemos trabalho algum publicado em Portugal, nem observações d'este genero, mais outra razão para o fazermos.

Finalmente a razão principal foi o apparecimento na enfermaria 14 do Hospital da Misericordia (de que é director o eminente gynecologista e distincto clinico Dr. Souza Oliveira, e da qual fui interno)— uma doente atacada de retenção d'urina motivada por uma retroversão do utero gravido de 4 mezes.

Em seguida a esta observação tive occasião de vêr mais duas—e as restantes que adeante mencionarei foram-me fornecidas por alguns dos illustres clinicos do mesmo Hospital da Misericordia a quem peço licença, (bem como a quem me prestou algum auxilio para este trabalho, quer emprestando-me livros, quer verificando-me os diagnosticos impondo-lhes assim a sua auctoridade),—para exarar aqui os seus nomes, como testemunho do meu reconhecimento, são: o Ex.mo professor Dr. Candido Pinho, Drs. Souza Oliveira, Julio Franchini, J. Martins da Silva, Maia Mendes, professor Dr. Alberto Aguiar e Dr. A. Andrade.

Resumo historico da retroversão do utero gravido

Os desvios do utero no estado de vacuidade são conhecidos desde os tempos mais remotos da medicina.—Falla d'elles, Hypocrates, Aetius, Aspasie, Ambroise Paré, Littré, Morgagni e outros.

Mas, se assim acontece com os retrodesvios do utero vasio, não se dá o mesmo com os do utero gravido;—porquanto a sua historia data de cerca do meado do seculo passado (1732) em que Reinick refere pela primeira vez na sua these inaugural sustentada em Dantzick (sob a presidencia e inspiração de Kulm) uma detalhada observação d'um caso de retroversão uterina durante a gravidez seguida de morte.—Entretanto não deveremos esquecer, que em 1628 o distincto gyneologista portuguez, Rodrigo de Castro, um dos primeiros senão o primeiro d'aquelle tempo—na sua importante obra—*De universa mulierum medicina, Hamburgi 1628*—mostra conhecer as causas e os symptomas da retroversão como o prova o texto latino que encontramos na mem. do Dr. Paul Ducor, e vamos reproduzir: «Fit (haec affectio) a cuntis «causis externis à quibus uteri procidentia fieri so«let.. , digitorum admotione dignoscit obstetrix; si «retro et infra inclinet uterus, torpor sequitur, et «utriusque crurus motus difficilis aut plane inter«ceptus, ac ingentes dolores qui inter sedendum «magis accuuntur, praesertim si versus anum re«tractio fit, flatus retinentur, alvus supprimitur: «neque clisterem admittit, nisi genibus patiens..., «praegnantibus frequens quidemac difficilis est af-

«fectio .., urina etiam moveatur, non quidem diu-«reticis, sed mictione saepiuscule sponte tentata.» (1)

Esta descripção permaneceu isolada durante mais d'um seculo, e em 1832 é que appareceu a obra de Reinick de que já fallamos.

Quasi na mesma epoca (1740) e sem ter provavelmente conhecimento dos trabalhos de Reinick, Gregoire, membro do collegio real de cirurgia de Paris,—expunha n'um curso de partos muito seguido a historia da retroversão do utero gravido, segundo um caso da sua pratica. Gregoire, contava entre os ouvintes, seus alumnos: Levret, Smellie, W. Hunter, e o inglez Walter Wall «qui auribus non peregrinantibus id accepit». Com effeito, de volta a Londres, passados alguns annos em outubro de 1754 Walter Wall recordando as lições de seu mestre teve occasião de reconhecer um caso de retroversão do utero gravido para o qual reclamou mais tarde o concurso de Hunter, e sendo tentada reducção a doente morreu no dia seguinte.

Este ultimo auctor mandou desenhar as peças anatomicas e publicou a historia detalhada da retroversão uterina durante a gravidez (em 1771) acrescentando á observação de Wall uma outra de Lynn, cirurgião de Woodbridge (1767).

Depois Hunter referiu nas mem. da sociedade de medec. de Londres um caso analogo ao de Lynn entre uma mulher gravida de 3 e ½ mezes, que andava a segar trigo, e foi affectada de retroversão.

Na necropsia notou-se a bexiga rôta e gangrenada—e encontrou-se dentro da cavidade peritoneal 9 a 10 litros d'urina. Aos trabalhos d'Hunter responderam numerosas publicações na *Inglaterra* (Johnson, 1769, Hooper, Wilner etc.),—na *Escos-*

(1) Salmon n'uma nota de pag. 6 da sua these de concurso, diz:—Cet écrivain est pourtant le seul qui ait, dans cette première periode parlé de la retroversion pendant la grossesse.

sia (Purcell, Evans, Swan) e na *Allemanha* (Plenck (1775), Katzenberger, (1779) Jahn, 1787, etc.)

Como se vê n'este periodo a Inglaterra não teve só o privilegio porque além d'aquellas publicações, ha mais 5 obs. publicadas, sendo 2 em 1765 pelo professor de partos em Groningue Walter Wan Doeveren—e as 3 restantes por Deleurge publicados respectivamente a 1.ª em 1760 (antes de ter conhecido a observação ingleza)—a segunda em 1767 e a terceira finalmente em 1781.

Seja como fôr, a publicação de Will Hunter teve a parte principal na importancia que os praticos déram desde então á retroversão,—e a partir d'esta epoca as observações multiplicaram-se na sciencia em tão grande numero, que um auctor chegou a dizer que a doença pareceu a principio uma especie de doença ingleza; mas que se transplantou em seguida, por assim dizer, a todos os paizes do norte como o manifestam as publicações atraz mencionadas.—Mas devemos reconhecer que as lições de Gregoire foram o verdadeiro ponto de partida d'este movimento scientifico.

Emfim n'esta occasião em França não deixavam de se preoccupar com um novo assumpto de observações.

De todas as partes tanto em França como na Allemanha, Inglaterra, etc.—os trabalhos principiaram a multiplicar-se.

Em 1785 a Academia de cirurgia, tendo posto este assumpto a concurso premiou a memoria de Desgranges de Lyon, que infelizmente não foi impressa e da qual Martin (o novo) disse que era o mais completo dos trabalhos sobre esta materia.

Chegamos assim ao fim do seculo 18 e começo do 19, epochas que, como é sabido foram pouco propicias ás investigações scientificas. Então, com effeito, não é necessario procurar estudos especiaes sobre a retroversão do utero gravido, mais que nas theses das faculdades, livros de partos, artigos de jornaes, e nos diccionarios de medicina.

Em 1859 a Academia de medicina de Paris estabeleceu o premio Capuron para os trabalhos so-

bre este assumpto; mas não premiou nenhum, dando apenas diplomas d'honra a memorias que não se encontram publicadas. Salmon.

Em 1844 este assumpto foi tratado na these de aggregações de M. Lacroix, (De l'anteversion et de la retroversion), mas este auctor tratou sobretudo dos retro-desvios do utero no estado de vacuidade.

Em 1863 appareceu a these de concurso de M. Salmon de Chartres (De la retroversion de l'utérus pendant la grossesse).

Em 1868-69, 72, 76 appareceram em França, entre outros, respectivamente os trabalhos de Cailletel, Curie, Herbet, Parrical de Chamard e do Dr. Paul Ducor.

Em 1885, 86 e 87, 94, 97, 98 e 99 appareceram em França, entre outros, respectivamente os trabalhos de Combarien, Pinard et Varnier, Ed. Schwartz, Varnier et Pierre Delbet, Harlay (these), e Duhrsen de Berlin, e finalmente um artigo de Labusquière nos An. de gynecol. e obst., de março de 99, referindo-se aos trabalhos de Duhrsen e Harlay.

O ultimo trabalho, o de Harlay (Contribution à l'étude de la rétrodéviation de l'utérus gravide) tem valor pelo grande numero d'observações colhidas, 193.

Se em Portugal com relação á historia da gynecologia não se póde hoje felizmente dizer, como disse J. M. Alves Branco, n'um discurso pronunciado na sociedade das sciencias medicas de Lisboa na sessão solemne de 3 de dezembro de 1881— «que a gynecologia não tinha em Portugal, nem historia, nem sociedade nem livros»—parece-nos entretanto poder-se applicar estas expressões a proposito da retroversão do utero gravido.

Por a minha parte confesso não conhecer publicada em Portugal nenhuma observação sobre este assumpto.

Definição dos desvios uterinos em geral e da retroversão em particular

Desvios uterinos, são no sentido clinico da palavra—mudanças de situação—nas quaes o utero fica mais ou menos fixado n'uma situação nova.

A limitação dos movimentos normaes do utero, ou o seu impedimento, é um caracter essencial dos desvios. (1)

Define-se retroversão do utero:—a variedade de desvio na qual a totalidade do orgão é deslocado *na excavação pelvica*, girando sobre seu eixo transversal, de maneira que o fundo se dirige mais ou menos para traz e para baixo na curvatura do sacro, emquanto que o collo é mais ou menos projectado para deante e para cima. (2)

Ha duas especies de retroversão uterina: 1.º—retroversão do utero no estado de vacuidade; 2.º—retroversão do utero gravido.

Estas duas affecções são absolutamente independentes uma da outra, e tanto mais que a retroversão do utero no estado de vacuidade não arrasta necessariamente a retroversão no estado de gravidez,—do mesmo que esta ultima não dá necessariamente logar a uma retroversão post-partum.

Mais ainda, n'uma outra epocha, pelo contrario, tem-se aventado a ideia de que a gravidez era o meio de curar a retroversão no estado de vacuidade—(Salmon, loc. cit.)

---

(1) Trait. des déviatons uter. Schultze.

(2) These de Conc. de Salmon de Chart. (De la Retrov. de l'utérus pendant la gross.), 1863, pag. 2.

E' certo que a retroversão do utero gravido não tem apenas entre as suas causas determinantes uma retroversão preexistente no estado de vacuidade—mas o que não posso comprehender é que um utero retrodesviado no estado de vacuidade, uma vez em gestação e conservando o mesmo desvio,—deixe de se chamar utero retrodesviado, retrovertido ou retroflectido.

Pelo facto de não haver manifestações de retroversão do utero gravido, desde o momento que ella exista deixa de chamar-se pelo seu nome? Creio que não devemos pensar d'este modo—e antes, se assim quizermos, deveremos chamar-lhe retro-desvio-latente do utero gravido.

Pelas observações que podemos colligir e segundo a opinião de Tarnier e de Tyler Smith, como adeante mencionaremos,—vimos que a retroversão preexistente é a primeira, no numero das causas da retroversão do utero gravido, defórma lenta.

D'este modo não podemos admittir com Salmon a independencia absoluta das duas retroversões—no utero vasio e gravido.

Relativamente á retroversão do utero gravido não arrastar necessariamente a retroversão depois do parto, é verdade; mas, por certo, Salmon quando escreveu o seu trabalho não possuia como hoje possuimos numerosos factos de recidiva de retroversão post-partum e em gestações successivas.

Quanto ao ter-se aventado n'outra epocha a gravidez como meio therapeutico para a retroversão do utero vasio—não era só n'outra epocha — pois isso mesmo hoje se admitte e é comprovado pelos factos de retro-desvio do utero gravido terminado pela reducção espontanea e pelos retro-desvios latentes, de que são exemplos as duas observações adeante mencionadas (a da doente de partos e a da brazileira), as observações 1.ª e 2.ª da these de Harlay, a observação 69 da memoria de Ducor, e a observação de Varnier e Delbet que adeante mencionamos.

Vamos dar o resumo d'estas observações:

Obs. I—Pajot, cit. no Bull. et mem. de la Société obst. et gynecol. de Paris, 1892, pag. 169.

X., de 30 annos, construcção forte e grande estatura, tinha uma retroversão tal que o fundo do utero passava 2 centimetros abaixo do nivel do collo. Consultou varios gynecologos da Europa para saber se com este desvio podia ter uma gravidez; todos tinham respondido negativamente, excepto Scanzoni, que respondeu que desde o momento que o escoamento menstrual se fazia bem, a fecundação não era impossivel.

Pelo toque simples constatei o desvio e dei a mesma resposta de Scanzoni.

Passados 4 mezes depois de ter subido rapidamente as escadas d'um andar, a doente sentiu uma viva dôr no ventre, desfallecimento, etc.; chamado a toda a pressa, constatei uma gravidez de mais de 4 mezes, isto é, tendo começado 8—10 dias antes do meu primeiro exame, e que a reducção espontanea se tinha operado. Eu pude felicitar-me de não ter praticado o catheterismo muito em voga então.

Combati os accidentes e a gravidez seguiu muito bem até ao termo. Depois do parto aconselhei, com o fim de curar a retroversão, a habitação no leito durante 4 mezes. A retroversão não se tinha reproduzido, mas 4 annos depois, tornando a vêr a doente, constatei de novo o desvio o que prova que não é facil endireitar os uteros, o que não impediu que a doente levasse a termo uma nova gravidez.

A observação de Pajot mostra o seguinte:

1.° A existencia da retroversão latente em 2 gestações successivas (por isso vale por duas para este caso);

2.° A recidiva de retroversão em gestações successivas;

3.° A reproducção depois do parto;

4.° A retroversão preexistente como causa de retroversão latente;

5.º A possibilidade de fecundação no caso de retro-desvio;

6.º A difficuldade da reducção permanente dos retro-desvios;

7.º A cura, ainda que transitoria, dos retro-desvios pela gravidez.

Obs. II— Do dr. Paquy. Retroflexão constatada em dezembro de 1896. Ultimas regras de 18—25 de setembro de 1897. Gravidez sem incidente. Parto a 9 de julho de 1898.

As conclusões a tirar d'esta obs. são o n.º 3.º, 4.º 5.º e 7.º das antecedentes.

Podiamos ainda mencionar a obs. 69 da memoria do dr. P. Ducor pertencente a M. Bland, comprovativa das conclusões tiradas nos n.os 3, 4, 5 e 7 da 1.ª obs.; para não alongar muito o nosso trabalho apenas fazemos menção d'ella.

No entretanto nem todos os retro-desvios do utero vasio podem ser assim reduzidos expontaneamente, ou mesmo por uma intervenção puramente manual no curso d'uma gravidez.

Estão n'este caso os retro-desvios do utero gravido em que ha adherencias extra-uterinas, e uterinas em que a gravidez não tem acção, a que nos referiremos ao tratar da etiologia dos retro-desvios do utero gravido.

D'este modo se vê que ha retro-desvios adherentes ou immoveis (quasi perfeitas ankyloses uterinas)—e retro-desvios moveis não adherentes. (1)

Os retro-desvios adherentes ainda podem subdividir-se em reductiveis e irreductiveis. No primeiro caso a reducção póde dar-se expontaneamente pela acção modificadora da evolução da gravidez—ou póde fazer-se por meio d'uma intervenção manual não armada (methodo de reducção

---

(1) Ainda que elles podem ser moveis e no entanto adherentes(como na nossa obs. da brazileira).

manual) como acontece n'um grande numero de casos. No segundo caso, (retro-desvios irreductiveis) (1) a reducção é feita á custa d'uma operação sangrenta, (laparotomia seguida da secção das adherencias e do endireitamento manual do utero) —como se devia ter feito nas observações citadas na memoria de Pinard e Varnier (a que nos referiremos no tratamento)—e como foi feito por Jacobs, distincto gynecologo belga, em 11 obs. a que nos referiremos ao fallar do tratamento.

Ora Salmon, e todos os auctores, cujos livros tivemos occasião de compulsar, chamam apenas retroversão do utero gravido á retroversão que se manifesta com mais ou menos apparato symptomatico—e n'este caso Salmon e os auctores teriam razão; mas, como já tivemos occasião de dizer, não julgamos que se deva pensar assim e muito especialmente sob o ponto de vista do prognostico; pois pelo facto da retroversão ou do retro-desvio ser latente, e apenas se diagnosticar por acaso, não deve deixar de ser retroversão.

Hunter admittia 3 graus na retroversão do utero gravido. No 1.º grau a retroversão é parcial e incompleta; o fundo do utero, immediatamente por baixo do promontorio e em relação com a 1.ª e 2.ª vertebras sagradas, é mais elevado que o collo que se encontra no meio da symphyse pubica; no 2.º grau a retroversão confirma-se e o eixo do utero é horisontal; portanto o collo está á mesma altura que o fundo do utero; no 3.º grau o eixo do utero é parallelo ao eixo do estreito superior.

Tarnier e Budin (no seu tratado de partos, 1888) e Charpentier, admittem só 2 graus.

Para elles a retroversão é *incompleta* quando o fundo do utero está immediatamente por baixo do promontorio e em relação com a 1.ª, 2.ª ou 3.ª

(1) Com a palavra irreductiveis queremos significar que estes desvios não se reduzem por outro meio que não seja operação sangrenta.

vertebras sagradas; n'este caso o collo uterino repellido para traz da symphyse é accessivel ao toque—e estará ao mesmo nivel ou mais abaixo que o fundo do utero; é *completa* (2.° grau) quando o utero tiver descido na curvatura do sacro, soffrendo um movimento de baloiço quasi completo, e estando proximo ou mesmo assente sobre o pavimento perineal, de modo que tem assim executado um reviramento total que colloca o seu eixo parallelo ao do estreito superior. N'este ultimo caso o collo é difficilmente attingivel e ás vezes inaccessivel.

Salmon (na sua these de concurso, 1863) diz relativamente aos graus da retroversão o seguinte: «Fundando-nos ao mesmo tempo sobre a opinião dos auctores Murat e Ramsbothan e sobre a leitura attenta das observações consignadas nas memorias e nos jornaes, descreveremos sómente duas especies de retroversão ou antes dois periodos na doença: Chamaremos periodo ou primeira especie á inclinação do corpo da madre para traz e examinal-a-hemos no 2.°, 3.° e 4.° mez; referiremos ao segundo periodo a retroversão verdadeira; mas depois de a ter indicado nas mesmas condições que acima, descrever-lhe-hemos dois graus segundo o fundo estiver sómente para traz, ou para traz e para baixo para o perineo».

Esta divisão vem a dar o mesmo que a de Hunter.

Schultze (no seu Traité des desviations uterines, 1884, pag. 242), diz o seguinte: «Definir os diversos graus de retroversão e de retroflexão teria interesse para a intelligencia rapida dos casos individuaes, se todos os auctores tivessem dado a mesma definição; mas como não é assim, esta definição perde o seu valor, e para a intelligencia dos casos é mais seguro designar a vertebra á qual corresponde o fundo do orgão».

«O fundo do utero em retroversão póde corresponder ao nivel da ultima vertebra lombar, ao de cada vertebra sagrada e ao do coccyx, &...»

Não obstante a divisão por graus ser boa sob

o ponto de vista anatomo-pathologico, julgamos dever pôl-a de parte na clinica, visto que, como diz Schultze, e como acabamos de vêr, nem todos os auctores dão d'elles a mesma definição; e por outra parte teriamos de admittir tantos graus quantas fossem as posições diversas que o utero podesse progressivamente tomar, uma vez iniciado o retro-desvio.

Mais ainda, como diz Combarieu (1) na sua these, ou antes como dá a entender, a um certo grau de retro-desvio nem sempre corresponde uma certa symptomatologia, visto que a retroversão póde elevar-se bruscamente ao mais alto grau, e os symptomas apparecerem gradual e successivamente.

Isto prova que a variabilidade symptomatologica não depende só do desvio e do seu grau, mas sim de mais elementos, como sejam o processo inflammatorio e a encarceração do utero que surgem a complicar o desvio.

O papel do desvio do utero no estado de vacuidade, a proposito das doenças uterinas, tem passado por diversas phases.

Recamier e Lisfranc déram-lhe um logar secundario na pathologia uterina.

Velpeau, um dos mais brilhantes espiritos cirurgicos dos principios d'este seculo, ao contrario de Recamier, faz d'elles uma entidade morbida, dando-lhe o primeiro logar na pathologia uterina.

O desvio é tudo e é a elle que devemos dirigir-nos, é a elle só que devemos combater. Esta theoria de Velpeau, chamada theoria mechanica da inflammação uterina, deitou por terra a theoria do engorgitamento do utero que resumia toda a pathologia uterina antes d'elle. Velpeau nega o engorgitamento e reconhece como unica causa das doenças da madre os deslocamentos.

---

(1) Na sua these—Étude sur la pathogenie de la retroversion de l'uterus gravide, pag. 10.

Gosselin em 1833 (1), Baud em 1849, Nonat em 1859 e outros, fizeram reacção ao modo de vêr de Velpeau e puzeram em segundo logar o desvio uterino.

Tillaux em 1889, n'uma lição sobre um caso de retroversão uterina (2), diz: «O que é infinitamente mais util saber, é que a dôr resulta bem menos vezes do proprio desvio do que da metrite que lhe dá origem, que o acompanha ou o aggrava». Não obstante, as ideias de Velpeau conseguiram tal voga que ainda hoje são admittidas por muitos auctores.

Pozzi, defendendo de novo as velhas ideias da escola franceza, e no risco de «parecer reaccionario», veio recentemente insistir sobre o papel inteiramente secundario dos retro-desvios do utero, e sobre a importancia de suas complicações uteroannexiaes. No seu Traité de gynecol. clin. et opérat., loc. cit., diz: «Sabe-se agora que o desvio do utero não constitue por si só uma doença, mas sómente um factor, ou para melhor dizer, um coefficiente d'um estado morbido complexo no qual o deslocamento não entra senão por uma parte variavel. Não ha gynecologista que não tenha tido occasião de encontrar desvios accentuados entre mulheres, que de resto não apresentam symptoma algum de doença».

Pinard e Varnier, que mencionaremos adeante, dizem: (3) «A não considerar senão o apparelho symptomatico e anatomo-pathologia da retroversão do utero gravido, poder-se-hia quasi dizer que o utero não é nada e a bexiga é tudo».

Alvés de Lima, na sua these, pag. 18, 19 e 25, diz o seguinte: «Sobre cerca de 1.000 observações

---

(1) Arch. gener. de medec. de Paris, t. II, pag. 129 (Pozzi, Traité de gynec. clinique et opératoire, 3.ª ed., 1897, pag. 488).

(2) Alvés de Lima—De la frequence des lesions annexielles dans les retro-deviations douloureuses de l'utérus en dehors de la grossesse. These de Paris de 1897, pag. 8.

(3) Na sua mem. Contribution à l'étude de la retroversion de l'utérus gravide. Cystite gangréneuse et retroversion, pag. 41.

gynecologicas, recolhidas em 1896-1897 no serviço de consulta de cirurgia do hospital Broca, encontramos 81 mulheres atacadas de retro-desvios, e em todos estes casos, os symptomas observados, eram os das lesões utero-annexiaes concomitantes, que constituiam a lesão dominante, mascarando assim o desvio, que gosa um papel inteiramente secundario. Nós consideramos o deslocamento como uma perturbação, um accidente e, muitas vezes, como um acaso ou encontro fortuito d'exame».

Terrier, Pozzi, Bouilly e outros, diz ainda A. Lima, teem publicado casos bastante numerosos de doentes, que teem sido curadas depois d'uma operação dirigida contra as lesões utero-annexiaes, entre as quaes o utero foi deixado na sua posição viciosa (retro-desvio).

Por aqui se vê, que o desvio no estado de vacuidade, não tem a importancia que lhe dava Velpeau e que ainda hoje muitos auctores, até allemães, lhe dão.

Ora o que acontece com os desvios do utero vasio, dá-se com os desvios do uter ogravido.

Pois que nos importa que o desvio seja do 1.º, 2.º, 3.º grau?

O que chama a attenção do clinico, do cirurgião, não é o desvio, mas sim as complicações; e tanto mais que quando estas faltam, o desvio passa despercebido para a doente e para o medico.

Mas se a comparação colhe quando se trata da anatomia pathologica e da clinica, não acontece o mesmo com relação á therapeutica.

Assim, se no utero vasio a cura do desvio não importa muitas vezes para a cura da doença de que a mulher soffre, não acontece outro tanto com o utero gravido, pois tem sido em geral (2) pela reducção immediata ou mediata, directa ou indirecta, que se tem sempre principiado o tratamento.

(2) Digo em geral porque algumas vezes o primeiro acto não tem sido a reducção, ou a sua tentativa (após o catheterismo), como devia ser sempre, mas sim a provocação do aborto.

Não obstante, não queremos dizer, que feita a reducção, a doente esteja livre de perigo; pois analysando as observações da memoria de Pinard e Varnier, vê-se que, não obstante a reducção ser facil, vieram depois as complicações e mesmo a morte.

Estas complicações só provam o desleixo da doente em não consultar o cirurgião, ou o d'este em não intervir a tempo, opportunamente.

Salmon (na sua these, pag. 2), diz: «Durante a gravidez é preciso não confundir a retroversão uterina com a obliquidade posterior da madre».

Charpentier (no seu Tratado de partos, pag. 825) manifesta a mesma opinião que Salmon e accrescenta que esta inclinação é physiologica nos 3 primeiros mezes da gravidez.

Continúa ainda Salmon: «Estas duas expressões, inclinação e retroversão, em apparencias identicas teem uma significação muito differente». «E' por este motivo que na nossa definição tivemos o cuidado de accrescentar as palavras—*na excavação pelvica*». «A denominação *obliquidade* não deve, com effeito, applicar-se senão aos desvios da madre que teem logar na cavidade abdominal, isto é, na ultima metade da gestação; pelo contrario, a retroversão não serve para designar senão os desvios do utero na excavação pelvica, isto é, nos primeiros 4—5 mezes, pouco mais ou menos».

Pelo que Salmon diz na sua these, não admittindo os retro-desvios (1) senão na excavação pelvica (pequena bacia)—e pela definição que dá de retroversão, juntamente com os auctores,—põe fóra d'alçada dos desvios uterinos dois factos de retro-desvios abddominaes totaes a termo publicados nos An. de gynec. et obstetrique, fever. de 1897, por H. Vernier, e Pierre Delbet, de que um lhes é pessoal e o outro foi observado por G. E. Hermann, parteiro do London Hospital, e publi-

(1) Como Salmon não admitte distincção entre a retroversão e retroflexão do utero gravido, é porisso que quando elle falla de retroversão podemos pôr retro-desvio.

cada por este no «New York Journal of Gynecology and Obstetrics».

Estas duas observações, unicas que Varnier e Delbet conhecem no genero, provam não só a realidade d'um retro-desvio abdominal, mas mais ainda, um retro-desvio do utero gravido a termo.

Em virtude da sua importancia e por serem as unicas conhecidas, vou transcrevel-as resumidamente:

Obs. A.—Retroflexão do utero gravido a termo. Obstrucção pelvica por um fibroma sub-peritoneal sessil adherente, existente na parte posterior e por baixo do corno direito do utero e encravado na pequena bacia. Hysterectomia abdominal total. Extirpação retrograda do utero e tumor juntos sem prévio esvasiamento do utero. Operação, 30 minutos; cura, 22.º dia. De H. Varnier et Pierre Delbet.

Eugenia M..., cosinheira, de 32 annos, primipara. Entrou na clinica de Beaudelocque, serviço do professor Pinard, substituido pelo professor aggregado H. Varnier, no dia 30 d'agosto de 1896, ás 5 horas da tarde, queixando-se de que havia algumas horas tinha perdido sangue em quantidade consideravel. A doente teve as ultimas regras em 5—8 de novembro de 1895; sentiu mecher o feto no mez d'abril, e julga estar no termo da gravidez.

Exame á entrada.—O utero está em contracção permanente, e a palpação não nos póde fornecer dados precisos. Feito o toque, M.lle Roze, parteira em chefe, encontra a excavação obstruida por um tumor do volume d'um punho e extinguindo completamente o fundo de sacco posterior. O fundo de sacco anterior encontra-se muito acima, profundamente situado, e só depois d'um exame prolongado é que M.lle Roze chega a adivinhar, antes que a sentir, com a polpa do dedo, na extremidade d'este fundo de sacco e á direita, a porção vaginal do collo. E' impossivel chegar ao orificio

interno e a explorar o polo inferior do ovo. A hemorrhagia parou. M.lle Roze preveniu-me do que havia e eu fui examinar a doente ás 6 e meia horas da tarde. Eis aqui o que me forneceu o interrogatorio:

Foi menstruada aos 15 annos, irregularmente, e não tem tido menorrhagias nem metrorrhagias.

Teve aos 12 annos uma febre typhoide, que é todo o seu passado pathologico até janeiro de 1894. N'esta epocha (janeiro de 94), experimenta dôres e uma sensação de peso no baixo ventre, sem que isto acarretasse qualquer perturbação na menstruação que se tornou, pelo contrario, regular. Não ha hemorrhagia nem constipação, nem perturbação da micção. Ha dôres que se acompanham de febre.

A doente consultou um medico que lhe diagnosticou «um tumor», e fez-se um tratamento palliativo, repouso e injecções vaginaes, com o que melhorou rapidamente, e tomou as suas occupações 10 dias depois.

Mas bem depressa (em fevereiro de 1894) as dôres reappareceram, e a doente consultou um cirurgião que lhe diagnosticou lesão d'ovario.

No fim de 3 e meio mezes após o tratamento, em maio de 1894, a doente considerou-se curada e não sentia nada de anormal no baixo ventre. A menstruação, defecação e micção—normaes. Gravidou em novembro de 1895, tendo corrido tudo muito bem desde maio de 94, em que se considerou curada. A gravidez evolucionou tão normalmente, que a doente não teria de consultar, se não fôra a hemorrhagia, e teria esperado as primeiras dôres para vir ao hospital.

No momento em que a examino, a temperatura 37,4, pulso 96, não ha contracções uterinas nem escoamento sanguineo. O ventre apresenta fórma anormal, sobretudo para uma primipara (1).

(1) O auctor apresenta n'este ponto uma figura schematica demonstrativa da fórma que apresentava o abdomen. O que salta de particular á vista é a enorme exuberancia da parte inferior do abdomen, com prejuizo da parte superior, que é deprimida.

A palpação assegura-me que é a pelve e não a cabeça que occupa o segmento inferior do utero, que se encontra inteiramente no abdomen, e de que o fundo parece estar muito abaixo do nivel normal de termo; se bem que eu tenho algumas duvidas sobre os dados fornecidos pela doente.

O feto está vivo, e a cabeça é impossivel de descobrir *no que parece ser o fundo do utero.* Não se sentem fibromas em nenhum ponto da parede uterina exploravel pela palpação.

Prevenido pela M.lle Roze da difficuldade em encontrar o collo, chloroformisei a doente, afim de fazer o toque manual que fiz. Para encontrar o orificio do collo entreaberto, admittindo a polpa do dedo, foi-me preciso introduzir toda a mão em supinação, para com o indicador estendido, chegar por cima do bordo superior da symphyse, á direita do fundo de sacco vaginal retro-symphysiano, onde elle se achava alojado. Não foi possivel com nenhum dos dedos chegar ao orificio interno e sentir o ovo.

A bacia é obstruida por um tumor espherico, irregular, molle e immovel, que enche a concavidade do sacro e occupa o fundo de sacco de Douglas. Parece ter o volume d'uma grande laranja; a parede do recto e vagina deslisam sobre elle; é impossivel explorar o polo superior pelo toque rectal.

Levantando o utero atravez das paredes abdominaes e fazendo-o rolar da direita para a esquerda e vice-versa, o tumor não se desloca.

Não póde ser repellido para a grande bacia. Em virtude dos antecedentes, o meu diagnostico ficou hesitante entre um fibroma pediculado adherente e um tumor do ovario.

Mas isto não modifica em nada a therapeutica imposta por uma obstrucção pelvica irreductivel.

Como não havia contracções uterinas dolorosas, ficou a decisão para o dia seguinte.

A partir da meia noute o trabalho declara-se francamente, ha contracções dolorosas de 5—5 minutos; ás 4 horas da manhã sahe bruscamente

pelos orgãos genitaes um liquido verde espesso, misturado de meconio, e a parteira de ronda não percebe mais as pulsações do feto.

M.lle Roze constata que o feto está morto. Nenhuma modificação do collo, temperatura 37°,3. Fui prevenido ás 6 horas da manhã da morte do feto e da inefficacia já prevista das contracções.

Pedi a Pierre Delbet, cirurgião dos hospitaes, para que este fizesse uma laparatomia exploradora. Concordamos que ella fosse feita e formulamos as seguintes hypotheses:

1.° Se o tumor encravado é extra-uterino, é talvez tirado facilmente sem grande traumatismo e vêr-se-ha se é possivel conservar o utero esvasiado pelas vias naturaes tornadas permeaveis;

2.° Se se trata d'um tumor peri-uterino cuja extracção apresenta grandes difficuldades, haverá logar de fazer op. cesariana seguida da de Porro, visto as manobras feitas contra-indic. a cesar. conserv.;

3.° Se trat. como é prov. d'um utero fibromyomatoso, tira-se totalmente e sem prévia evacuação, segundo o methodo radical actualmente em voga no tratamento dos fibromas do utero não gravido, e que nos parece, n'este caso, preferivel á operação de Porro.

Feita a laparatomia (1) noto o seguinte:

O utero é de termo, está em retroflexão completa. O collo está situado na grande bacia, projectado contra a parede abdominal anterior; seu orificio externo que olha para baixo e um pouco para traz, encontra-se a 25 millim. por cima do bordo superior do pubis. A parede anterior do utero é a principio applicada na extensão de 19 centimet., á parede abdominal anterior que ella levanta acuminadamente, e cujo ponto mais saliente (correspondente ao umbigo) mede 28 cent. a partir do plano

(1) Abstrahimos de descrever aqui a op., apesar de ser interessante, para não nos alongarmos mais do que temos alongade—e resumiremos o que se observou.

do leito. Partindo d'este ponto, a parede ant. curva-se, desce muito obliquamente, em declive brusco, para ganhar o rebordo costal, debaixo do qual desapparece.

O fundo do utero repousa e molda-se sobre a parede abdominal posterior, sobre a saliencia da columna lombo-sagrada.—O *corno direito* fazendo uma ligeira saliencia na área pelvica e destacando a este nivel um tumor fibroso encravado na pequena bacia, que obstrue, desce até ao pavimento coccy-sagrado.

A parede posterior do utero cobrindo a excavação pelvica, olha para baixo e para deante e continua-se em angulo muito agudo com a parede posterior do collo. Demais, o utero soffreu uma torsão sobre seu eixo que impelle o hylo esquerdo inteiramente para deante.

A causa d'esta conformação extraordinaria do utero gravido a termo é facil d'explicar.

A doente tinha anteriormente á gravidez um utero em retroflexão e fixado n'esta attitude *por um fibroma sub-peritoneal sessil do fundo*, fibroma este, *adherente* á porção pelvica do S iliaco.

Os antecedentes peri-uterinos, revelados nos commemorativos, no principio de 1894, marcam muito provavelmente o desenvolvimento d'estas adherencias.

O utero retroflectido, e mantido em retroflexão, tornado gravido, desenvolveu-se assim até o termo, emquanto crescia o tumor fibroso que, bastante pequeno em 94 para passar despercebido a um dos nossos collegas dos hospitaes mais versado na cirurgia pelvica, nos appareceu em agosto de 1896, sufficiente para obstruir a bacia, onde elle tinha, desenvolvendo-se, fixado o utero sempre em retroflexão.

O ponto d'esta observação que deve attrahir especialmente a attenção é: *a ausencia completa no curso da gravidez de qualquer phenomeno pelvico ou uterino.* Não houve perturbações da micção, defecação, ameaça d'aborto ou parto prematuro,

ou hemorrhagia—ou emfim qualquer perturbação que chamasse a attenção da doente.

Se não fosse a hemorrhagia que a surprehendeu muito perto do termo da gravidez, ella não viria ao hospital em 30 d'agosto, e só o faria quando lhe apparecessem as primeiras dôres, e para um parto que lhe devia parecer não apresentar difficuldades.

Esta historia quadra pouco com as descripções que fazem os auctores classicos da retroversão do utero gravido de marcha lenta, seguida d'adherencias e assignalada por Tyler, Smith e Bernutz. «O deslocamento, dizem elles, persiste sobretudo quando ha adherencias, e bem depressa se observam todos os symptomas da retroversão de marcha lenta de que o phenomeno mais importante é a retenção d'urina».

Um segundo ponto, sobre o qual nós chamamos a attenção, é *a facilidade da extirpação total do utero gravido a termo, não esvasiado préviamente, e de vascularisação maxima.*

A hemorrhagia foi insignificante e de nenhum modo comparavel á que se dá n'uma op. cesariana, quer conservadora quer radical. A benignidade da marcha post-operat. é digna de nota—a mulher sahia curada passados 22 dias.

A obs. que publicamos é, segundo julgamos, a primeira hysterect. total feita *de caso pensado e com sucesso, no termo da gravidez, e no logar da op. cesariana seguida d'amputação utero-ovarica*, etc.

Finalmente, em harmonia com o que descreve Varnier, julgamos com razão dever considerar esta observação como um caso de retroflexão *latente* total abdominal devida a retro-desvio preexistente. Julgamos mais, dever ser muito verosimil, que esta retroflexão fosse a principio *pelvica* e que com o desenvolvimento do tumor devido á acção da gra-

videz (1) fosse projectando progressiva e lentamente o utero para a cavidade abdominal onde elle se encontrava por fim.

Mas seja como fôr o que nos importa é registar a existencia do facto como elle se apresentou. Varnier diz ainda: «A retroflexão no nosso caso é total e não parcial, é abdominal e não pelvica.» Diz mais: «E' evidente que é n'esta ultima particularidade que devemos procurar a explicação da ausencia de symptomas e dos accidentes revelados nas obs. de retroflexão parcial e desenvolvimento saceiforme.»

Obs. B.—De G. E. Hermann, parteiro do London Hospital e do General Lying in hospital e presidente da sociedade obstetrica de Londres.

A's 4 horas da tarde do dia 2 de março fui chamado a casa da doente E. A. de edade de 36 annos. As dôres do trabalho tinham começado ás 8 horas da manhã e as membranas tinham-se rompido ás 9 horas. As dôres eram intensas e appareciam com o intervallo de 3-4 minutos e o pulso era muito frequente 140 p.

O collo do utero estava situado detraz da symphyse e era projectado para deante por um tumor redondo e duro tendo o vol. d'uma noz de coco e situado na concavidade do sacro, entre a vagina e o recto.

O collo era alongado transversalmente. O tumor era absolutamente immovel.

Eu enterrei um trocarte, mas não sahiu liquido algum.

Era pois evidente que o parto natural era impossivel.

A parturiente foi transportada ao London Hos-

(1) Como este tumor era sessil, e como a gravidez costuma muitas vezes dar logar a hypertrophia notavel nos tumores que teem com o utero relações intimas é por isso que nos pareceu devermos considerar aqui a acção da gravidez. Outro tanto não aconteceria se o tumor fosse pediculado que escapam em geral a hypertrophia.

pital onde se fez a operação cezariana ás 6 h. e 30 m. da tarde. Feita a incisão do utero notou-se a pequenissima espessura da sua parede anterior. O feto estava putrefacto. Quando se extrahiu, a cavidade que elle occupava encontrou-se dividida em duas partes por um septo transversal remontando a 4-5 pollegadas por cima do estreito superior. A parte da cavidade situada para deante do septo transversal, communicava com o canal cervical; a parte situada para traz, terminava em fundo de sacco quasi ao nivel do estreito superior. A creança tinha o abdomen dirigido para traz, flectido sobre o septo.

Este singular estado de cousas causou-me alguma perplexidade porque não reconheci a principio o que devia fazer. Na incerteza em que estava, a operação de Porro pareceu-me a intervenção a preferir. Passou-se uma ligadura elastica á volta da base do sacco que a creança tinha occupado, isto é, á volta do collo e fundo do utero, e amputou-se a parte situada por cima da ligadura. O exame da parte tirada e a consideração do estado de coisas encontrado no curso da operação, mostraram claramente de que se tratava.

—O utero tinha sido retroflectido por um fibroma dependente da parede posterior. Este fibroma, devido a adherencias ou por uma outra causa, não se sabe ao certo, tinha-se encarcerado na concavidade do sacro e tinha impedido que o fundo do utero se elevasse. O utero tinha pois ficado retroflectido, e a sua cavidade tinha-se desenvolvido á custa da sua parede anterior. O septo que dividia a cavidade uterina era o esporão do angulo de flexão. O pulso apresentava 140 p. no principio da operação.

A hemorrhagia não foi muito grande. O pulso que depois da intervenção era mais amplo sem ser mais rapido, não se accelerou em seguida, mas tornou-se cada vez mais fraco e a paciente succumbiu no fim de 4 horas.

Os amigos da operada recusaram-se a que lhe fizessemos autopsia; mas incisando o tumor pela

vagina e tirando um fragmento que analysamos ao microscopio, concluimos que se tratava d'um fibromyoma.—E' difficil dizer se a operação de Porro era ou não o melhor tratamento n'este caso. A inclusão d'uma tão grande massa na ligadura elastica deve ter aggravado o choque operatorio. Mas se eu tivesse suturado o utero e tirado os ovarios a doente teria sido exposta a perigos d'uma outra ordem.

Eu não teria ousado esperar que este utero delgado ficasse contrahido e não podia pensar sem receio na retenção possivel dos lochios na cavidade uterina, fixada em retroflexão, e nas consequencias d'uma tal retenção.»

Trata-se n'esta observação, como se acaba de ver, d'uma retroflexão total a termo como na obs. antecedente, mantida por um tumor enchendo a excavação. O auctor não refere se a doente tinha sentido quaesquer perturbações que podessem ter denunciado o desvio; mas é de todo o ponto verosimil que não o tivesse havido, caso contrario a doente ter-se-ia queixado e a gravidez não teria evolucionado sem se ter tentado qualquer tratamento. Por isso parece-nos que devemos considerar este caso como de retroversão latente, com retrofl. preexistente—e n'estas condições as obs. de retro-desvio latente que colhemos são 6.

Quanto á difficuldade que o auctor acha em dizer se a operação de Porro era ou não indicada não nos parece que elle teria hoje a mesma difficuldade depois de saber da obs. de Varnier e Delbete; pois por certo que a op. indicada era a hysterect. abdom. total seguida da extirpação do tumor.

Ora Hérmam tem desculpa pelo facto de que quando tratou a sua doente em 1893, ainda não era conhecida a obs. de Varnier e Delbert que data de 1897 (agosto).

Durante o estado de vacuidade do utero distingue-se ainda a retroversão d'uma outra especie de desvio que se chama retroflexão e que se define: um desvio no qual o corpo do utero está inclinado para traz e para baixo emquanto que o collo fica mais ou menos na sua posição normal. (Salmon).

—Ora, diz Salmon, durante a gravidez é superflua a distincção entre retroversão e retroflexão, pelos motivos seguintes: «1.º porque é muito raro que o utero gravido não tenha arrastado o collo no seu deslocamento;—2.º mais ou menos flexão do collo sobre o corpo desviado para traz, não modifica em nada a importancia dos accidentes que resultam do desvio do corpo;—3.º e ultimo,—o que constitue na realidade a gravidade da retroversão durante a gravidez é a incarceração da madre na excavação pelvica, sendo o fundo do orgão dirigido para traz e mais ou menos para baixo e o orificio do collo dirigido para deante e mais ou menos para cima.

—A proposito da distincção a fazer entre retroversão e retroflexão do utero gravido, diz A. Martin (1) que julga esta distincção mais theorica do que pratica; porquanto estes dois estados não differem um do outro senão por cambiantes, e dão logar quasi aos mesmos symptomas.

Gallois, loc. cit., pensa que se trata as mais das vezes, de retroflexão appoiando-se na constatação clinica que em geral, o orificio do collo fica nitidamente accessivel ainda que muito alto, situado detraz do pubis ou acima.

Olshausen diz que entre as multiparas a versão do utero é bem mais accentuada que a flexão.

Os auctores, e entre elles Tarnier e Budin no seu Tratado de partos, admittem uma outra fórma de retroversão que poderiamos chamar mixta, a retroversão com retroflexão (ou retroversão-flexão). Dizem mais que quasi sempre com a retro-

(1) Trait des malad. des femmes (An. de gynecol. 1896, pag. 291).

versão coincide um certo grau de retroflexão, por isso a fórma que chamaremos mixta é para elles a mais frequente. Estas fórmas apparecem quando o utero além de deslocado na totalidade para traz se dá uma certa flexão do corpo sobre o collo ou vice-versa. Ha, emfim, um certo angulo entre o corpo e o collo.

Ora, segundo as affirmações dos auctores, o que distingue a retroversão da retroflexão é a ausencia d'angulo entre o corpo e o collo. Ora o que elles não dizem é qual deve ser o angulo (agudo, recto ou obtuso), para que se considere só retroflexão simples ou retroversão-flexão. Emfim, não nos indicam o angulo padrão, fallam-nos apenas d'um modo geral e vago. Em face d'isto nós julgamos dever pensar que ou bem se trata de retroversão ou de retroflexão. Demais, pelas observações que pudemos vêr colligidas pelos auctores, parece-nos que este angulo a que algumas vezes se referiam não era mais que a exhuberancia do utero abaixo do collo, em virtude da sua hypertrophia, propria do estado de gravidez, semelhantemente á exhuberancia que se manifesta, no caso de degeneração fibro-myomatosa do utero, acima do collo.

Podemos vêr mais, que algumas vezes os auctores capitulavam de retroflexão ou de retroversão conforme o collo do utero era ou não accessivel ao dedo ou dedos exploradores.

Ora a verdade é que o collo nos dois casos póde ser ou deixar de ser accessivel á exploração, toque, feita como se faz geralmente; por isso este dado não distingue os desvios um do outro. (1)

A este proposito Schultze (2) diz: «O nome de versão caracterisando um estado pathologico, exclue sempre uma flexão normal ou pathologica,

(1) Tive occasião de vêr nas obs. colhidas que os auctores capitulavam de retroflexão, casos em que o collo não era accessivel á exploração, ou o era difficilmente.

(2) Traité des déviations uterines, pag. 66.

designa uma extensão pathologica do orgão;—se acrescentamos a palavra flexão do mesmo nome, comprehende-se de resto o movimento duplo que se exprime.

Salmon, com relação a uma outra variedade de deformação uterina chamada pelos allemães *retroversão parcial*, que consistiria n'uma dilatação da parte posterior do fundo do utero, e que sobreviria nos ultimos mezes da gravidez. Scauzoni diz que ella não apresenta analogia nos symptomas, nas causas ou no tratamento, com o que chamamos a retroversão da madre.

Depaul diz, que n'estes casos se trata d'uma modificação da fórma do utero e não da posição; e diz mais que estes factos devem ser referidos a um desenvolvimento exaggerado da região posterior do utero. Da mesma op. são os auctores Ducor, Charpentier, W. Franke e outros.

Outros auctores, Burns, Barnes Mattei, Schroeder fazem d'este accidente uma especie de retroversão, na qual a parede anterior, tornada superior, desenvolver-se-ia só, emquanto que o fundo do utero ficava encravado na pequena bacia. O *situs obliquuos posterior uteri gravidi* não seria mais que um dos modos de terminação da retroversão, e constituiria verdadeiramente uma retroversão parcial.

Finalmente, Ducor diz: «a affecção situs obliquus posterior... não existe; é uma retroversão parcial, apparente ou falsa, consistindo, não n'uma mudança de direcção, mas de fórma, e devida á dilatação sacciforme do segmento infero-posterior do utero, dilatação que póde produzir-se e observar-se em todas as épocas da gravidez.

Com relação á importancia da distincção a estabelecer, entre a retroversão e a retroflexão do utero gravido, Dührsen de Berlin (1) diz o seguinte: «Uma falta commettida muitas vezes é fal-

(1) Ann. de gynec. et obs., Maio, 1899.

lar indifferentemente de retroversão ou de retroflexão. Ora, a distincção importa—os dois estados apresentam na sua marcha differenças notaveis. Uma retroversão do utero gravido no 1.º grau não termina em geral por incarceração; (1) no 2.º grau a incarceração sobrevem as mais das vezes se não houver aborto. Todavia, um decubito conveniente e o catheterismo regular, podem dar a reposição espontanea do utero. *A incarceração sobrevem na retroversão 1 ½ mezes mais cedo que na retroflexão*, já cerca do meado do 3.º mez. No 3.º grau de retroversão, a incarceração é tardia e produz-se em geral no meio da gravidez cerca de 2 ½ mezes mais tarde que no 2.º grau».

O auctor juntamente com Sänger insistem sobre a distincção a fazer entre a retroflexão e a retroversão do utero gravido, attenta a circumstancia d'esta ser muito mais grave que aquella. Com relação ao saber se a incarceração sobrevem mais cedo n'um ou outro dos desvios, não tivemos occasião de colher elementos que nos elucidassem, no entretanto não nos parece inverosimil esta affirmação. Mas o ponto em que a distincção se manifesta necessariamente é quando se trata das terminações d'um e outro desvio, antes que com relação á marcha, que póde muito bem confundir-se com a da retroversão, como tivemos occasião de averiguar.

O que acabo de dizer acha-se confirmado ao

(1) Não comprehendo como o 1.º grau de retroversão não termina em geral por incarceração e o 2.º grau sim.

Admittindo Dührsen graus como admittem outros auctores, e admittindo como elles que do 1.º grau se passa em geral ao 2.º e ao 3.º, não se comprehende tal affirmação, a não ser que elle considere estacionarias as posições do utero n'estes graus; pois de contrario a retroversão, especialmente sendo brusca (não havendo adher.) tenderá a passar por todos os graus, se *d'emblée* não attingir o ultimo, e se a doente resistir até esse ponto.

Mais ainda acho que Dührsen dá demasiada importancia á anatomia pathologica.

tratar do prognostico e das terminações no resumo adeante.

Finalmente, ainda com relação á definição de retroversão (ou antes de retro-desvio do utero gravido, visto que não admitte distincção entre retroversão e retroflexão do utero gravido), dada por Salmon e pelos auctores, apesar de que duas excepções não podem invalidar a regra geral, parece-me que não seria desconveniente accrescentar, entre parenthesis, adeante das palavras *excavação pelvica*, as palavras *(e excepcionalmente na cavidade abdominal)* e adeante de curvatura do sacro *(excepcionalmente para a curvat. lombar);* então a definição ficaria assim: Retroversão ou antes retro-desvio do utero gravido:—E' a variedade de desvio da madre, na qual a totalidade do orgão é deslocado na excavação pelvica (e excepcionalmente na cavidade abdominal), de modo que o fundo fica voltado para a curvatura do sacco (excepcionalmente para a curvat. lombar), emquanto que o collo é mais ou menos projectado para deante, para a symphyse do pubis.

D'este modo ficava completa a definição de retroversão do utero gravido no sentido em que a toma Salmon e grande numero d'auctores.

Como nós admittimos a distincção entre os dois retro-desvios, damos d'elles as definições que dá Schultze no seu Trat. des déviations uterines, pag. 29, e que são as seguintes:

Retroversão—é a situação estavel para traz do fundo do utero, tendo uma fórma recta ou por vezes um pouco flectida para deante.

Retroflexão—é a situação estavel do fundo do utero para traz com uma flexão sobre a superficie posterior.

Accrescenta ainda Schultze: «Haveria interesse pratico em indicar um angulo, além do qual o utero se devesse considerar no estado de retroversão, pois que é muito raro que o fundo do utero esteja em retroversão, antes que tenha attingido a parede posterior da bacia, como é as mais das vezes; de

sorte que não ha duvida sobre a situação do utero em retroversão. Se um angulo qualquer deve ser indicado, direi que um utero deve ser considerado em retroversão quando o angulo estavel que fórma o seu eixo com a entrada pelvica (estando a bexiga vasia), é aberto detraz d'elle e para cima».

Etiologia, pathogenia e fórmas clinicas da retroversão do utero gravido

Segundo Beaudelocque (diz Charpentier no seu trat de Partos), descrevem-se, sob o ponto de vista das causas que a produzem, 2 especies de retroversão uterina:—1.ª uma lenta e progressiva. 2.ª —Outra—brusca e accidental.—O auctor Beaudelocque (diz Salmon na sua these (pag. 16) segue esta ordem, porque as causas determinantes não são absolutamente as mesmas, nos dois casos.

Combarieu na sua these (1) diz: «não ha duvida que no espirito de Beaudelocque era a rapidez maior ou menor do *deslocamento* que justificava esta divisão. Mas não se póde perguntar se estas duas palavras, lenta e brusca, não seriam mais exactas exprimindo uma marcha clinica differente? E n'uma palavra, não se poderia admittir que n'um caso os symptomas se desenvolvessem lentamente e chegassem progressivamente ao seu maximo, emquanto que, no outro, o attingissem *d'emblée?* Ser-nos-ia facil citar exemplos de mulheres, entre as quaes o *reviramento* completo desde o principio não tem dado logar senão progressivamente aos symptomas alarmantes que se desenvolveram mais tarde. Entretanto, se considerassemos sómente a rapidez do deslocamento, deveriamos admittir que se tratava d'uma fórma brusca, pois que, o reviramento foi completo desde o primeiro dia.

---

(1) Étude sur la pathogénie de la retroversion de l'uterus gravide 1885, pag. 10.

Feita esta reserva—diz mais Combarieu, não é duvidoso que em certos casos a retroversão é produzida subitamente sob a influencia d'um traumatismo qualquer.

Admittindo a divisão de Beaudelocque que é puramente etiologica, parece devermos considerar como *retroversão lenta* aquella em que a causa é constante e actua d'uma maneira lenta; e *brusca* aquella em que a causa é accidental e actuou subitamente. Isto mesmo se póde concluir d'um grande numero d'observações consideradas de fórma brusca, e lenta, dispersas pelos auctores.

Ora, olhando (como quer Combarieu) esta divisão pelo lado clinico, é certo que os auctores que as classificam sobre o ponto de vista, etiologico ou anatomo-pathologico, consideram como bruscas as que muitas vezes são lentas e vice-versa.

D'este modo a retroversão será brusca quando os symptomas apparecerem bruscamente, sem serem precedidos de prodromos, será lenta quando apparecerem lenta e progressivamente insidiosamente, ainda que n'um dado momento se exacerbem rapidamente e consecutivamente a uma causa accidental que possa provocar qualquer accidente inflammatorio.

Mais diz Combarieu na sua these a pag. 11 e seg.)—: «em certos casos confirmados pela observação, é certo que tem sido bastante um traumatismo para produzir a mudança de situação do utero. A constatação da situação normal do utero antes do accidente, não deixa duvida alguma sobre este ponto». «Mas nós pensamos que não é da mesma fórma em todas as retroversões de fórma brusca, e é aqui que deveremos perguntar, se muitas das retroversões de fórma brusca (de Beaudelocque) não entram na cathegoria da retroversão de fórma lenta. Não se trata, com effeito, em muitas retroversões de fórma brusca, de *retroversões latentes*, existentes desde muito tempo e manifestando-se repentinamente na occasião d'um traumatismo?» «Se considerarmos que n'um certo numero de casos é sufficiente o repouso para fazer desapparecer os

symptomas alarmantes desde o principio, seremos obrigados a admittir que ha um elemento a mais a fazer entrar em linha de conta».

«Não é apenas o deslocamento a causa dos accidentes, pois que conservando-se o mesmo deslocamento, como o demonstram as mensurações, os symptomas melhoram debaixo da influencia de um, dois ou tres dias de repouso. Ha uma coisa a mais a considerar—, *é o elemento inflammatorio*. Este elemento parece-me dever dar a razão primeira de muitos casos de retroversão de fórma brusca».

E' razoavel admittir que uma queda, um traumatismo, podem dar origem a symptomas inflammatorios violentos desde que exista uma retroversão mantida por bridas antigas de metro-peritonite. Tanto mais se deve admittir isto, quanto é certo que sob a influencia da mesma causa, um traumatismo, se produzem accidentes agudos de metrite ou de pelviperitonite entre mulheres atacadas d'estas affecções no estado chronico.

O mesmo se observa entre quaesquer puerperas tendo tido pelviperitonite n'um parto ou partos anteriores. Não é preciso tanto, estes mesmos doentes na occasião de menstruação podem ter novos accessos.

Para Beaudelocque, Charles de Liège e a maior parte dos auctores, a retroversão considera-se lenta se estiver nas condições do caso seguinte: «Uma mulher está gravida;—experimenta difficuldade na defecação e em urinar desde algum tempo;—sobrevem de repente uma queda, (um esforço, uma pancada sobre o ventre);—apparecem accidentes. Diz-se, trata-se de retroversão de fórma subita ou brusca.—Mas nós temos o direito de perguntar—qual a razão porque esta mulher tinha antes perturbações funccionaes?

Não se trataria d'uma retroversão lenta capaz d'explicar as primitivas perturbações funccionaes? N'esta hypothese e nos casos que n'ella se poderem adaptar, a retroversão subita não seria outra coisa mais, que uma retroversão lenta já existente,—á qual se vieram juntar *processos* conges-

tivos e inflammatorios, determinados pelo accidente, e que deram origem repentinamente aos symptomas proprios da retroversão brusca (1). Em uma palavra, julgamos que se exaggera muito o numero de casos de retroversão de fórma *brusca*, e que muitas das observações d'este genero não são outra coisa senão retroversões existentes no estado latente, ou antes na fórma lenta, insidiosa, por o utero não ter ainda adquirido o volume sufficiente para dar logar á symptomatologia habitual d'esta affecção.

Estes casos deverão ser antes considerados como de retroversão de fórma lenta mais ou menos ruidosa, mais ou menos insidiosa na sua marcha, a qual seguiu uma fórma brusca — e por isso chamar-lhe-hemos retroversão mixta. Finalmente, quer tomemos a base etiologica de Beaudelocque, quer a clinica de Combarieu, as expressões *lenta e brusca* continuarão a ser classicas.

Parece-nos, no entretanto, que o criterio ou base clinica não era peior, visto que o deslocamento lento ou brusco do utero e a causa accidental ou não d'este deslocamento, (isto sob o ponto de vista anatomo-pathologico) não corresponde sempre ao mesmo apparato anatomo-clinico.

Estas opiniões conciliam-se na fórma brusca (como ella deve ser entendida), pois ahi o deslocamento coincide com o apparato symptomatico; a anatomia pathologica está d'accordo com a clinica.

No entretanto, parece-nos que para sermos rigorosos, embora os auctores não façam vêr esta divisão clinica, deveremos admittir a divisão seguinte:

1.ª Retroversão latente;
2.ª Retroversão lenta;
3.ª Retroversão brusca;
4.ª Retroversão mixta (lenta e brusca) como lhe chama Salmon na sua these, pag. 32.

(1) A este estado chama Salmon de Chartres na sua these de concurso pag. 32, retroversão ao mesmo tempo lenta e brusca.

Chamaremos, assim, retroversão latente, á retroversão que passa despercebida para a doente e para o medico, e que só casualmente é diagnosticada.

Esta retroversão dá-se em doentes que eram atacadas da mesma affecção diagnosticada, no estado de vacuidade, e que gravidaram sem terem sido tratadas e sem que o utero se reduzisse préviamente á gravidez.

Todos os auctores concordam em admittir os casos que não se manifestam e não se diagnosticam senão casualmente (1). Porque não admittir esta fórma?

Retroversão lenta, chamaremos áquella que principia a manifestar-se insidiosamente por um conjuncto de symptomas que adeante mencionaremos, a que chamamos symptomas prodromicos.

Esta fórma apparece assim, sem que a doente possa attribuir-lhe qualquer causa, e augmenta gradualmente na intensidade symptomatica até attingir progressivamente o seu maximo.

Retroversão brusca, como a expressão o manifesta, bruscamente apparecem os primeiros symptomas com intensidade, consecutivamente á acção d'uma causa accidental que em geral a doente refere.

Esta fórma ainda póde ter marcha aguda ou chronica (lenta) conforme os symptomas vão augmentando de intensidade gradualmente (mas sempre mais depressa que na fórma lenta), ou apparece abruptamente.

Mas se todos os auctores concordam até certo ponto sob as fórmas de retroversão, não acontece outro tanto com algumas das suas causas.

CAUSAS DA RETROVERSÃO DO UTERO GRAVIDO

A causa que desde o principio, quasi desde a primeira observação, se tem apresentado como de-

(1) Nós adeante mencionaremos casos.

terminante da retroversão do utero gravido, é a retenção d'urina. Como este phenomeno é o que chama primeiro a attenção da doente e do medico, eis a razão porque desde o principio se tem perguntado: qual será o phenomeno primitivo?

A retenção d'urina ou a retroversão?

As discussões principiaram desde esta data— querendo uns que a retroversão fosse a causa efficiente, outros uma perturbação mechanica devida á retroversão—um effeito da retroversão. Um dos primeiros ou talvez o primeiro que conheceu a etiologia e symptomatologia da retroversão do utero gravido, foi o distincto gynecologista portuguez, Rodrigo de Castro, em 1628, como o attesta o seu livro «De universa morborum mulielrum medicina — Amburgi, 1628», onde se encontra o texto latino atraz mencionado, ao tratar da historia da retroversão do utero gravido.

Apparece mais tarde Denmann (1) que trata de sustentar que é futil e vão disputar que a retenção d'urina não é a causa da retroversão.

Vem depois W. Hunter que sustenta o contrario.

Finalmente em 1843 apparece a memoria de Amussat no (journal de medicine et chirurgie de Malgaigne), trabalho este, onde o auctor apresenta uma nova opinião baseada sob uma observação (vide Combarieu pag. 40), opinião esta, que diz respeito a uma segunda causa de retroversão do utero gravido, a retroversão no estado de vacuidade.

Em 1874, Bernutz sustenta uma opinião analoga á de Amussat.

Em 1875 Bernutz publicou nos *archives de tocologie*, uma observação comprovativa d'esta opinião.

Em 1879 Chantreuil emitte a ideia já sustentada por Amussat e Bernutz.

---

(1) Este auctor, Amussat, e Bernutz não foram mencionados na historia por termos de nos referir aqui a elles mais directamente.

Mais tarde Bernutz teve occasião d'observar mais tres casos comprovativos da sua opinião, casos estes, que elle cita na sua lição no hospital de caridade, sobre a retroversão do utero gravido.

Combarieu, na sua these (1885) refere que M. Doléris lhe communicou ter observado varios casos comprovativos de retroversão no estado de vacuidade como causa de retroversão do utero gravido. Colleccionou além d'isso 11 observações comprovativas da causa acima dita.

Nós podemos colleccionar mais 10 na these de Harlay de que duas lhe são pessoaes (obs. 41 e 92), e accrescentamos mais duas das nossas observações o que perfaz o total de 23 (1).

Como se vê para explicar a pathogenia da retroversão do utero gravido apresentaram-se de ha muito duas causas determinantes principaes:

1.ª a retenção d'urina.

2.ª retroversão preexistente.

A retenção, como deixo dito é a mais antiga.

A par d'estes causas os auctores apresentam outras que alguns consideram como banaes.

A maior parte dos auctores fazem a divisão das causas, em predisponentes e determi. e finalmente subdividem estas em determinantes da fórma lenta e da fórma brusca; isto d'harmonia com Beaudelok (Salmon) que diz o seguinte: «as causas determinantes não são absolutamente as mesmas nos dois casos».

Principiaremos por designar as causas predisponentes communs ás duas fórmas de retroversão, e em seguida as predisponentes da fórma lenta e as que mais geralmente originam a fórma brusca.

Quanto ás predisponentes da fórma brusca (2) são as mesmas que as da fórma lenta.

---

(1) Vinte e trez retro-desvios no estado de vacuidade como causa dos desvios do utero gravido.

(2) Lembraremos finalmente que as causas da fórma clinica mixta são as de fórma brusca accrescentada das da fórma lenta.

E finalmente que as causas da fórma latente são em geral ou sempre os retro-desvios preexistentes.

CAUSAS PREDISPONENTES COMMUNS

Sobre este ponto devemos entrar em consideração com a disposição anatomica, mudanças physiologicas que se dão nos primeiros tempos da gravidez, modificações pathologicas que se dão no mesmo orgão, e finalmente a multiparidade e a edade. (Salmon).

E' preciso notar que nem todos os auctores estão d'accordo sobre o numero d'estas causas predisponentes nem mesmo sobre o seu valor.

O utero, como tivemos occasião de dizer, em virtude das suas relações e meios de fixação, conserva uma certa mobilidade, um equilibrio instavel no estado de vacuidade.

Ora o utero mais pesado e menos bem fixado soffre nos primeiros tempos da gravidez (Cazeaux) e outros, um ligeiro movimento de descida; ao mesmo tempo endireita-se, não fica no eixo do estreito superior, mas é um pouco inclinado, de tal modo que o seu diametro longitudinal fórma com este eixo um angulo muito agudo, de modo que o collo se dirige para deante e o fundo para traz d'esta linha ficticia. (Depaul).

Tarnier e Chantreuil, combatem a opinião do abaixamento do utero.

Tarnier e Pinard, dizem nunca terem visto semelhante abaixamento. Tarnier pensa ao contrario, que salvo raras excepções o fundo do utero passa o nivel do bordo inferior da symphyse pubica desde as primeiras semanas da gestação.

Existem no entretanto algumas mulheres, entre as quaes o utero gravido se abaixa de modo que o collo vem sahir ao nivel da vulva e constitue assim o prolapso; mas, estes factos pertencem não á physiologia, mas sim á pathologia da gravidez. (Ribemont-Dessaignes Précis d'Obst., pag. 150).

Mas, seja como fôr, o abaixamento do utero quer pertença á physiologia da gravidez, como querem Cazeaux e outros, quer pertença á patho-

logia, como querem Pinard, Ribenont, Chantreuil e outros, não deixa de ser uma causa predisponente de retro-desvio como é assignada por Ribemont (pag. 740 do seu *Precis.)*, e como o confirmam a obs. de Imlach e uma das nossas observações adeante mencionadas (a de M. Taveiro).

Quanto aos meios de fixação não parece que a sua acção se faça sentir durante a gravidez; pois que a sua tonicidade augmenta em virtude da hypertrophia e hyperplasia dos elementos que os constituem.

MULTIPARIDADE E EDADE

Segundo a estatistica de Charles de Liège sobre 79 mulheres com retroversão do utero gravido, 13 eram primiparas e 66 multiparas, o que corresponde a 1 primip. para 5 multiparas.

Em 15 obs. que contem a mem. de Martin (o novo), 13 são multiparas e 1 primipara. Nenhuma d'ellas tinha menos de 25 annos; 4 de 25—20, e as restantes 10, de 30—42.

Das seis observações de Negrier, uma só era primipara e as outras multiparas, de 30—44 annos.

Das observações do nosso trabalho, 5 são multiparas e 2 primiparas.

Combarieu na sua these (1885), accrescenta mais a infuencia *da profissão e das condições geraes da mulher*, — e diz que Salmon liga á edade uma importancia que ella não tem; pois a influencia que este julga vêr, não passa d'uma mera coincidencia natural. Effectivamente é dos 25 aos 35 annos que as mulheres são mais sujeitas á retroversão; mas este periodo coincide exactamente com a edade propria á procreação.

CAUSAS DETERMINANTES DA RETROVERSÃO DA FÓRMA LENTA

Entre as causas d'este deslocamento (diz Tarnier no seu tratado de partos, 1882)—mencionaremos em primeiro logar a *retroversão anterior á gravidez*, affecção esta, extremamente commum entre as multiparas. Tyler Smith insiste especialmente, com toda a razão, sobre a importancia d'esta causa. Muitas vezes, o que acontece n'estes casos, é que o utero desenvolvendo-se á medida que progride a gestação, reduz-se completa e espontaneamente sem que a doente dê por isso e sem que mesmo tenha soffrido qualquer incommodo que chamasse a sua attenção para este ponto. Eis aqui a razão porque muitos dos casos de retroversão e de retroflexão. hão de passar despercebidos.

Mas, este facto nem sempre se dá, e algumas vezes, não poucas, o desvio persiste, especialmente quando existem adherencias,—e bem depressa apparecem os symptomas de retroversão ou retroflexão de marcha lenta.

Entre as causas da retroversão, sobrevindo depois da fecundação, Tarnier menciona com a maior parte dos auctores, as seguintes: 1.º, retenção d'urina; 2.º, accumulação de fezes no S iliaco, e no resto do intestino; 3.º, o desenvolvimento rapido da face posterior do utero no principio da gravidez; 4.º, a amplitude da bacia; 5.º, os apertos de bacia e o exaggero de curvatura do sacro em certas rachiticas; 6.º, a pressão continua das visceras sobre o fundo do utero; 7.º, o prolapso uterino preexistente como o indicam Barnes e Salmon e como tem sido notado por Imlach; 8.º, mais diz ainda, que é preciso accrescentar o desenvolvimento de tumores abdominaes uterinos e peri-uterinos; e finalmente adherencias devidas a peritonite antiga que seriam uma causa frequente de retroversão com encravamento irreductivel. Alguns auctores, Salmon, Ducor, accrescentam ainda a

inserção da placenta no fundo do utero, os abortos, a fraqueza de constituição como causas determinantes da retroversão de fórma lenta.

CAUSAS DETERMINANTES DA RETROVERSÃO DA FÓRMA BRUSCA

Quanto á retroversão de fórma subita ou brusca (diz Tarnier), póde ter por origem um traumatismo, uma pancada, uma queda; mas o mais habitualmente sobrevem em seguida a um esforço violento, quer devido ao vomito, á defecação, á micção, ao levantamento d'um fardo ou d'um volume qualquer, emfim um esforço.

Mais accrescenta Tarnier a influencia d'emoções violentas, um susto.

Accrescenta ainda Charpentier o repuxamento ou recalcamento brusco do collo para traz n'um caso de prolapso (1)—(obs. 5 de Ducor), viagens longas obs. de Mazier (caso Salmon, pag. 3); obs. 72 de Ducor; falso passo, obs. 9 de Ducor; queda sobre o dorso, obs. 2; ou sobre a pelve, obs. 1 do dr. Caradec, salto, a doente Lovinfosse (obs. de Charles de Liège, memoria de Ducor, pag. 26); dansa, obs. de Branes; canto, etc., etc.

CONSIDERAÇÕES SOBRE AS CAUSAS DETERMINANTES DA RETROVERSÃO DE FÓRMA LENTA E DE FÓRMA BRUSCA

Quanto a retroversão ou antes retro-desvio preexistente como causa de retro-desvio do utero gravido, não nos demoraremos mais, visto que no principio d'este capitulo e mesmo quando tratamos das causas determinantes, mostramos quaes as provas que a abonavam. (2)

---

(1) Repulsão do collo para facilitar a micção.

(2) As provas estão nas observações mencionadas no principio do capitulo. Nós temos duas observações.

No entretanto lembramos que para alguns auctores, Bernutz, Barnes, Schrolder, etc., a immensa maioria das retroversões do utero gravido não seria devida senão a affecções uterinas anteriores, em particular á retroversão, e se este passa muitas vezes despercebida é porque póde existir sem que produza á mulher quaesquer incommodos. Mais ainda — o aborto é uma terminação frequente da retroversão; por isso podemos logicamente ou pelo menos muito verosimilmente, admittirem uma retroversão preexistente da gravidez (A), quando na gravidez (A) a harm. tanto mais que n'um grande numero de casos a reproducção se dá depois da gravidez.

Os auctores antigos não admittiam esta causa pelo facto de suppôrem como então estava em voga, que os retro-desvios eram obstaculos invenciveis á concepção.

Hoje sabe-se que os retro-desvios (especialmente os não dolorosos) não perturbam em nada a fecundação, e passam muitas vezes despercebidos como já disse, e não se revela senão casualmente pelo toque. (1)

No maior numero de casos o utero rectifica-se insensivelmente, quer espontaneamente, quer sob a influencia de meios simples, como pensa Bernutz.

Denmann com relação á retenção d'urina escreve o seguinte: «como não me parece existir outra causa capaz d'elevar a madre e de lançar o seu fundo para traz, é mais razoavel concluir que a retenção precede a retroversão».

Mais diz «que é futil e vão disputar que a retenção d'urina não é a causa da retroversão e que se esta opinião não fosse justa seria desmentida pela experiencia de todos os dias».

---

(1) Provam esta affirmação as 6 obs. da fórma latente que colleccionamos, de que uma nos é pessoal — e tantos outros que não são diagnost. mas que se dão em doentes que gravidam com retro-desvio.

«Accrescenta mais finalmente que, com as experiencias que fez sob o cadaver insuflando e expulsando em seguida ar na bexiga, imitou d'este modo sobre o cadaver, a retroversão da madre, e que provavelmente produziria uma retroversão effectiva, se tivesse occasião de fazer a experiencia no estado de gravidez.»

A maioria dos parteiros, consideram a retenção d'urina como uma causa e não como effeito da retroversão. Ao lado de Denmann collocam-se auctores como Salmon Merriman, Callisen, Sibergundi, Depaul, Jacquemier, Boivin, Desormeaux, Duges e modernamente Charpentier, Tarnier (que diz «esta ultima opinião é a mais admissivel), e em parte Ribemont Dessaignes e Lepage (pois dizem: que em certos casos, a retenção não é a causa mas o effeito da retroversão).

Quanto á primeira razão apresentada por Denmann—o simples facto de não conhecer outra causa capaz de produzir retroversão do utero, não o podia levar á conclusão de que a retenção d'urina era o elemento etiologico unico, principal da retroversão.

Quanto ás experiencias por elle feitas, W. Hunter e sobretudo John Burns e seu filho Allan Burns, chegaram a conclusões oppostas e disseram que a retenção era um effeito, e não uma causa da retroversão.

Ora o que naturalmente tem posto a grande maioria de parteiros d'accordo com Denmann é:

1.º o erro na apreciação da ordem apparente na successão dos dois phenomenos retenção e retroversão;

2.º o facto de se dar a reducção espontanea do utero retrovertido uma vez esvasiada a bexiga;

3.º finalmente a necessidade que ha em esvasiar a bexiga, condição *sine qua non* da reducção manual ou instrumental, (o que o provam a maioria das observações).

Com relação á apreciação da successão dos phenomenos, retenção e retroversão, é certo que o que

fere immediatamente a attenção do doente e do medico é a retenção; mas o desenvolvimento exagerado que adquire a bexiga n'estas condições (que vae um grande numero de vezes até acima do umbigo) devia pôr-nos em guarda contra esse erro; pois como explicar esta retenção tão completa, tão exaggerada, senão por uma causa mecanica? Qual é a affecção que tem determinado esta retenção d'urina? E' exactamente o que os diversos auctores que admittem a retenção como causa, não explicam.

Mais ainda a condição *sine qua non* para que a retenção podesse ser causa da retroversão era preexistir a esta; mas as perturbações vesicaes sobrevindas no principio da gravidez, relatadas por Monod, Boissard, Churchill, Terrillon e outros, não são de molde a compararem-se com as produzidas no caso de retroversão.

Na discussão que teve logar na sociedade de cirurgia de 1880 na occasião da communicação de tres observações de cystite no principio da gravidez por Terrillon (e seg. elle a ella devidas), Gueniot, diz que pela sua parte, tinha varias vezes observado perturbações da micção durante a gravidez, mas que estas eram bastante ligeiras e tão faceis de debellar que não demandavam senão uma attenção minima. Gueniot diz mais que a palavra cystite para designar estas perturbações é talvez exaggerada, e que se trata antes d'uma irritação, do que d'uma verdadeira inflammação. Da mesma opinião foi Guyon.

D'aqui se pode vêr que não obstante poder haver cystite, como menciona Terrillon, esta não traz perturbações que possam originar retroversão.

Não entramos em relação com tumores, ou corpos estranhos sem relação com a gravidez e que, poderiam dar retenção d'urina d'um modo mecanico.

Do mesmo modo não entramos em consideração com as perturbações urinarias d'origem hysterica pois os commemorativos devem elucidar-nos no diagnostico.

Quanto ao 2.º e 3.º phenomenos, não podemos

negar que a retenção uma vez produzida se torne um obstaculo á reducção e que haja, pela mesma razão, necessidade d'esvasiar a bexiga; mas de fórma nenhuma estes factos nos podem levar a admittir a retenção d'urina como causa de retroversão.

Ora Doleris diz: «Os auctores que teem accusado a retenção d'urina de produzir retroversão do utero, não dão nenhum detalhe sobre a natureza d'esta retenção. Mencionam-a sem dizer porque e como se produz.

Durante muito tempo não se mencionou outra retenção d'urina na mulher gravida senão a que se ligava á existencia d'um desvio uterino.

Ora concordar-se-ha que é bastante extraordinario vêr esta perturbação mecanica (retenção) não existir senão concorrentemente em uma affecção (retroversão), que é de natureza a produzil-a».

Pelo que acabamos de mencionar, parece-nos que poderemos concluir que a retenção é um effeito e não uma causa da retroversão. D'esta maneira estamos d'accordo com Hunter, Burns, Maygrier, Moreau, Cazeaux, Velpeau, Barnes, Combarieu, Ducor, e tambem em parte com Ribemont.

Relativamente á accumulação das materias fecaes, Beaudelocque diz: «Quando a retroversão se faz lentamente, parece depender da pressão ligeira mas continua das visceras fluctuantes, sobre o fundo da madre».

Da mesma opinião são Gardien, M.me Boivin, Maygrier, Godefroy, Negrier e outros que se exprimem assim: «E' quasi indubitavel que é ao volume e ao peso das materias estercoraes accumuladas no S iliaco, e aos esforços d'expulsão repetidos, que deve ser attribuida a retroversão, visto que a retenção d'urina não basta para a explicar, e nenhuma póde tomar conta d'este *enterramento* lento do utero».

O proprio Cazeaux (que não admitte retenção d'urina como causa da retroversão), Desormeaux, Paul Dubois, Depaul, etc., pensam que a accumulação de fezes no intestino, por cima da fossa iliaca,

é uma causa determinante da retroversão; mas estes, ao contrario dos antecedentes, affirmam ser necessario que o fundo do utero esteja já dirigido para traz por uma outra causa, de modo que o peso dos intestinos distendidos pelas fezes, não faz mais que confirmar e exaggerar o movimento de baloiço do utero, já esboçado.

Para comprovarem as suas asserções, os auctores apresentam a observação de Willeneuve (obs. 61 da memoria de Ducor) e a de Smellie (da mesma memoria)—em que á custa d'um purgante, na primeira, e de clysteres na segunda, a reducção se deu espontaneamente.

Em frente d'estes factos, Ducor (loc. cit.) inclina-se a admittir as opiniões até aqui expostas quando diz: «A relação da causa com o effeito parece-me evidente n'estes casos». Mas notando o que diz n'outra parte, vêmos que a sua opinião primeira fica um tanto abalada, visto que não concede uma acção tão grande á accumulação de fezes. Eis as suas palavras: «Em resumo, a constipação como a retenção d'urina, favorece a retroversão do utero predisposto e oppõe-se sobretudo á reducção, mas não bastaria, sem outras causas, a produzir o deslocamento».

Por aqui se vê que primeiro admittiu a accumulação de fezes como causa bastante, determinante da retroversão, e por fim apenas a considera como favorecedora da retroversão, (como causa adjuvante) e sobretudo como obstaculo á reducção.

Nós não podemos negar o obstaculo que a constipação póde oppôr á producção da retroverção; mas o que não pensamos (do mesmo modo que para a retenção d'urina) é que do simples facto de uma retroversão se reduzir expontaneamente após o effeito d'um purgante ou d'um clyster ou clysteres, se possa concluir para a relação de causa e effeito entre a constipação e a retroversão. (1)

(1) Demais a reducção não foi tentada antes da applicação do purgante e por isso nada nos diz que ella se désse expontaneamente (como acontece algumas vezes depois de tentada a reducção com insuccesso).

E se assim fosse assistir-nos-ia o direito de perguntar porque a constipação tão frequente, e pertinaz ás vezes, nas mulheres gravidas, não produz mais vezes retroversão. Mas ha factos, ainda que raros, em que no logar de constipação ha diarrheia, outras em que não ha diarrheia e em que a defecação se faz regularmente; mas n'este ultimo facto a explicação está em que o utero inclinado para um dos lados não comprime senão uma parte do recto e deixa portanto livre a outra parte.

Finalmente aqui como para a retenção d'urina admittimos que a constipação é antes um symptoma de retroversão, e não a causa. Do mesmo modo admittimos tambem que ella póde ser um obstaculo á reducção.

Relativamente á influencia etiologica que podem ter as dimensões da bacia sobre a retroversão, os auctores não estão d'accordo. Assim, uns fazem recahir essa influencia sobre o aperto do estreito superior, (Callisen e Madame Boivin), outros na amplitude exagerada d'este estreito e da escavação pelvica (Chally e Galmet), outros emfim n'um excesso de curvatura do sacro (Saxtorph).

Se a bacia for apertada no estreito superior e se com isto coincidir uma forte curvatura do sacro para traz, e ao mesmo tempo um promontorio bastante saliente, eis o que deveria succeder em 4 casos por nós collecionados; d'uma parte, uma elevação difficil do utero augmentada pela gravidez, talvez mesmo uma inclinação gradual para traz; e por outra parte, a retenção facil, n'uma direcção horisontal, d'este orgão uma vez retrovertido; foi sobretudo a esta causa e a este mecanismo que foram attribuidos os accidentes observados pelo professor *d'Outreponte* em Wurtzbourg, n'uma mulher que teve em 3 gestações successivas 3 abortos nos seus primeiros mezes. Quanto a Chally que não falla da retroversão senão a proposito do excesso d'amplitude da bacia, eis o que diz: «E' ordinariamente nos tres ou quatro primeiros mezes da gra-

videz que o accidente póde ter logar; reconhece por causa primeira o excesso de dimensões da bacia, mas tambem outras causas podem determinar a sua producção. Então, duas condições podem dar-se: se o estreito superior é proporcionalmente tão extenso como a excavação, o utero acaba por se elevar, etc., mas póde acontecer o contrario, isto é, que o estreito superior não participe do excesso d'amplitude da bacia e retenha por isso o utero na excavação.»

Com relação ao aperto da bacia e ao promontorio saliente, com curvatura exaggerada do sacro, como causa de retroversão, não podemos negar o seu valor (ao contrario do que faz Combarieu) em frente de 4 observações que apresentavam o diametro promonto-pubico com 7 centimetros de comprimento em 3 d'elles.

Mas com relação á bacia ampla como causa de retroversão não só os auctores não mencionam observações; mas, mesmo, difficilmente se póde comprehender que uma bacia ampla seja capaz de produzir retro-desvio, sem que outra causa intervenha; e ainda que assim fôra, se por um lado concorresse para a retroversão, por outro, constituia um meio favoravel á reducção.

Quanto ao prolapso uterino, a avaliar pelo que diz Salmon, parece-nos talvez dever considerar-se antes como causa predisponente e não causa determinante, assim Salmon refere 3 observações de que 2 pertencem a Martin (novo) (1.ª e 7.ª) e uma a Parey 10.ª obs. de Martin), e diz que em nenhum d'estes casos a retroversão se produziu lentamente; mas sim teve sempre uma causa efficiente, mais antiga. A estes factos podemos juntar mais uma das nossas observações pessoaes.

Quanto á acção de tumores abdominaes e pelvicos (Churchill) uterinos ou peri-uterinos, não me parece dever ser contestada attenta a circumstancia de 3 factos que a comprovam.

Salmon diz na sua *these de concurso*, pag. 23 não ter conhecimento senão do facto de Ingleby, em que a doente tinha um tumor no fundo do utero.

N'este caso foi feita a reducção mas a mulher morreu depois do parto.

Ducor na sua mem. refere que Pearson viu um caso de retroversão devido a um *scirrho*, e que Hubert de Louvain apresenta alguns factos; mais refere um exemplar de Depaul que faz objecto da sua 66.ª obs.

Differentes tumores abdominaes sobretudo os que dependem dos ovarios podem produzir ou manter uma retroversão do utero gravido; assim a obs. 67 da these de Ducor é comprovativa d'esta asserção.

Os tumores que mais conduzem para produzir a retroversão são os que tem séde sobre o segmento posterior do utero e no fundo. (1)

Na sua *these de concurso*, Nelaton resumiu as ideias do mecanismo da retroversão no seguinte: «uma disposição especial congenital ou adquirida, physiologica ou pathologica, é a condição primeira, não ouso dizer indispensavel, d'estas deformações uterinas, etc.

Ha effectivamente casos particulares em que a posição do tumor influe d'um modo sensivel:— assim por ex., quando um tumor se desenvolve na espessura das paredes uterinas. Ducor diz terem-se visto semelhantes tumores occasionarem a retroversão uterina no estado de vacuidade. Ora estes tumores, arrastados pelo seu proprio peso em todas as attitudes em que o corpo conserva a posição vertical, tendem a precipitar-se na excavação pelvica e arrastam comsigo o orgão a que estão ligados (utero) com tanta mais facilidade quanto são ajudados, ou secundados pela acção da massa intestinal. Ora se este effeito se dá no estado de vacuidade, com mais razão se póde dar n'um utero gravido, especialmente quando a excavação pelvica tiver dimensões exaggeradas, e é aqui que ella póde ter algum valor como causa predisponente á retroversão ou retroflexão.

(1) Vid. as obs. de Varnier, Pierre Delhet e a Hermann descriptas quando tratamos do capitulo da definição.

Quanto ás adherencias devidas a peritonite antiga e mesmo a adherencias de perimetrite ou metroperitonite, eis em resumo o que dizem Pinard e Varnier na sua memoria (Contribution à l'etude de la retroversion de l'utérus gravide, pag. 12), analysando as 6 primeiras observações do seu trabalho: «1.°, contrariamente á opinião d'Amussat, as adherencias que se estabelecem entre o fundo do utero e o recto em seguida d'uma metroperite, não parecem ser muito frequentemente uma causa de retroversão do utero gravido; 2.°, contrariamente á opinião de Bernutz, as adherencias seguidas de metroperitonite, não parecem ser muito frequentemente a causa dos encravamentos irreductiveis.

N'outra parte, (pag. 13 da sua memoria), diz: «Nós não temos a pretenção de negar a influencia d'estas bridas peritoneaes peri-uterinas, que tem sido assignaladas muitas vezes no estado de vacuidade, como causa de desvio para traz, sobre a producção da retroversão e do encravamento irreductivel do utero gravido. Nós queremos sómente estabelecer que a importancia d'estas causas nos parecem exaggeradas. Até que observações mais numerosas e mais demonstrativas venham ao appoio da these d'Amussat e de Bernutz, nós continuaremos a pensar como Math Duncan, Barnes, Spigelberg, Tarnier, que, quando a gravidez surprehende um utero fixado em retroversão, as adherencias tendem a amollecer, a atrophiar-se e a reabsorver-se, para deixar o utero retomar a sua direcção normal.» Diz mais que o que se dá com as adherencias peri-uterinas não se realisa com adherencias fóra da zona uterina.

Finalmente analysando mais 5 observações da sua memoria, Pinard e Varnier, terminaram por concluir o seguinte: «1.°, as adherencias antigas utero-rectaes ou utero-pelvicas são raramente causa de retroversão do utero gravido e de sua irreductibilidade. A frequencia d'estas adherencias tem sido exaggerada, e quando existem, a gravidez determina na sua estructura, modificações que lhes per-

mittem tornar-se extensiveis.» (1) 2.º, «as adherencias antigas vesico-intestinaes ou vesico-intestino-pelvicas, todos aquelles em uma palavra, que fecham a área do estreito superior, podem oppôr-se, e oppõe-se, como as nossas observações o provam, ao movimento ascencional do utero gravido e produzem a retroversão e o encravamento. As modificações imprimidas pela gravidez a todos os tecidos que estão em relação de continuidade com o utero, repercutem-se extremamente pouco, sobre estas adherencias extra-uterinas para produzir a sua extensibilidade.»

Em harmonia com as observações colhidas nos auctores, podemos dividir as adherencias em relação com a retroversão do utero gravido, em *adherencias pelvicas* (ou peri-uterinas) e *extra-pelvicas* (ou visceraes) ou extra-uterinas.

As primeiras subdividil-as-hemos em:

1.º Adherencias dando logar á retroversão que se reduz espontaneamente. Obs. 3.ª e 4.ª de Harlay, e obs. 2.ª, 3.ª, 4.ª da memoria de Pinard e Varnier;

2.º Adherencias reductiveis manualmente. Obs. 5.ª, 6.ª, 7.ª, 8.ª (1.ª de Varnier), as d'Harlay (2.ª e 3.ª);

3.º Adherencias reductiveis, mas espontaneamente pela acção de gestações successivas (ou antes irreductiveis transitoriamente). Obs. 10.ª, 11.ª e 12.ª da these d'Harlay, e mais uma do nosso trabalho;

4.º Adherencias pelvicas resistentes sobre que a gravidez não tem acção (Jacobs) e que tornam a retroversão irreductivel. Obs. 5.ª e 6.ª da memoria de Pinard e Varnier, 13.ª e 5.ª de Varnier, 15.ª e 16.ª de Harlay.

5.º Adherencias visceraes irreductiveis.

Além das 5 obs. da memoria de Pinard e Varnier (obs. 7, 8, 9. 10, 11); Harlay, na sua these apresenta mais duas observações, (obs. 18, 22). N'esta obs. o utero reduziu-se facilmente.

(1) Charles já tinha esta ultima ideia, Harlay, pag. 14.

Pelo que deixamos dito a proposito das adherencias peri-uterinas e extra-uterinas ou visceraes, julgamos dever concluir o seguinte:

1.° as adherencias pelvicas ou peri-uterinas dando logar á retroversão que demande a intervenção medica, armada ou não, são mais frequentes do que Pinard faz vêr na sua memoria, (visto que nós colhemos 13 obs. e Pinard só 6).

2.° Acção modificadora (isolada) da gravidez sobre as adherencias peri-uterinas, é umas vezes completamente impotente, outras vezes precisa exercer a sua acção a longo praso para as vencer.

E' para notar ainda, que o papel das adherencias peri-uterinas, produzindo retroversão, não fica exgotado nas observações aqui mencionadas; pois estas são as que vem á mão do medico; mas sabendo-se que a perimetrite é uma causa frequente de retro-desvio (Delbet), sabendo-se mais, que um grande numero de mulheres são atacadas de perimetrite, e, notando-se finalmente, apenas um numero relativamente pequeno de retro-desvios, é para suppôr que um numero relativamente avultado deve passar despercebido, tanto para a doente como para o medico, a não ser que casualmente, como tem acontecido, depare com elles.

Isto é tanto mais verosimil, verdadeiro mesmo, quanto é certo que existem retro-desvios não dolorosos no estado de vacuidade, absolutamente latentes, não se caracterisando por nenhuma sensação anormal, como o faz vêr Legeu no seu trabalho, (Trat. medico-cirurgico de Gynecol.), citado na these de Paris de Alvés de Lima, 1897, (sobre os retro-desvios dolorosos, etc.)

Ora, apparecendo a gravidez, as condições são as mais favoraveis para exercer a sua acção modificadora sobre as adherencias, visto que são fracas, e para continuar a occultar a retroversão; mas por esse facto, não deixa de haver retroversão do utero gravido, quando menos durante o tempo preciso para a destruição completa das adherencias; mas este mesmo facto de retroversão transitoria é observado nos casos de retroversão diagnosticada

e reduzida espontaneamente; por isso não devemos pôr fóra do campo os factos de retroversão, que podemos chamar latente, pois é uma retorversão transitoria reductivel espontaneamente como qualquer outra, e como talvez a maior parte d'ellas.

Quanto á acção etiologica do aborto, inserção de placenta (obs. 25.ª, de Harlay) no fundo do utero, fraqueza de constituição, etc.—a importancia que lhe tem sido dada pelos auctores é pequena—demais, isso mesmo é comprovado pela falta de observações. Quanto aos abortos, apezar de que Ducor na sua memoria os considera como causa importante, estou convencido pelas observações que pude vêr, que elles figuram antes como effeito da retroversão que como causa; pois a maior parte das vezes observamol-os depois de notarmos a retroversão, e são os denunciadores d'ella. A nossa observação da brazileira comprova este facto; e muitos mais poderiamos accrescentar.

Demais, Ducor, quando trata das terminações da retroversão, concorda comnosco em dizer que elle é uma das terminações.

Quanto ás causas determinantes da retroversão de fórma subita todos os auctores que podemos vêr sobre o assumpto, desde Salmon até nós, concordam e affirmam que a maior parte das vezes a fórma subita apparece consecutivamente a qualquer das causas mencionadas na parte d'este capitulo, relativamente a este ponto.

Demais a existencia de retro-desvios produzidos por uma causa subita, no estado de vacuidade, como o attestam duas observações relatadas na these de Harlay, vem reforçar o valor que esta mesma causa póde ter, para produzir o retro-desvio do utero gravido, attentas as condições mais favoraveis em que elle se encontra para este fim.

Mas devemos fazer notar, que pelas observações que podemos vêr, um grande numero de casos tido pelos auctores como de fórma subita, apre-

sentavam symptomas premonitorios, significando por isso, que o desvio já existia, e que a causa accidental não foi mais que a gotta d'agua que fez trasbordar o copo, tornando mais sensivel aquillo que já existia de facto.

D'este modo parece-nos devermos considerar estes casos como de retroversão mixta (lento-brusca) em que á retroversão lenta se juntou uma causa que a tornou brusca. (1)

Ha factos evidentes de retroversão brusca comprovada pelo exame antes e depois do accidente, como refere Combarieu na sua these, pag. 11. No entanto Schroeder, e com elle Bernutz, Barnes, Tyler, Smith e outros, dizem o seguinte: (Paul Ducor, memoria, pag. 146). «E' duvidoso que o utero tendo a sua situação normal, uma causa aguda seja sufficiente para produzir uma retroversão no momento em que elle é bastante desenvolvido para que uma incarceração possa manifestar-se immediatamente». Para estes auctores trata-se ordinariamente d'uma retroversão preexistente á gravidez.

Seja como fôr, a retroversão de fórma brusca, póde ter uma marcha lenta, chronica, como se observa n'um grande numero de casos e mesmo nas nossas observações.

Salmon faz notar, que os dois generos de causas de retroversão (causas lentas e subitas), se encontra em quasi todos os casos em que houve recidiva de retroversão em varias gestações successivas,—e nós acc rescentamos que não só n'esses, mas tambem nos casos em que preexistia retroversão anterior á gravidez sem que depois houvesse recidiva; isto mesmo nos é dado concluir em face dos casos que podemos colher nos auctores.

Quanto ás causas determinantes de retroversão mixta, não nos detemos a descrevel-as, visto

(1) Salmon na sua these, pag. 32, cita 2 obs.—uma de Martin (novo), e outra de M. Mazier de Saigle, em que houve ao mesmo tempo fórma brusca e lenta.

que são nem mais nem menos as pertencentes á fórma lenta e fórma brusca, accrescentadas da propria retroversão lenta.

Quanto á retroversão latente, as causas são muito naturalmente a retroversão preexistente, sem adherencias, (ou com adherencias muito facilmente reductiveis), e o retro-desvio mantido por tumores do fundo do utero ou da parede posterior, como nos 2 casos citados por Varnier, Pierre Delbet e Hermann. (Vide quando tratamos da definição).

Symptomatologia

A divisão da retroversão em graus, como admittimos com a maior parte dos auctores, quando tratámos da introducção a este trabalho, é boa sobre o ponto de vista anatomo-pathologico; mas não satisfaz plenamente debaixo do ponto de vista clinico, por duas razões seguintes:

1.ª N'um grande numero de casos, a retroversão não se opéra gradualmente depois do utero gravido, preexiste á gravidez;

2.ª Porque a retroversão póde ser completa, sem que o apparato symptomatico seja correspondente, como o faz vêr Combarieu na sua these, pag. 10.

Assim admittiremos a divisão clinica que apresentamos ao tratar da etiologia, que é a seguinte:

1.ª Retroversão latente;

2.ª Retroversão lenta;

3.ª Retroversão brusca;

4.ª Retroversão mixta, lenta e brusca ao mesmo tempo.

Os auctores Tarnier, Charpentier, Paul Ducor, e outros, ao descreverem a symptomatologia da retroversão, dão a entender claramente que a retroversão lenta não é senão uma retroversão incompleta pelo menos no principio. Tarnier, no seu tratado de partos, quando trata da symptomatologia, diz o seguinte: «Os symptomas da doença são, segundo a etiologia, lentos ou bruscos. Na fórma lenta, o principio é quasi sempre *insidioso*, e sublinhamos esta palavra de proposito. Observam-se primeiro todos os signaes d'uma retroversão imcompleta. As mulheres quei-

xam-se cerca do terceiro mez da gravidez, d'algmas dôres no baixo ventre, repuxamentos das virilhas e dos lombos, tenesmo vesical e annal, e ao mesmo tempo difficuldade d'urinar e constipação. Experimentam na pequena bacia uma sensação de peso que só é dissipada pela posição horizontal. Depois d'um tempo variavel estes symptomas dão logar aos da retroversão completa que se annuncia quasi sempre por retenção d'urina, etc.»

Na fórma subita, este periodo prodomico falta; a apparição da retroversão é marcada por uma sensação brusca de deslocamento d'um orgão no baixo ventre, acompanhada d'uma dôr mais ou menos viva e algumas vezes d'uma especio de *estalido*.

Convém notar que não é o facto da retroversão ser completa ou não, que faz variar a symptomatologia; mas sim a acção concomitante do processo inflamatorio que se desenvolve, (1) e a incarceração do utero, que arrastam perturbações quer geraes quer locaes especialmente sentidas do lado da bexiga e do recto.

Pinard e Varnier, na sua memoria (Contribution a l'etude de la retroversion de l'uterus gravide, pag. 41), diz: «A não considerar senão o apparelho symptomatico e a anatomia pathologica da retroversão do utero gravido, poder-se-ia quasi dizer que n'esta doença o utero não é nada e a bexiga é tudo.»

Por isto se vê mais uma vez que a divisão anotomo-pathologica da retroversão não deve entrar em consideração quando se trate da symptomatologia.

Assim d'accordo com o que dissemos, descreveremos successivamente os symptomas da retroversão latente, lenta, e assim successivamente.

SYMPTOMATOLOGIA DA RETROVERSÃO LATENTE

Parece paradoxal que para uma affecção latente se descreva symptomatologia. Ora, effectivamente a affecção não se manifesta para a doente por symptoma algum, quer subjectivo, quer objectivo (pelo menos que ella refira), mas

(1) These de Combarieu, 1885. pag. 12.

para o medico que por acaso a encontra, a affecção manifesta-se por symptomas objectivos adquiridos pelo toque e palpação bimanual, que adeante referiremos. Conhecemos 6 obs. que podem caber n'esta fórma: 2 citadas por Varnier e Pierre Delbet (nos Ann. de gynecol. e obst. de 1897, pag. 102 e seg), de que uma lhes é pessoal, e outra pertence a G. Hermann, parteiro do London Hospital, (e está publicada no New York journal of gynecology and obst.); as obs. 1.ª, 2.ª de Harlay e duas que nos são pes- (a da brazileira e a de M. E. Santo).

SYMPTOMATOLOGIA DA FÓRMA LENTA

Como os auctores não são muito prodigos em etiquetar as suas observações do qualificativo, lenta ou brusca, e como por outra parte o maior numero d'elles, ou antes, quasi todos, tomam a retroversão lenta como synonima de retroversão incompleta,—é-nos difficil no meio d'esta confusão separar as observações de fórma lenta para analysarmos a sua symptomatologia.

Não negamos que debaixo do ponto de vista anatomo-pathologico a retroversão ou o retro-desvio possa produzir-se gradualmente, e possa por isso passar pela phase de retroversão incompleta até á completa; (1) mas o que é verdade, como diz Combarieu na sua these, pag. 10, é que a retroversão póde ser completa desde o principio, não se produzir gradualmente, e todavia dar origem a um quadro symptomatico que reproduz o observado pelos auctores, na retroversão, por elles chamada lenta ou incompleta.

Para se avaliar da confusão e desaccordo em que estão os auctores sobre a distincção a fazer das duas fórmas de retroversão, vamos vêr o que diz Charles de Liège e Tarnier.

Charles de Liège, na sua Memoria sur les déplacements de la matrice pendant la grossesse (these de Combarieu, pag. 12), diz: «Os caracteres necessarios para que

(1) Isto mesmo se póde dar na fórma brusca com marcha chronica.

uma retroversão seja alcunhada de brusca, são os seguintes:

1.° Difficuldades ligeiras na defecação ou em urinar, assignaladas antes do esforço ou queda;

2.° Os casos em que ao accidente não tem seguido immediatamente os symptomas.

Estes, podem mostrar-se passadas algumas horas, dois ou tres dias depois, porque a urethra póde não ser inteiramente comprimida; mas bem depressa as paredes uterinas engorgitam se, e o deslocamento chega a um grau superior, tanto pelos esforços para esvasiar a bexiga e o recto, como pelo peso das materias fecaes e da urina».

Para evitar repetições, vide no principio d'este capitulo o que disse Tarnier a este proposito.

Comparando o que dizem os dois auctores, resalta immediatamente que Charles de Liège confunde sob a mesma epigraphe, retroversão brusca e lenta.

Pelo que podemos colligir da analyse de 47 observações de fórma lenta, nitida, evidente, encontradas em diversas theses e memorias, e incluindo as nossas, somos levados a concluir o seguinte:

1.° Os retro-desvios de fórma lenta principiam em geral a manifestar-se no espaço de tempo comprehendido entre o 15.°—75.° dia de gravidez.

Assim, na observação 152 de Harlay, a doente principiou a sentir perturbações da micção e dôres no fim d'urinar, desde o 15.° dia de gravidez (a contar da ultima assistencia); na obs. 43 (que vale por duas, porque os accidentes repetiram-se em duas gestações successivas) e na obs. 10, os symptomas principiam ao 30.° dia; na obs. 42 os symptomas apparecem ao 35.° dia; na obs. 179 apparecem os primeiros symptomas na 6.ª semana da gravidez; nas obs. 5 e 6 apparecem na 7.ª semana; nas obs. 94 e 193 manifestaram-se aos dois mezes; na obs. 98 houve desde os primeiros dias da gravidez perturbações; mas o diagnostico do retro-desvio só foi feito ao 75.° dia de gravidez.

Nas nossas observações, os symptomas principiaram a manifestar-se n'uma ao 34.° ou 35.° dia de gravidez—e n'outra após dois mezes de gestação.

2.° Os symptomas observados no principio são: dôr surda no hypogastro—sensação de peso no perineo—per-

turbações na micção e defecação, como sejam pollakiuria, tenesmos vesicaes e rectaes—sensação de repuxamento das virilhas para baixo—dôres na região dos annexos—sensação d'*ardencia* ao nivel das ultimas vertebras lombares—e finalmente, algumas vezes, nauseas e vomitos.

São estes os symptomas que alguns auctores, Ducor, appellidam de prodromicos.

Ducor diz na sua memoria, pag. 24, que elles se apresentam raramente juntos.

Depois d'um tempo variavel, que não costuma ir além de dois mezes, a contar do principio dos accidentes, os symptomas precursores ou prodromicos vão-se accentuando cada vez mais, até assustarem a doente, obrigando-a a recorrer ao medico, que tambem algumas vezes não fica menos preoccupado com o apparato symptomatico apresentado, quando a sua experiencia é falha n'este assumpto.

Os symptomas iniciaes, uma vez augmentados gradualmente, á medida que o utero se desenvolve, podem dar logar aos seguintes: *Retenção d'urina—Constipação—Dores—Symptomas geraes.*

Além d'estes, temos os symptomas objectivos fornecidos pela inspecção, palpação, percussão, auscultação, toque vaginal e rectal, e palpação bimanual.

RETENÇÃO D'URINA (1)

E' tal a importancia que tem tido este symptoma, que o proprio Denman, que a considerava como unica causa de retroversão, diz: «Se cerca do terceiro mez de gravidez sobrevem n'uma mulher retenção d'urina que continua durante um certo tempo, póde-se estar certo que a madre é retrovertida».

(1) Na discussão que teve logar na sociedade de Leipzig (em sessão de 4 de maio de 1898), a proposito do trabalho de Dührsen de Berlim — entre outros pontos discutiu-se qual a causa do phenomeno capital da retroversão, a retenção d'urina. Zweifel emittiu a opinião que ella era devida, não á compressão consideravel da urethra, mas antes á formação d'uma prega, d'um esporão, á custa da parede posterior da bexiga, pela curvatura em angulo, do collo vesical para traz.

Salmon de Chartres, na sua these, pag. 52 e 53, diz a este proposito o seguinte: «A retenção d'urina é o signal que, bem antes da retenção das materias fecaes, fixa primeiro a attenção dos doentes e do medico na retroversão uterina; e quando se observa no 3.º ou 4.º mez da gravidez, póde-se quasi affirmar, sem ter praticado o toque, que a retroversão existe no 1.º ou 2.º grau». Diz mais que foi por este symptoma que Godefroy diagnosticou, em uma doente ao 4.º mez da gravidez, uma retroversão».

O dr. Paul Ducor, na sua memoria «De la retroversion uterine pendant la grossesse», pag. 90, diz: «Recordarei sómente que o dever do medico é proceder ao exame local, entre toda a mulher gravida, atacada de retenção d'urina e de constipação teimosa, sobretudo cêrca do 3.º ou 4.º mez da gravidez».

A retenção d'urina póde ser completa ou incompleta. Convém sempre ao investigar este symptoma não nos deixarmos illudir pela doente, que muitas vezes tendo retenção incompleta dizem que urinam muito, e amiudades vezes; outras vezes acontece que a doente urina bastante, mas a bexiga nunca é esvasiada por completo, a vontade d'urinar é incompletamente satisfeita. N'este ultimo caso o collo da bexiga, como diz Salmon, não é comprimido na sua totalidade. Outras vezes a urina sahe por regorgitamento, e as doentes julgam-se atacadas de incontinencia

Finalmente n'alguns casos a retenção é completa; aguda ou chronica.

Nas observações 90 e 95 da these de Harlay, a retenção era completa e o catheterimo deu sahida a 7 litros d'urina. Na obs. 74 na mesma these a ret. era tambem completa e o catheterismo deu sahida a 6 litros d'urina.

Na obs. de Reinik a bexiga continha *20 litros d'urina* (1).

(1) Esta é a primeira observação de retroversão uterina brusca, abandonada a si propria e constatada na autopsia (Salmon, pag. 74). Quanto aos 20 litros d'urina, parece-nos que uma bexiga não será capaz de supportar uma tal distenção. No entretanto o auctor Ducor diz: «Dans le cas de Reinick, ou trouva *vingt litres* d'urine dans la vessie». E Salmon diz: «La vessie contenait vingt livres d'urine, cependant les parois n'était pas devenues plus minces; elles avait acquis au contraire une épaisseus doubles de celles qu'elles ont à l'était normal. Les ureteres et les calices etaient aussi notablement dilaté».

Muitos outros factos de retenção d'urina quer completa, quer incompleta, podiamos mencionar.

E' necessario notar, que as observações a que acabo de me referir, são d'aquellas em que se encontrou maior quantidade d'urina na bexiga; mas em regra a quantidade d'urina existente na bexiga no maior numero d'observações, como tivemos occasião de averiguar, não passa em media de dois e meio a 3 litros d'urina,

De resto, isto é variavel conforme cada caso particular.

E' preciso fazer notar mais, que o desenvolvimento da bexiga ou antes a sua distenção no caso de retenção que nos occupa, não se faz sempre d'um modo normal, isto é para a cavidade abdominal, mas sim casos ha em que a bexiga se desenvolve na pequena bacia, sendo assim dividida em dois compartimentos, superior e inferior, separados por uma parte mais estreita ao nivel do collo do utero retrovertido.

A bexiga tem a forma d'ampulheta e costea ou circunda o utero em toda a sua face posterior e fundo, com a parte prolabada no fundo de sacco posterior.

O que acabamos de dizer é confirmado por duas observações, uma de retroversão brusca do utero gravido, outro d'um fibroma que mantinha o utero em retroversão no estado de vacuidade (1).

N'estas duas observações o auctor faz notar qne são até agora as unicas publicados que conhece, e que as considera importantes não só por esse facto, mas especialmente porque o catheterismo não se póde fazer bem pelo modo ordinario, sendo necessario introduzir toda a sonda e fazer ao mesmo tempo pressões digitaes nos fundos de sacco vaginaes, lateraes e posteriores, combinando d'este modo o catheterismo ao toque vaginal auxiliar.

A linha de conducta de M. Laroyenne n'este caso foi tratar d'esvasiar completamente a bexiga de 3 em 3 horas pelo processo que dissemos, conservando sempre a doente no decubito dorsal.

---

(1) Estas observações acham-se publicadas (nos Ann. de Gyn. e obst. de 1896 pag. 286) por A. Lathurz—Viollet, (interno dos hospitaes de Lyon), com auctorisação do professor Laroyenne, a quem pertencem.

Após o 4.° catheterismo tentou a reducção e obteve pleno successo, com auxilio d'um pessario metalico de Hodge, de arco post. muito largo e coberto de caoutchouc, que collocou no fundo de sacco vaginal posterior.

Mais faz notar o auctor, que o prolapso vesical retro-uterino pode observar-se em todos os casos d'augmento de volume do utero, quer se trate d'hypertrophia physiologica (gravidez), ou d'um tumor qualquer (fibroma).

Para se avaliar finalmente, da importancia que Laroyenne dá ao prolapso vesical, basta citar as suas palavras (loc. cit. pag. 294). Ha um grande interesse na pratica do catheterismo vesical, não sómente evacuador, mas sobretudo explorador, em toda a mulher supposta gravida e não urinando normalmente», «A attenção deverá sempre ser attrahida, sobre a possibilidade d'um prolongamento mais ou menos anormal do reservatorio urinario. (1)

Não obstante a importancia d'este symptoma retenção, quasi constante nos retrodesvios do utero gravido, Harley na sua these, 1898, apresenta, nada menos de sete observações, de que tres lhe são pessoaes, em que não houve retenção d'urina, e n'alguns d'elles nem sequer perturbações de micção.

As observações são as seguintes:—obs. 4, 41, 43, 44, 45, 46, 47, pag. 38-40.

CONSTIPAÇÃO

A retenção das materias fecaes, ainda que menos importante que a retenção d'urina, não deixa de ser um dos symptomas mais constantes e que mais frequentemente acompanha a retroversão.

Mas a constipação raras vezes é completa.

Apparece desde o principio dos accidentes, como a dysuria. A doente tem tenesmos rectaes, vontade frequente de defecar, sem que muitas vezes a possa satisfazer, não obstante grandes esforços. O anus apresenta-se algumas

(1) Nas 2 observações, o fundo de sacco vaginal posterior estava bastante saliente, repuxado para deante, e havia fluctuação especialmente na 2.ª

vezes tumefacto, exuberante, póde mesmo haver o prolapso do recto ou da sua mucosa.

Mais ainda, o anus e o perineo podem apresentar uma saliencia bastante accentuada, devido ao repuxamento, ou antes distenção, que sobre elles exerce o fundo do utero retrovertido.

Acontece algumas vezes dar-se a impossibilidade da introducção de clysteres, pois são immediatamente expellidos.

O ventre póde apparecer bastante volumoso, devido ao desenvolvimento de grande quantidade de gazes, e dar a impressão de dois tumores, separados ao nivel do umbigo por uma depressão transversal, como aconteceu n'um caso de Salmon, (cit. a pag. 58 da sua these) em que o tumor inferior era formado pela bexiga distendida, e o superior pelo meteorismo abdominal.

Salmon na sua these, pag. 58, cita duas observações em que o recto, por baixo do utero em retroversão, era de tal modo cheio de materias fecaes, que foi necessario, antes de fazer a reducção, esvasiar o intestino em varias sessões.

Na maioria dos casos, os symptomas não são tão accentuados; mas o dr. Paul Ducor, na sua memoria, diz ter observado um facto, e cita outro de M. Depaul (1) em que a constipação era resistente e accentuada, a ponto de mascarar o deslocamento.

Em presença d'uma constipação durante a gravidez, mais teimosa do que em geral, Depaul diz (loc. cit., pag. 378): «se os laxantes e os meios habituaes não produzem nenhum resultado, se as doentes exprimentam uma necessidade continua de defecação, sem a poderem satisfazer, e sem que os clysteres possam ser introduzidos no recto, deve pensar-se n'um exame completo que fará reconhecer a verdadeira situação.

Não obstante tudo isto, ha casos de retroversão operados gradualmente, citados por Martin (o novo), em que não houve retenção d'urina nem retenção de fézes.

Ha mais ainda, Ducor diz na sua memoria, pag. 41, o seguinte: «A persistencia das fézes e mesmo diarrhea encontram-se n'algumas observações de Martin de Lyon, Chapplain, Mattei, Godefroy, Chantreuil.

(1) Leçons de clinique obsteteicale, pag. 374.

DORES

As dôres podem ser, como se collige das observações, *lombares, perineaes e abdominaes.*

Em poucas condições, a não ser no aborto ou no parto, as mulheres exprimentam dôres tão violentas como no caso de retroversão do utero gravido ou de retroflexão. Isto é tanto mais verdadeiro, quanto é certo que n'um grande numero d'observações, as doentes julgam tratar-se d'um aborto e em geral chamam primeiro a parteira que o medico. (1) Assim aconteceu nas obs. 1.ª e 3.ª de Parent citados na these de Salmon, na obs. de Mayor, em que houve ruptura das partes molles da bacia, loc. cit., pag. 60; na obs. 20 da memoria de Ducor pag. 46, em que um official de saude julgou tratar-se d'um aborto; chamando depois M. Rolland, que reconheceu a retroversão uterina. O mesmo facto se deu finalmente nas obs. 1.ª e 2.ª do dr.Caradec; vid. na sua memoria, (Quelques considerations sur la retroversion uterine pendant la grossesse).

A dôr é o primeiro symptoma observado quando a retroversão se manifesta bruscamente; mas em geral as sensações de repuxamento, de sacões dolorosos nos lombos, no hypogastro e nas virilhas, que se manifestam no principio do accidente, duram pouco tempo no estado agudo, de modo que a doente póde continuar nas suas occupações. Mas bem depressa este symptoma accentua-se parallelamente aos outros, e fórça a doente ao repouso e consulta medica.

A obs. 20 de Ducor, duas das minhas, e muitas mais que podia apontar, comprovam o que acabo de dizer.

Muitas vezes as dôres são moderadas, e mais ou menos continuas; outras vezes reclamam mais depressa e com mais justa razão a attenção do medico e da doente, por causa da sua violencia e sobretudo pelo seu typo intermittente. Charles de Liège na sua memoria, insiste muito sobre este facto (Ducor).

Estas dôres coincidem com contracções uterinas, e

(1) Não só a parteira, mas até o medico julga algumas vezes tratar-se d'aborto.

fazem sentir-se na parte inferior do abdomen, dirigindo-se para traz para o coccyx e parte inferior do sacro.

A séde d'estas dôres, diz Ducor, é provavelmente o utero; pelo menos, pela palpação ou toque, depois d'esvasiar a bexiga póde sentir-se aquelle orgão, endurecer-se debaixo da mão, durante a dôr. «Não são entretanto as verdadeiras contracções do trabalho; são mais violentas e não começam pelo collo do utero, pois que este ultimo conserva muito tempo o seu comprimento e não é senão muito tarde, mais do que o podiam fazer suppôr as violentas contracções, que elle começa a apresentar as modificações proprias no caso d'aborto. Este facto é notado na obs. 57 de Ducor.

«Importa conhecer esta particularidade afim de não desesperar de vêr, mesmo depois de dôres fortes e prolongadas, chegar a ter uma gravidez em risco apparente de aborto. Convém n'estes casos, mais ainda do que durante o parto, distinguir a dôr da contracção.

«Estas dôres são mais vivas por causa da irritabilidade maior do orgão, inflammado, engorgitado, e do estado nervoso sobre-excitado em que se encontra a doente. As causas podem ser multiplas: uma irritação visceral visinha póde occasionar contracções uterinas. Ha stase venosa, e o sangue carregado d'acido carbodico dá logar a contracções uterinas, como o demonstram as experiencias de Brown Séquard.

«Este estado semelha um aborto em que as dôres demasiado intensas, são tomadas á conta d'uma sensibilidade exaggerada da paciente. Assim, não devemos admirar-nos de vêr muitas vezes a retroversão uterina durante a gravidez confundida com um aborto. Espera-se este ultimo, e se um exame conveniente não tem sido praticado e que a situação termina pela expulsão d'um ovo, o accidente primitivo (retroversão) será desconhecido.—*Charles*».

Algumas vezes não são as dôres que incommodam a doente, mas sim um prurido muito accentuado nos orgãos genitaes externos e em volta do anus.

Uma das nossas obs. é comprovativa do que acabamos de dizer.

SYMPTOMAS GERAES

Uma das razões que assusta a doente e os que a rodeiam, e a obriga a recorrer ao medico, antes que a doença seja reconhecida, é a existencia de phenomenos geraes seguintes: *febre, sêde, dyspneia, frequencia de pulso, agitação e anciedade consideraveis, secura da lingua, fuliginosidades da liugua e gengivas, insomnia, delirio, perturbações digestivas, anorexia, vomitos incoerciveis, soluços,* etc.

Com effeito, estes symptomas geraes, são de molde a assustar a doente, visto que, não obstante haver dysuria, constipação pertinaz e dôres lombares intensas, ella attribue as primeiras, ao seu estado de gravidez, e as segundas a um aborto difficil, penoso, que esteja em via de se dar; mas o que ella não sabe explicar, são os phenomenos geraes, motivo porque recorre então ao medico.

Salmon, na sua these de concurso, pag. 61 e seguintes, apresenta 8 observações, colligidas nos diversos auctores, comprovativas d'estes symptomas que acabei de referir. N'algumas das nossas observações, as doentes apresentavam tambem symptomas geraes.

Estes symptomas não apparecem em geral no principio da retroversão, por vezes são pouco accentuados, e podem mesmo não existir. São, com effeito, as mais das vezes secundarios e em relação com as lesões que dão logar ao encravamento do utero, com inflammação da bexiga, intestinos, utero, e sobretudo do peritoneu. São originados, algumas vezes, pelas dôres extremamente intensas, metrorrhagias e esgotamento nervoso, em que se encontra a doente portadora d'uma retroversão, que se vem aggravando desde um certo tempo.

Convém notar que estes symptomas não apparecem em geral reunidos, e umas vezes predominam as perturbações nervosas, outras vezes as perturbações digestivas, etc., como nas obs. 25, 26, 27 de Ducor, especialmente na obs. 27, em que a doente tinha o hymen quasi intacto (1), sendo necessario a Stoltz fazer uma incisão com

(1) O marido dizia não ter havido *penetração* em virtude da impossibilidade que havia. No entretanto a doente tinha falta de assistencia havia 4 mezes.

uma thesoura, para poder introduzir o dedo e fazer o toque.

Feito isto reconheceu a retroversão, reduziu o utero, pararam os vomitos incoerciveis e a gravidez foi a termo.

Ora, os symptomas mencionados, dão muitas vezes á retroversão uterina durante a gravidéz, a apparencia de uma doença aguda, mas fica-se surprehendido quando operada a reducção expontanea,(executando ou não o catheterismo), ou reducção manual, tudo entra no mais regular estado, como acontece na grande maioria dos casos.

Se algumas vezes este facto se não dá, como aconteceu n'algumas observações citadas na memoria de Pinard e Varnier e outros, e nas de Salmon, Ducor, etc., foi, como se póde colligir d'analyse d'essas observações, por se ir tarde e as lesões serem já adeantados.

INSPECÇÃO

Olhando a região hypogastrica quando a retenção d'urina não é accentuada e quando os accidentes datam de pouco, admiramo-nos de vêr uma superficie plana ou mesmo uma depressão, onde normalmente, n'uma gravidez regular, se encontra uma saliencia um abaulamento.O abdomem, algumas vezes, não corresponde ao tempo de gravidez que as doentes dizem ter, como o manifestam as observações 50 e 57 de Ducor.

Mas se isto se observa n'um certo numero de casos em que a retenção d'urina não é muita pronunciada, o contrario acontece, e é o mais geral, quando esta se accentua; então, podemos encontrar não só o ventre volumoso na linha media, chegando na obs. 28 a 29 (1), Ducor, e obs. de Crop., a confundir-se com a ascite, mas mais ainda, edema dos grandes e pequenos labios, do clitoris, dos membros inferiores, prolapso da vagina, (ou um bordelete que a pareça), vulva entreaberta, bem como o anus, prolapso do recto, e perineo saliente, como á passagem

(1) A obs. 28 pertende ao Dr. Bashsm (Union med. 1859, IIV) e a 29, pertence a Barnes Med Times and Gazette, 1872, et Revue des sciences med. de M. Hayem, T. II, 1873.

da cabeça fetal sobre o pavimento da bacia. A inspecção póde fazer constatar excoriações dos grandes labios e da parte interna das coxas, devido a acção irritante da urina que sahe por regorgitamento; e podemos observar até inflam. da mucosa vaginal, quando o escoamento fôr bastante abundante.

Finalmente a vista pode fazer-nos notar uma modificação muito import. do lado do meato urinario e da urethra.

«Quando o movimento de baloiço é muito pronunciado, o collo do utero arrastando para cima a parede anterior da vagina, arrasta comsigo o meato urinario que vae esconder-se debaixo da arcada pubica, e mesmo detraz da symphyse. E' muitas vezes impossivel encontral-o, e torna-se necessario a compressão do monte de venus, de modo a trazer fóra a parede anterior da vagina, para que possamos vêl-o.

Demais, a urethra agora não é um canal quasi recto; contorna a symphyse pubica, descrevendo uma curvatura de concavidade anterior e superior, que se presta muito bem á curvatura da sonda d'homem».

Dehous, de Valenciennes, Martin (o novo), viram o collo do utero fóra da vulva, que se encontrava collocado por baixo e por deante do pubis (1).

Casos ha, ainda que raros, em que o meato se torna inaccessivel e o catheterismo impossivel.

PALPAÇÃO E PERCUSSÃO

Como fizemos vêr ao tratar da inspecção, o abdomen é em geral mais volumoso do que o poderia fazer suppôr o tempo de gravidez que a doente diz ter.

Pela palpação notamos que o ventre é em geral pouco sensivel, e distendido por um tumor existente immediatamente debaixo da parede abdominal, de fórma globulosa

(1) Na obs. 17 da these de Harlay, pertencente a Gabriele Posanner, o collo prolabado e edemaciado encontrava-se a vulva entre os grandes labios, tambem edemaciados.

ou piriforme, de grande extremidade inferior, e chegando mais ou menos acima na cavidade abdominal.

Comprimindo este tumor, a doente manifesta vontade d' urinar, e sahe ás vezes um pouco d'urina pela urethra, e nós notamos em geral sensações de resistencia e molleza, fluctuação e mobilidade, da parte do mesmo tumor.

Por vezes, entretanto, este tumor nota-se bastante duro em toda a sua extensão, debaixo da mão que o palpa, de modo a embaraçar por um instante o diagnostico, e fazer suppôr um utero gravido, como no caso de Pajot e Tarnier. e na obs. 30 de Duçor tirada da Gazeta Medica de Paris, de 1852 (1).

Mas n'estes ultimos casos a sahida espontanea d'urina ao palpar ou o catheterismo, levantam todas as duvidas.

Salmon, na sua these, pag. 63, diz, que para nos certificarmos se este tumor fluctuante tem ou não além do liquido qualquer corpo (feto), empregaria a manobra do baloiço abdominal.

Os symptomas percebidos até aqui pela palpação, era no caso da bexiga estar cheia; mas se esta estiver vasia, quando o accidente fôr recente e não houver retenção d'urina, podemos sentir o corpo do utero que mergulha na excavação, por vezes scybalas no S iliaco, e mais raras vezes chega-se a sentir o collo do utero situado detraz da symphyse como na obs. 57 da mem. de Duçor. (obs. de Lucas Champonnière et Georges Syderey).

Fazendo a palpação bimanual, podemos com a mão abdominal perceber o choque communicado ao collo do utero pela mão vaginal, ou antes pelo dedo ou dedos que fazem o toque.

Pela percussão encontramos, se a bexiga estiver cheia, som baço na região hypogastrica e ás vezes umbilical.

AUSCULTAÇÃO

O que se observa por este meio é, a maior parte das vezes, o sopro uterino, antes que as pulsações do feto,

(1) N'este ultimo caso, M. Teissier e Garin notaram que o tumor abdominal endurecia debaixo da mão a cada contracção dos musculos abdominaes.

que em regra a este tempo não é bastante desenvolvido.

Por outra parte, a distenção da bexiga e a existencia do utero na excavação, obstam á percepção das pulsações, ainda que ellas existam. No entretanto, servindo-nos do metroscopio, podemos observar as pulsações pela vagina; mas, de facto, a razão principal porque ellas se não ouvem quasi sempre, é por não existirem.

Nos casos citados por Varnier e Delbet, e Hermann, nos Ann. de Gyn., de 1897, ouviam-se bem porque os fetos eram de termo. Ha tambem casos em que ellas se teem ouvido.

Apesar de que o valor do sopro uterino é bastante escasso como diagnostico certo de gravidez, no entretanto Depaul, nas suas Leç. de clin. obst., pag. 380, diz: «Não é menos verdadeiro; que é necessario tel-o em grande conta para a constatação do estado real; e nas investigações que chamo externas, este signal poderá algumas vezes pôr o observador sobre a via do diagnostico».

Scanzoni e Paul Dubois (these de Salmon) dizem respectivamente o seguinte: «E' um guia precioso, e deve estabelecer uma grande probabilidade».

E, finalmente, quando este sopro se manifesta depois da reducção do uteró, sem que se tenha percebido antes, o seu valor augmenta, como aconteceu no caso de Laroyenne citado por A. Lathuraz-Viollet a que atraz nos referimos.

TOQUE VAGINAL

Depaul, nas suas Lições de clinica obstetrica, pag. 2, diz o seguinte: «Como muito bem tem dito um auctor d'este seculo, – estudar partos sem se exercitar no toque, é aprender palavras que não representam nada, é adquirir ideias estereis, e de que se não saberá fazer applicação».

Se o toque é a chave d'abobada da pratica obstetrica, muito mais bem cabido lhe é o nome a proposito do diagnostico da retroversão.

Os symptomas que vimos d'enumerar até aqui, podem arrastar comsigo a ideia de retroversão, e teem sido, uma vez reunidos, bastantes para affirmar um diagnostico; mas em geral com estes dados não podemos pôr o diagnostico

de retroversão; bem como a sua falta não nos auctorisa de modo algum a negal-o. Não acontece outro tanto com o que nos fornece o toque vaginal e rectal, pois que os seus dados são seguros e por si só sufficientes para affirmar um diagnostico no assumpto de que nos occupamos.

Salmon, na sua these, pag. 64, chama a este meio de pesquiza—a pedra de toque no diagnostico da doença.

Tarnier, no seu Tratado de partos, pag. 232, diz: «E' a palpação bimanual o meio d'obter o signal verdadeiramente pathognomonico da retroversão.

Quando se introduz um dedo ou dois na vagina, encontra-se quasi immediatamente um tumor mais ou menos arredondado ou ovoide de grande extremidade dirigida para traz, tendo uma certa resistencia, e pondo obstaculo para se chegar ao sacco.

Este tumor é o fundo do utero, que póde chegar mais ou menos abaixo desde o promontorio ao perineo, que elle póde fazer exhuberar ou sahir mesmo fóra da vulva.

Algumas vezes por este meio podemos distinguir com muita attenção, como diz Tarnier, a contracção e relaxamento das paredes uterinas, caracteristicos da gravidez, e differencial-o assim d'um qualquer tumor que occupasse a mesma situação.

Mas outras vezes, como diz Ducor, em vez de encontrar um corpo que endurece e se relaxa pela contracção, notamos que a fluctuação e grande molleza são evidentes a tal ponto, que se podem então distinguir partes fetaes (1).

Adeante d'este tumor observado, a parede posterior da vagina apresenta-se ainda com prégas e é mesmo deprimida e repuxada para deante, de modo a impedir a introducção do dedo ou dedos e a encurtar o fundo de sacco posterior.

A parede anterior, pelo contrario, é distendida, e o canal vaginal prolongando-se para cima torna muitas vezes o fundo de sacco anterior inaccessivel ao alcance do dedo ou dedos exploradores.

Depaul diz: «Emfim, o dedo mais exercitado não póde

(1) Este facto foi observado em doentes de M. Benoit (interno dos hospitaes), e de Amussat e Hubert (de Louvain).

muitas vezes attingir o collo do utero situado muito alto detraz da symphyse, ou se o póde attingir não é senão incompletamente, tão elevado elle está».

Acontece porém, que algumas vezes o collo, ainda que difficilmente attingivel, se encontra, fazendo um pequeno esforço para penetrar mais profundamente, como aconteceu n'algumas observações que vimos nos auctores e na nossa obs. de M. T.

Tarnier, no seu Tratado de partos, diz: «Quasi sempre, ao mesmo tempo que a retroversão, ha um certo grau de retroflexão, isto é, d'inflexão do corpo do utero sobre o collo e para traz d'este; da mesma opinião são os mais auctores, e entre elles Depaul e Ducor.

Estes auctores não descrevem para a retroflexão do utero symptomatologia differente da retroversão, e dizendo o que acabo de transcrever estão ao lado de Salmon, que não admitte differença, como tivemos occasião de dizer, entre a retroflexão e a retroversão do utero gravido, quando menos sob o ponto de vista anatomo-pathologico.

Os auctores admittem ainda uma fórma anatomo-pathologica, que podemos chamar mixta—a retroversão com retroflexão, que se dá quando o utero deslocado na totalidade para traz, o collo ou o corpo são ao mesmo tempo um pouco flectidos, um sobre o outro.

Para esta fórma tambem não descrevem symptomatologia propria.

Ainda a parede anterior póde excepcionalmente ser distendida pelo segmento inferior da bexiga, e fazer saliencia na vagina, como aconteceu na doente da obs. 35 de Ducor. A natureza d'este segundo tumor será facilmente reconhecida pela sede, fluctuação, consistencia, e finalmente pelo seu desapparecimento após catheterismo ou compressão, como aconteceu na obs. 35 de Ducor, em que Negrier ao introduzir a mão na vagina para operar a reducção, a urina sahiu espontaneamente.

Esquecia-me de fallar n'uma disposição notavel que póde apresentar o collo do utero, em que o seu labio posterior faz saliencia atravez da vulva, emquanto que o anterior é repellido detraz do pubis (1).

(1) Obs. 34 da memoria do dr. P. Ducor, pertencente a Charles de Liège.

Este facto, como o faz notar na sna these Ducor, produz-se nos casos em que a parede posterior da madre se desenvolve muito mais que o segmento anterior.

TOQUE RECTAL

Nos casos um pouco duvidosos de retroversão, o toque rectal é indispensavel, e tem muitas vezes assegurado o diagnostico até ahi indeciso. E' necessario não hesitar em recorrer a elle, apesar da repugnancia natural que as doentes experimentam em se submetter a este modo de investigação.

Emquanto que o toque vaginal aprecia melhor a posição do collo, o toque rectal é o unico que póde permittir percorrer o tumor uterino (fundo do utero) n'uma grande extensão, atravez das paredes do recto,e apreciar bem a sua fórma, consistencia, mobilidade ou immobilidade, devida ou não a adherencias, que tambem se podem constatar.

Mais ainda podemos notar a compressão do recto, a fórma da parede posterior da pequena bacia, e ir até acima do tumor, até ao promontorio, como o dizem Amussat e Simon de Heildemberg.

Ducor diz que é bom introduzir ao mesmo tempo um dedo na vagina e outro no recto; pois d'este modo apreciaremos melhor a fluctuação produzida pelo liquido amniotico, que se observa algumas vezes melhor d'um lado que do outro, e que podemos d'aqui tirar indicação para punccionar o utero pelo recto ou pela vagina, segundo a fluctuação fôr mais accentuada n'uma ou outra parte (1).

Finalmente, o toque rectal póde dar conta d'adherencias, da sua posição e da sua resistencia maior ou menor n'um dos lados, e fornecer assim indicações preciosas quando a reducção artificial se torne necessaria.

---

(1) Entendemos que com este fim não é necessario introduzir os dedos; pois não deveremos empregar este meio de reducção, a não ser excepcionalmente.

PALPAÇÃO BIMANUAL

«Combinando a palpação com o toque, poder se-hia julgar que o tumor abdominal, constituido pela bexiga distendida, e o tumor vaginal produzido pelo utero retrovertido, não formam senão um só, porque uma pressão exercida de cima para baixo pela mão que palpa, é transmittida ao dedo que toca.

Mas, se no logar de proceder assim, collocarmos d'um lado a mão do ajudante, por exemplo, do lado esquerdo, e fizermos pressão brusca do lado direito, notamos que o ajudante percebe a fluctuação, o que não acontece ao dedo com que estamos fazendo o toque. Torna-se então provavel que os dois tumores, abdominal e vaginal, são distinctos.

Com effeito, a mão que palpa, póde, deprimindo mais ou menos fortemente a parede abdominal, chegar a sentir o tumor uterino que está na excavação pelvica, emquanto que a mão que toca se appoia debaixo para cima sobre este tumor. Circumscreve-se d'este modo o utero entre as duas mãos, e podemos assim apreciar os seus caracteres proprios, seu augmento de volume, posição exacta, consistencia, e todas as duvidas que podiam subsistir ainda, sobre a natureza do tumor que enche a excavação, são desde então completamente dissipadas.—*Tarnier.*»

Devemos notar que n'um grande numero de casos este meio d'investigação não dá os resultados que Tarnier lhe aponta, e isto acontece especialmente quando o ventre é muito doloroso, como acontece na nossa obs. da doente J. Rosa e M. Taveiro.

Felizmente que quasi sempre, ou talvez sempre, os dados colhidos pelo toque vaginal e rectal são sufficientes para firmar o diagnostico, e então este ultimo meio é dispensado. No entretanto, Tarnier diz que é por este meio que se obtem o signal pathognomico do utero gravido.

SYMPTOMATOLOGIA DA FÓRMA BRUSCA

Acabando de descrever os symptomas da retroversão de fórma lenta, não temos mais que pôr de parte os cha-

mados symptomas prodromicos, e temos assim a symptomatologia da fórma brusca.

Os symptomas d'esta fórma apparecem quasi sempre após uma causa accidental que a doente refere, e principiam bruscamente com mais ou menos intensidade, mas sempre com mais apparato que os symptomas iniciaes da fórma lenta.

A fórma brusca póde, no entretanto, seguir uma marcha aguda ou chronica, o que é manifestado por algumas observações, nas quaes entram duas das nossas.

Seja como fôr, a marcha é em regra, sempre mais rapida que a da fórma lenta, não obstante as terminações poderem ser eguaes.

Quanto á fórma mixta, não temos a dizer senão que se dá aqui a accumulação successiva da symptomatologia das fórmas precedentes.

Esta fórma mixta é tida pelos auctores como fórma brusca; já dissemos as razões porque a consideramos assim, e porisso inhibimo-nos de as repetir.

Diagnostico

—

Se, d'accordo com a maior parte dos auctores, dissermos que o diagnostico da retroversão ou antes do retro-desvio é ordinariamente facil, não é menos verdadeiro que grande numero d'erros, a este proposito, teem sido commettidos pelos principes da sciencia, taes como Dupuytren, Lisfranc, Antoine Dubois, Maygrier, Capuron...

Isto basta para nos pôr de sobreaviso e ter cuidado em não formular um diagnostico sem ter a certeza, ou, pelo menos, o maximo de probabilidades.

Devemos ser sempre muito minuciosos no emprego dos meios de pesquiza, e muito cautelosos na apreciação dos dados fornecidos, para não termos de nos penitenciar de qualquer falta commettida n'estas condições.

Não pretendemos fazer o diagnostico differencial da retroversão uterina, durante a gravidez, com todas as doenças com que se poderia confundir na pratica; mas sim limitamo-nos a differencial-a das affecções, que podem apresentar difficuldades reaes.

Seguiremos a seguinte ordem:

1.º Diagnostico entre a retroversão no estado de vacuidade e no utero gravido;

2.º Diagnostico com os tumores fibrosos ou polypos intra-uterinos, no utero são ou retrovertido;

3.º Entre os tumores communs á excavação e á cavidade abdominal, ou especiaes á excavação sómente;

4.º Entre a gravidez simples, complicada de retenção d'urina, e a gravidez com retroversão;

5.º Entre a retroversão durante a gravidez normal e a retroversão durante uma gravidez molar;

6.º Com a gravidez extra-uterina abdominal (1);

7.º Com o hematocele retro-uterino.

Já dissemos, e repetimos, que os signaes sensiveis, objectivos, fornecidos especialmente pelo toque simples ou combinado, eram a chave do diagnostico; porisso são os que devemos ter sempre em vista, para evitar erros.

1.º O diagnosttco entre a retroversão do utero vasio e do utero gravido, isto é, o diagnostico de gravidez no caso de retroversão, parece-me ser o primeiro que deve impôr-se ao tratar d'este assumpto. Como em geral não podemos obter nenhum signal de certeza da gravidez, apenas estamos restringidos aos signaes racionaes, taes como supressão das regras, perturbações digestivas, sopro uterino, fluctuação, modificação dos seios, baloiço (rarissimas vezes), pulsações fetaes ou mesmo contracções uterinas (que Playfair; Tarnier e outros, teem como caracteristicos da gravidez),—não temos, na grande maioria dos casos, dados sufficientes para affirmar um diagnostico certo de gravidez.

Mas, se assim é no maior numero de casos, é tambem certo que quasi sempre os signaes racionaes de gravidez teem sido bastantes para fazer o diagnostico.

---

(1) Especialmente quando a sua séde é no fundo do sacco de Douglas (Tarnier). Pozzi diz que ella tem a séde raras vezes n'este ponto.

Isto, de resto, é comprovado por quasi todas as observações colhidas, visto que em quasi todas ellas não existiam senão os signaes racionaes, e foram bastantes para affirmar o diagnostico, que foi comprovado depois, após a evolução da gravidez.

Mas, não obstante o diagnostico ser facil, as mais das vezes, não deixa de ser verdadeiro que o diagnostico de gravidez não tem sido feito algumas vezes.

As obs. 44 da mem. de Ducor, pertencente a M. Paul Rendard (interno dos hospitaes), a do dr. Ed. Schwartz (Ann. de gyn. de 1894, pag. 242) (1), e a nossa de J. Rosa, são comprovativas do que affirmamos.

Mas o que nos 3 casos deu origem a pôr de parte a gravidez, foi a persistencia da menstruação (ou coisa que o parecesse). Estou convencido que se houvesse cuidado na apreciação dos restantes symptomas racionaes e mesmo nos dados fornecidos pelo toque, etc., esta falta deixaria de ser commettida. Porisso convém, mais uma vez repito, ser meticuloso na apreciação dos dados e não abandonarmos a via do diagnostico, pelo facto de nos faltar um elemento.

Apesar de que Salmon diz que este erro de diagnostico não teria importancia para a doente, não nos parece que sempre assim seja.

Assim, sabendo que a doente está gravida, tentaremos os meios simples de reducção; ao passo que não o estando, ou ignorando que o está, não teremos duvida em recorrer a uma operação sangrenta, hysterectomia, annexetomia, laparotomia seguida d'hysteropexia, etc., que julgamos necessaria, originando assim a morte d'um feto e pondo em risco a vida da mãe.

Especialmente com a primeira d'estas operações é que se póde dar o que dissemos, pois que,

(1) Esta obs. é citada por Harlay na sua these, pag. 85.

apesar de hoje ser relativamente benigna, não deixa de pôr tambem em risco a vida da doente.

Claro está que não nos queremos referir ao nosso caso, em que o feto estava morto; mas foi exactamente este facto que nos suggeriu o que acabamos de dizer.

2.º A proposito do diagnostico differencial no segundo caso (vide atraz, para evitar repetições), Salmon na sua these, pag. 84, diz o seguinte: «... O diagnostico differencial é aqui da maior difficuldade, e o medico deve actuar immediatamente, se ha retroversão da madre, qualquer que seja a duvida que domine o seu espirito no assumpto do conteúdo do utero.

E' o que fez Desault n'um caso, e nós não hesitamos em seguir esta pratica n'um que observamos. Seja como fôr, assignalamos para esclarecer o diagnostico o seguinte: 1.º as hemorrhagias repetidas ou a persistencia das regras, em geral mais abundantes; 2.º a marcha mais lenta dos accidentes da retroversão devida á lentidão, com a qual se desenvolvem os tumores fibrosos comparativamente ao utero durante a gravidez; 3.º a dureza do tumor uterino sem fluctuação apparente; 4.º o estado resistente do collo comparado á molleza do mesmo orgão, no 3.º ou 4.º mez da gravidez; 5.º ausencia de ruido de sopro, pelo menos nos casos que temos observado (Salmon); 6.º interrogando as doeutes, poderemos algumas vezes saber se existia ou não antes, e desde muito tempo, um tumor no ventre ou na vagina. D'um outro lado póde haver numerosas causas d'erro, se o medico não tiver muito cuidado, e sobretudo se houver ao mesmo tempo tumor intersticial e gravidez».

3.º No 3.º caso (vide atraz), Salmon cita quatro obs., em que tumores da excavação pelvica ou da cavidade abdominal foram tomados por um utero gravido em retroversão. O primeiro caso é o de Ramsbotham (pae) em que celebres parteiros confundiram dois kystos d'ovario com o utero gravido em retroversão. Na autopsia é que se notou o erro, porque se encontraram dois kystos, um no

ovario esquerdo que se estendia na cavidade abdominal, outro no ovario direito que estava introduzido na pequena bacia e era ahi mantido por adherencias.

Entre os dois kystos estava o utero collocado horisontalmente, tendo o collo por detraz da symphyse. O ovario direito foi o que mais concorreu para o erro, pois foi tomado pelo fundo do utero, com o qual se parecia muito, especialmente á pressão.

O 2.º caso é relatado por Dugés e Boivin, e pertence a Denman.

O 3.º caso foi observado por Boivin, Dubois e Béclard.

Ao toque notava-se um tumor enorme enchendo toda a cavidade pelvica; a doente curou-se consecutivamente á applicação de 12 sanguesugas na parede posterior da vagina, mas nunca se chegou a averiguar da natureza do tumor. Este caso fórma a obs. 46 da mem. de Ducor.

O 4.º caso é o de Jourel, em que se punccionou pela vagina um pretendido utero em gestação, como dizem Dugés e Boivin.

Os elementos seguintes são bastantes para obstar a estes erros: 1.º a retenção d'urina e os caracteres da distensão da bexiga, formando tumor no meio do abdomen, e desenvolvendo-se rapidamente em algumas horas, devem fazer pôr de parte a ideia de kysto ovarico; 2.º a constatação da posição do utero, collo e corpo, obsta á confusão com os tumores pelvicos; 3.º na retroversão, o tumor (utero) e o collo continuam-se com ou sem flexão, e o toque rectal completa ainda esta pesquiza.

No 4.º caso, o diagnostico differencial não offerece grandes duvidas ou mesmo nenhumas, se tivermos bem presentes os signaes caracteristicos da retroversão, que não apparecem quando se trata de gravidez simples com retenção d'urina.

No 5.º caso, Salmon teve occasião de fazer o diagnostico differencial n'uma doente que se lhe apresentou, e notou o seguinte: «1.º—Toda a par-

te posterior do utero facilmente accessivel ao toque, era molle, pastosa, sem fluctuação; 2.°—Esta molleza e estado pastoso do utero permittiam-lhe moldar-se exactamente sobre o contorno da excavação; 3.°—Os accidentes manifestados não requeriam urgencia, como acontece na retroversão com gravidez normal, e a doente poude attingir sem grande difficuldade o sexto mez de gravidez, occasião em que succumbiu, devido á hemorrhagia, no meio d'esforços d'expulsão da molle».

De resto, a existencia da retroversão foi facilmente diagnosticada, tanto pelo toque como pela palpação bimanual, porque não havia retenção d'urina, e facil foi empregar este ultimo meio d'investigação.

No 6.° caso, o diagnostico é tão difficil a maior parte das vezes, que principes da sciencia, como Dupuytren, Lisfranc, Antoine Dubois, Maygrier, Capuron, Velpeau e outros, teem confundido a gravidez extra-uterina, com retroversão e vice-versa.

Na obs. 49 da mem. do dr. Paul Ducor tratava-se d'uma gravidez extra-uterina confirmada pela autopsia, (e mesmo antes porque o feto passou atravez do colon até ao recto), confundida com uma retroversão do utero gravido, especialmente por Capuron, que julgou reconhecel-a muito distinctamente.

Na obs. 50 da dita mem. de Ducor, tratava-se d'uma gravidez extra-uterina, confirmada pela autopsia, confundida por Charpentier com uma retroversão.

Na obs. 51 de Ducor, que diz ter-lhe sido relatada por M. Benoit (interno dos hospitaes), tratava-se, ao contrario, d'uma retroversão do utero confundida a principio com gravidez extra-uterina. A confusão desappareceu, pelo facto da reducção espontanea do utero, passado cerca d'um mez. A hesitação n'este caso resultou da facilidade com que se notavam partes fetaes e o grande volume do tumor.

Na obs. 52 da mem. de Ducor, referida por

Bailly nos Ann. de tocologia, 1874 (1), tratava-se d'uma retroversão uterina confirmada pela reducção espontanea e pela autopsia, confundida por Depaul e Tarnier com gravidez extra-uterina, não obstante a introducção da sonda uterina.

Depaul e Tarnier hesitavam entre um desvio do utero gravido e gravidez extra-uterina, mas decidiam-se pela segunda hypothese, e assentaram n'esse diagnostico, depois d'introduzirem a sonda uterina sem difficuldade, vindo esta fazer saliencia a 8 centim. acima da symphyse.

Tarnier diz que o utero era, por assim dizer, bilobado, estando uma parte na bacia e outra acima do estreito superior. De resto, a gravidez tinha sido confirmada pela expulsão d'um feto de cerca de 5 mezes, operada depois da reducção espontanea.

Estas observações mostram claramente a facilidade com que se póde dar o erro de diagnostico, e a impossibilidade de o fazer com precisão algumas vezes. Basta-nos para isso saber que auctores como os que acabamos de mencionar, erraram.

«E' bem o caso, diz Boivin e Dugés, d'introduzir um stylete no utero, para nos certificarmos da sua vacuidade, exploração ordinariamente impraticavel na retroversão».

Foi exactamente conformando-se com este preceito que Depaul, Tarnier, etc., foram induzidos a erro; pois no seu caso a sonda penetrou facilmente, o que não deveria dar-se (2).

Ducor, na sua mem., pag. 108, diz que n'este ultimo caso provavelmente não se tratava d'uma verdadeira retroversão, isto é, d'um deslocamento do orgão em totalidade, mas sim d'uma mudança de fórma do utero de que o segmento postero-inferior estava desenvolvido extraordinariamente, com relação á parede anterior, e enchia a excavação.

(1) Note sur um cas de retrovertion uterine puerperale.

(2) Na obs. de Schwartz (Ann. de gyn., 1894), foi a introducção do hysterometro de caoutchouc, de Terrillon, que penetrou 9 centim., que obstou a que se fizesse o diagnostico e se confundisse com hematocele —pag. 85, obs. 193.

Ducor aconselha que n'estes casos não devemos assumir sós a responsabilidade do diagnostico e do tratamento, mas sim, devemos chamar em conferencia collegas competentes.

Depaul, nas suas Leç. de Clin. Obst., pag. 383, diz não ter necessidade de traçar os signaes que permittiriam evitar o erro, e que apenas lhe basta assignalar a possibilidade d'elle para despertar a nossa attenção em eguaes circumstancias.

Tarnier diz que a retenção d'urina é raras vezes tão consideravel na gravidez extra-uterina, como na retroversão; e mais ainda que se póde por vezes sentir á palpação da parte inferior do abdomen, o corpo do utero que se encontra para deante do kysto fetal, e. ao toque, o collo mais facilmente accessivel, é em geral desviado para a direita ou para a esquerda.

Salmon, depois d'analysar algumas observações, a de Harriet, a de Caumel, a de M. Whitt, a de Santorini, a de Kelson, e uma que já mencionamos (obs. 49 de Ducor), diz o seguinte: «Agora, depois da indicação d'estes factos, devemos nós traçar o diagnostico differencial entre a gravidez extra-uterina e a retroversão? Pensamos que se póde entretanto ensaiar: 1.°—E' preciso remontar á causa que tem produzido a retroversão; ella é subita, brusca, na maior parte dos casos; 2.°—O accidente é agudo, para assim dizer, na retroversão, e é chronico na gravidez extra-uterina, a menos da ruptura do kysto com os esforços d'expulsão (caso em que outros signaes esclarecem então o diagnostico); 3.°—A retenção d'urina no grau que adquire na retroversão é rara na gravidez extra-uterina; 4.°—O deslocamento do utero em retroversão, tem logar, segundo o diametro antero-posterior da excavação, e o collo dirige-se directamente para deante, para o pubis; na gravidez extra-uterina o collo deve seguir o deslocamento total do utero, e este deslocamento varía segundo a séde do kysto fetal extra-uterino».

No 7.° caso, a proposito do diagnostico do hematocele retro-uterino (Nelaton) ou do hematocele

pelvico intra-peritoneal (de Mac-Chinstock) com a retroflexão do utero gravido e... ., diz (1): «O hematocele não será confundido com o utero gravido retroflectido, desde o momento que tenhamos cuidado em limitar o utero que se encontra encastoado no centro da tumefacção formada pelo hematocele. Este exame far-se-ha mais facilmente sob a acção do chloroformio».

De resto diz mais: «O quadro clinico que offerece o hematocele é muitas vezes tão caracteristico que a hesitação não é permittida.

A apparição brusca d'um tumor retro-uterino, coincidindo com phenomenos d'hemorrhagia interna, é verdadeiramente pathognomonico».

Mas, não obstante tudo isto, Ducor cita trez observações, em duas das quaes houve erro de diagnostico, confundindo o hematocele com retroversão; e na 3.ª o erro foi evitado pelo facto da doente ter sido examinada um mez antes dos accidentes, por Depaul. A 1.ª obs. pertence a Mikschik (Étude sur la physiologia des ovaires—Ducor); a 2.ª a M. Puech, e é relatada por Courty; a 3.ª a Depaul, que foi chamado em conferencia por M. Chauffard.

Ha ainda a obs. 193 da these de Harlay, pertencente a Scwartz e relatada nos Ann. de gyn. et obst., outubro de 1894, pag. 245, em que se deu a confusão com o hematocele, devido sem duvida á persistencia das regras e á dôr.

Não faremos o diagnostico differencial, com a retenção d'urina e constipação, ascite, peritonite, affecção nervosa, etc., não obstante terem sido commettidos erros n'estas condições,—porque com um pouco de attenção podem evitar-se taes erros.

Finalmente, o diagnostico de retroversão nas obs. de Varnier e Delbet, e Hermann só poude ser feito depois da operação, em virtude da falta de symptomas proprios no curso da gravidez, e mesmo na occesião em que se apresentou a doente. Demais, trata-se sem duvida de casos excepcionaes.

(1) A pag. 324 do seu Trat. de gyn., de 1897.

Prognostico, duração, marcha e terminação

Em face do resumo d'analyse de 200 observações que apresentamos no fim do nosso trabalho, quasi que nos podiamos inhibir d'apresentar aqui este capitulo; mas como entrou no programma que traçámos vamos dizer o que se nos affigura sobre este ponto.

E' curioso notar a divergencia que existe entre os auctores com relação ao prognostico que se deve dar aos retro-desvios do utero gravido.

Assim, Salmon, Ducor, Tarnier, Charpentier, Depaul e outros, são unanimes em affirmar que o diagnostico dos retro-desvios é em geral sério e sombrio. Não pensam assim Denmann e Harlay,— dizendo o primeiro que é sem razão que se olha a retroversão como um accidente muito perigoso, e o segundo que o prognostico do retro-desvio é em geral benigno.

Vendo o resumo adeante mencionado, não podemos collocar-nos ao lado de Denman e Harlay, porquanto, em 200 observações cujas terminações podemos conhecer, apparece evidente o corpo de delicto da affecção de que tratamos, em face de 29 mortes, 31 abortos e 131 partos a termo. Ora, por certo que não se poderá assignar um prognostico geral benigno a uma affecção em que a mortalida-

de é de 14,5 % para a mãe e de 7 % (1) ou 15,5 % para o feto, se considerarmos os abortos provocados e espontaneos na sua totalidade.

Por outra parte, não devemos contentar-nos apenas com o prognostico geral dos retro-desvios, e d'harmonia com as distincções que estabelecemos, deveremos referir-nos ao prognostico das especies de desvios em geral, ao das diversas fórmas clinicas em particular, e finalmente ainda ao das mesmas fórmas em relação com as especies ou variedades de retro-desvio.

Analysando o resumo, conclue-se a proposito da retroversão, que o prognostico é em geral grave.

Basta para isto notar as suas terminações seguintes: em 147 retroversões 91 partos a termo, 25 abortos (de que 12 são espontaneos, 7 provocados e 6 seguidos de morte), o que dá a mortalidade de 16,3 % para a mãe, a de 8,1 % para o feto (considerando apenas os abortos espontaneos) e 61,9 % ou 62 % (conta redonda) partos a termo.

E' claro que a mortalidade real para o feto não é apenas 8,1 %, mas sim a somma d'esta com a da mãe o que se eleva a 24,4 %.

Um pouco menos grave, é sem duvida, ainda que não benigno, o prognostico geral da retroflexão. Assim nas suas terminações encontramos, em 32 retroflexões, 23 partos a termo, 5 mortes, 4 abortos de que 2 são espontaneos:—o que dá 71,87 % partos a termos, 15,6 % de mortalidade para a mãe e a 21,7 % para o feto.

Quanto á fórma mixta de retro-desvio (anatomo-pathologicamente fallando), não nos devere-

(1) Só nos referimos aos abortos espontaneos, porque os abortos provocados não o deviam ter sido se os auctores conhecessem o resultado d'outros, meios que tem a vantagem de poupar quasi sempre a vida da mãe e a do feto. Ora seria justo referirmo-nos a elles se tratassemos do prognostico n'esse tempo, que não vae longe, cuja terminação data cerca de 4 e meio annos); mas hoje, que os meios mais humanitarios são, ou pelo menos, devem ser conhecidos, entendemos dever entrar em consideração apenas com os abortos espontaneos.

mos pronunciar sobre o seu prognostico, em virtude do seu pequenissimo numero de casos.

Por outra parte como não nos parece muito verosimil a existencia d'esta fórma (1), que deve existir antes em theoria que na realidade, na pratica, (a não ser se assim quizerem, como uma phase intermediaria muito transitoria, e sem importancia clinica, a meu vêr, na marcha da retroflexão quando esta se transforma em retroversão, como n'um caso citado no resumo), —mais uma razão para a pôrmos de parte ao tratar do prognostico.

Finalmente passamos ao prognostico geral das diversas fórmas clinicas, e por fim ao especial de cada uma d'ellas em relação com as especies (retroversão e retroflexão).

Quanto ao prognostico geral das diversas fórmas clinicas, principiando pela fórma latente, vêmos que (pondo de parte uma morte que se deu em condições excepcionaes), o prognostico é muito benigno.

Quanto á fórma lenta, em 47 casos encontramos 18 partos a termo, 12 abortos espontaneos, 4 abortos provocados e 7 mortes (das mães), o que dá respectivamente 38,2 % de partos a termo, 25,53 % d'abortos espontaneos) 14,89 % de mortes.

Por aqui se vê que o prognostico é bastante desfavoravel quer para a mãe, quer para o feto.

Quanto á fórma brusca, as suas terminações são: em 21 casos, 11 partos a termo, 1 aborto provocado, 2 abortos espontaneos e 1 morte, o que dá respectivamente 52,38 % de partos a termo, 95 % d'abortos espontaneos e 4,74 % de mortes.

Pelo que se póde inferir d'aqui, a fórma brusca tem um prognostico fetal e materno muito mais benigno que a fórma lenta, insidiosa. Mas de facto, assim não é, os numeros enganam-nos n'este ponto, e o prognostico é só apparentemente mais benigno.

Ora, se effectivamente os dados fornecem estes

(1) Quando se trata d'utero gravido.

resultados, não é porque a fórma brusca seja mais benigna em si, antes pelo contrario, como bem o manifestam as observações; pois que esta fórma tem em geral uma marcha muito mais rapida, muito mais aguda (que a antecedente que é essencialmente chronica), chega mais depressa á incarceração (quer se trate de retroflexão ou de retroversão), e complica-se mais rapidamente de qualquer das tres fórmas ou 3 graus de cystite gangrenosa (1), como o attestam as observações d'este genero citadas por Pinard e Varnier, algumas das quaes se encontram n'um quadro em que elle apresenta 9 observações de cystite gangrenosa, entre as quaes; duas perforantes ulcerosas, em que a morte se deu, n'uma, 4 semanas depois do principio dos accidentes, e n'outra um mez depois do principio.

Para avaliar do prognostico no caso de retroversão brusca comparado com o de retro-desvio lento, é necessario notar que nos primeiros, a doente sente-se muito mais rapidamente incommodada, e porisso não se desleixa tanto em consultar o medico e tratar-se, como no retro-desvio lento em que a marcha é insidiosa e em que a doente nem sequer pensa na affecção de que é victima, e toma os symptomas que lhe apparecem, como dependentes da gravidez.

Porisso, n'este ultimo caso a doente vae tarde, e inopportunamente, quando as complicações são manifestas, bastante accentuadas,—e d'ahi o mau resultado.

D'aqui se conclue que o mau prognostico geral da fórma lenta, não depende d'ella, que póde ser benigna, mas sim da doente que se desleixa, talvez pela ignorancia em que está do resultado fatal que lhe póde advir. Mas se na fórma lenta tudo é propicio á despreoccupação da doente, não acontece outro tanto com a fórma brusca, em que

(1) Pinard e Varnier, na sua memoria a pag. 99 admittem 3 graus ou 3 fórmas de cystite gangrenosa seguintes: *fórma esfoliante, fórma diffusa,* e finalmente *fórma ulcerosa* e *perforante.*

ella corre pressurosa á procura d'um lenitivo para os seus males.

Por outra parte ainda, se os dados que podemos colher nos dizem alguma coisa d'importante para o prognostico, etc., não dão tudo o que poderiam dar se fossem precisos e completos.

No entretanto teem um certo valor quando referidos a numerosas observações, e especialmente sobre o ponto de vista do prognostico geral.

Este resultado falso, mas realmente dado pelos numeros, pela estatistica, mais uma vez vem provar que para a estatistica ter valor, é necessario entrar em consideração com um numero relativamente avultado de dados, para não cahirmos na contingencia de n'um dado numero de factos apparecerem só os elementos desfavoraveis, como aqui aconteceu na fórma lenta.

Quanto á fórma mixta (clinicamente fallando), como não entramos em consideração com os abortos provocados, pelas razões atraz ditas, o prognostico resultante da avaliação numerica, apparece muito benigno, como se vê das terminações: em 4 obs., 3 partos a termo e 1 aborto provocado.

No entretanto, como o numero de casos é muito pequeno, não nos deveremos deixar arrastar por tal resultado e devemos esperar maior cópia de casos.

Mas, se por um lado a causa accidental que veio transformar de lenta em brusca a fórma do desvio, foi desfavoravel para a doente, por outro, foi um despertador que a accordou e lhe mostrou que era dia, que era occasião de consultar o medico e de se desprender do desleixo, do lethargo, que d'ella se tinha apossado. N'esta fórma aconteceu o contrario que na lenta; aqui appareceram apenas os casos favoraveis, alli maior numero de desfavoraveis.

Passamos agora ao prognostico por fórmas clinicas, não em geral, accumulando as d'uma e outra variedade de desvio, mas sim em especial em cada uma das variedades.

Como os numeros são diminutos, as conclusões

devem estar d'accordo com esse facto, e porisso não teem o valor que poderiam ter. No entretanto apresentamos os dados colhidos e abstrahimos de tirar conclusões.

Com relação á fórma latente, o prognostico já é indicado pelo nome da propria fórma. Quanto ás fórmas lentas, na retroversão, as suas terminações são as seguintes: em 33 casos, 11 partos a termo, 12 abortos espontaneos, 3 abortos provocados e 4 mortes—o que dá respectivamente 33,3 % de partos a termo, 36,3 % d'abortos espontaneos e 12,1 % de mortes.

Comparando o prognostico que d'aqui resulta, com o prognostico geral da fórma lenta, vê-se que aqui é mais benigno, tanto para a mãe como para o feto.

As terminações da fórma brusca, são: 10 partos a termo, 1 aborto provocado, 2 abortos espontaneos e uma morte—o que dá respectivamente 52,6 % de partos a termo, 10,5 % d'abortos espontaneos e 5,26 % de mortes. Da comparação d'este prognostico com o prognostico geral d'esta mesma fórma, resulta (numericamente) que o da mãe foi aggravado e o do feto melhorou um pouco.

Com relação ao prognostico das fórmas clinicas da retroflexão vêmos que as terminações da fórma lenta são: 7 partos a termo, 3 mortes e 1 aborto provocado—o que dá respectivamente 63,6 % de partos a termo e 27,2 % de mortes.

Com relação ás fórmas bruscas e mixtas da retroflexão, e mixta da retroversão, não se podem tirar conclusões de valor real, em virtude do pequeno numero de casos.

Até aqui temos tratado d'averiguar da benignidade ou malignidade do prognostico, entrando apenas em relação com as terminações por especies de desvios, e por fórmas clinicas; mas o que é certo, é que o prognostico não depende apenas d'isso, mas tambem da epocha da gravidez em que se dá o desvio, da brevidade do diagnostico (e por consequencia do tratamento), das causas que o produzem, das complicações que apparecem, como cys-

tite, peritonite, rupturas da bexiga. da vagina, etc. D'um modo geral, o prognostico será tanto mais grave, quanto mais tarde fôr feito o diagnostico, e por isso quanto mais tarde a doente fôr tratada.

Finalmente, não entramos em pormenores com os outros elementos do prognostico porque isso alongaria muito o nosso trabalho.

Quanto á marcha, duração e terminação, já dissemos de passagem alguma coisa, e o restante vêr-se-ha nas observações que apresentamos. No entretanto, diremos ainda que a retroversão chamada brusca nem sempre tem uma marcha aguda, tem ás vezes marcha lenta, chronica, ainda que em regra sempre mais apparatosa que a da fórma lenta.

Tratamento

N'este capitulo temos em vista fazer o resumo dos meios empregados pelos auctores, para a reducção da retroversão (1), e não nos deteremos senão nos que são hoje mais geralmente empregados.

O tratamento dos retro-desvios uterinos, durante a gravidez, comprehende varios methodos: 1.º — *expectação simples ou com intervenção contra os symptomas, sem monobras violentas;* —2.º — *reducção manual;* —3.º—*reducção instrumental sem operação sangrenta;* — 4.º—*deplecção do utero provocando o aborto por meios sangrentos ou não, conforme a maior ou menor facilidade em seguir pelas vias naturaes;* —5.º—*methodo radical.*

A analyse de cerca de 200 observações dando-nos uma percentagem de 22 % de reducção expontanea, auctorisam-nos a seguir sem receio, especialmente no principio da gravidez, o primeiro processo mencionado, a expectação.

Quando a doente tiver retenção d'urina, a pratica do catheterismo basta muitas vezes para que a reducção se faça expontaneamente. De resto, todos os auctores estão d'accordo em reconhecer que o catheterismo é o primeiro meio a empregar.

---

(1) A proposito de cada um d'elles faremos as considerações que se nos offerecerem.

Cohnstein diz qne o catheterismo é a condição *sine qua non* do endireitamento ou reducção do utero.

Denmann ligava tal importancia ao catheterismo, que chegou a dizer que elle deveria ser a unica intervenção no caso de retro-desvio.

— Concomitantemente com o emprego do catheterismo, devemos tambem provocar a evacuação do intestino e dar um decubito conveniente; e assim reuniremos todas as condições favoraveis á reducção expontanea.

Demais, sabemos que ha exemplos de reducção expontanea pela simples applicação de laxantes ou de clysteres.

— Sendo o catheterismo o primeiro meio a empregar, é necessario fazer notar que não é sempre coisa facil d'executar na mulher gravida com retroversão.

Quando tratámos da symptomatologia, dissémos que o meato urinario era por vezes difficil de encontrar, e que a urethra repuxada pelo collo do utero tomava diversas curvaturas anormaes, e inflexões que tornavam difficil o catheterismo.

Achado o meato urinario, depois de ter affastado os grandes e pequenos labios, a difficuldade não fica vencida, pois é por vezes necessario exercer pressão moderada e dar diversas curvaturas á sonda (se é de gomma elastica) e mesmo empregar *a tour de maître*, como diz Depaul, para poder penetrar na bexiga.

Muitas vezes diz Depaul: é necessario uma serie de tentativas executadas com doçura, tomando sondas de diversos calibres, introduzindo o dedo na vagina para tomar conta dos obstaculos, appoiando mesmo a mão sobre o fundo da bexiga, para fazer sahir um pouco d'urina e endireitar o canal, para chegarmos a levar a cabo o catheterismo.

Diz mais Depaul: «As difficuldades n'estes casos apresentam variedades em tão grande quantidade que não é possivel aconselhar especialmente um ou outro meio; entretanto, segundo a minha

experiencia pessoal, julgo que será ainda a sonda de gomma elastica com ou sem mandrin, que nos dará melhor resultado.»

Na discussão que teve lugar na Sociedade de Leipzig (sessão de 4 de maio de 1898) tratando-se da necessidade do catheterismo, resolveu-se empregar os catheteres rigidos de metal ou vidro.

— Na nossa observação empregamos a principio a algalia de metal (propria de mulher) que entrava fazendo um pequeno esforço, e em seguida, o catheterismo foi feito, com uma sonda de gomma elastica.

Alguns auctores aconselham a sonda d'homem de grande curvatura para alguns casos em que a urethra tem curvatura muito exaggerada — como na nossa obs. (da doente, padeira).

REDUCÇÃO MANUAL

Este methodo, preconisado por Aspasie, Aetius, Gregoire e pelo portuguez Rodrigo de Castro, era naturalmente o que primeiro se apresentava ao espirito do cirurgião; por isso aconteceu ser o primeiro empregado.

O seu manual operatorio, offerece tantas variedades, quantos os auctores que d'este methodo se téem occupado.

Assim, a reducção póde ser feita pelo recto, pela vagina, e por uma e outro ao mesmo tempo.

O processo de reducção pelo recto é chamado o processo antigo, e é effectivamente o mais antigo, o que empregou Rodrigo de Castro, (1) Aspasie e Aetius.

A mulher era collocada sobre os joelhos e cotovelos, e o operador introduzia no anus dois dedos com a face dorsal voltada para o sacro.

Feito isto, repellia o fundo do utero de modo a dirigil-o na direcção do umbigo ao pubis, para

(1) No seu tratado—«De Universa Morborum mulierum medecina, Hamburgi, 1628».

evitar que fosse parado na sua ascenção pelo promontorio.

Ora o processo de reducção pelo recto não foi sempre feito d'este modo, mas sim em vez de dois dedos introduziam 3, 4 e toda a mão. Dussaussoy (1785) affirma não ter podido reduzir o utero senão com toda a mão introduzida no recto, que elle diz entrar sem difficuldade.

Em seguida, alguns parteiros como Godefroy, Roussilhe (1845), Tarnier, Garin e outros, introduziram, para o mesmo fim, a mão inteira ou quasi inteira no recto. N'um caso, estando a doente em decubito lateral e chloroformisada, Martin, de Tonneins, introduziu a mão inteira no recto emquanto que o indicador da mão esquerda, introduzido na vagina, abaixava o collo do utero.

O chloroformio empregado n'estas condições, não só evita as dôres, mas tambem facilita a operação, permittindo a dilatação consideravel do orificio anal que mostra em certos casos uma tolerancia consideravel. (Ducor).

Este processo de Dussaussoy foi muito criticado pela maior parte dos parteiros: — Maygrier, Baudelocque, Negrier e outros.

M. Gosselin não ousou introduzir a mão inteira, receando uma laceração do anus, e recorreu por essa razão a outro processo.

O methodo de reducção pelo recto, não obstante ter dado alguns resultados, é repugnante para a doente, incommodo para o cirurgião, e predispõe além d'isso ao aborto; por isso, d'accordo com Baudelocque, Negrier, Maygrier, Ducor e outros, nós preferimos sempre o methodo vaginal.

REDUCÇÃO PELA VAGINA

A situação da vagina, a sua dilatabilidade, a distancia a que está das partes osseas e a facilidade com que se actua por esta via, offerece á primeira vista, e de facto assim é, vantagens sobre os outros meios de reducção manual.

Tendo executado o catheterismo quando o ute-

ro é pouco desenvolvido e o desvio pouco pronunciado, basta muitas vezes levar dois dedos tanto acima quanto puder ser, para chegar ao collo e comprimil-o para baixo e para traz, para que a reducção se faça. Outras vezes, e em maior numero, é necessario actuar sobre o fundo do utero.

N'estas condições o utero retro-desviado faz saliencia na parede posterior da vagina, de modo que os dedos chegam muito facilmente ao contacto quasi immediato do seu fundo, ou da parede posterior.

Uma vez chegados á parede posterior da vagina, os dedos devem comprimir lentamente mas com força o fundo ou parede posterior do utero, mas de modo que essa força seja empregada a dirigil-o para cima e para deante.

A parede vaginal posterior deixa-se facilmente deprimir para traz, á medida que o orgão é repellido; e este invagina-se por assim dizer na cavidade rectal, deprime mais acima o fundo de sacco de Douglas, de modo que podemos seguil-o até que tenha passado o promontorio. Capurou (Tarnier) diz que devemos dirigir o utero para um dos diametros obliquos da bacia para passar o estreito superior, evitando a saliencia do promontorio.

Quando o collo fôr inaccessivel e estiver collocado acima da symphyse pubica, empregaremos a manobra bimanual de Désormeaux, repellindo-o atravez da parede abdominal com a outra mão applicada por cima do pubis, e vêmol-o fugir, bruscamente, debaixo dos dedos como se fosse movido por uma mola. Ao mesmo tempo podemos sentir um ruido especial, devido á entrada d'ar nos fundos de sacco vaginaes. É conveniente notar que esta manobra bimanual não se torna necessaria se não nos casos d'encravamento do utero.

De resto a pressão exercida por 2 ou 3 dedos sobre o corpo do utero basta muitas vezes para obtermos o resultado.

Tem-se pensado que a posição podia facilitar a reducção vaginal bem como a rectal, e por essa razão varias posições tem sido empregadas, ao que

parece sem grande vantagem — visto que os successos são antes devidos á efficacia da intervenção.

As posições propostas pelos auctores e sobre cujos effeitos não estão d'accordo, são:

Decubito dorsal, decubito abdominal, decubito lateral (Chaussier), posição sobre os joelhos e cotovêlos, posição obstetrica, posição genu-peitoral, posição de Godefroy (de Rennes) que colloca a doente de modo que as mãos fiquem appoiadas sobre o pavimento e a parte anterior das pernas e das coxas sobre o bordo do leito, sustentadas por ajudantes; e, finalmente, a de Trendelemburg.

Tarnier diz ser bem difficil dar uma regra geral sobre a posição a adoptar-se; e por essa razão manda proceder successivamente por tentativas differentes.

Diz mais que o emprego do chloroformio póde ser necessario para obviar á dôr ou dôres produzidas pela introducção da mão, e para impedir os esforços involuntarios d'expulsão que contrariam a manobra operatoria.

Salmon prefere a posição obstetrica, e Cazeaux a posição sobre os joelhos e cotovêlos, com a bacia bastante elevada. Campbell, na America, e Solger na Allemanha, empregam muito a posição genu-peitoral (são mesmo os propagadores d'ella).

Tem-se mesmo adoptado a posição de Trendelemburg. Se na maior parte das vezes se introduzem na vagina de 1 — 4 dedos, algumas vezes tem acontecido introduzir-se toda a mão, especialmente quando se trata de multiparas.

Katzemberger parece ter sido o primeiro que a empregou, e depois d'elle Cockel, Martin (de Lyon), Cazeaux, Depaul, Gerard, Gosselin e outros a teem empregado.

As posições mais empregadas são a obstetrica e a genu-peitoral e o decubito abdominal. Estas duas ultimas posições serão recommendadas especialmente nos casos em que o utero é ainda pouco desenvolvido e ameaça recidiva, visto que não póde ser mantido pelo promontorio pelo seu pouco desenvolvimento; mas as mais das vezes reduz-se de-

finitivamente e fica em anteflexão. A posição obstetrica é das mais empregadas quando se faz a reducção pela vagina.

Na posição genu-peitoral, como a expressão o indica, a doente está de joelhos de modo que as coxas fiquem perpendiculares ao e leito, parte anterior e superior do peito repousa sobre o mesmo plano horisontal que as pernas.

Depois da vulva entreaberta, introduz-se o speculo de Sims, de modo a permittir a entrada d'ar no canal vaginal. N'estas condições o utero executaria assim espontaneamente um movimento de baloiço e retomaria a sua posição normal.

O mecanismo é pelo vasio deixado atraz do intestino, arrastado pelo seu proprio peso para a parte superior do abdomen e pela acção do ar introduzido na vagina, etc. (Vid. Tarnier, pg. 245). P. Mundé, Campbell, na America, e Solger, na Allemanha, foram os propagadores d'este methodo.

Esta posição realisaria as melhores condições, mas é muito penosa, e devemos abandonal-a quando não obtivermos reducção immediata — Ducor. A posição de Trendelemburg produz congestão cephalica e pouco resultado deve dar.

Uma vez feita a reducção do utero, convém manter a doente no leito uma a duas semanas, 15 dias, para evitar (o que nem sempre é possivel) accidentes peritoneaes, aborto ou recidiva do desvio, e além d'isso devemos vigiar pela evacuação regular da bexiga e recto e persistencia da reducção.

A recidiva, que é frequente se não houver esta precaução, costuma produzir-se antes do 4.º mez e torna-se rara se o repouso no leito fôr absoluto.

Depois do 4.º mez, apezar de não nos parecer impossivel, (1) ao contrario do que pensa Harlay, torna-se effectivamente impossivel com o repouso,

(1) Dizemos que não nos parece impossivel (se a mulher se der ás suas occupações) porque ha factos de retroversão ao 4.º e depois do 4.º mez.

o que não aconteceria se a doente se entregasse ás suas occupações.

E' com estas precauções que este methodo dá os melhores resultados, e é tambem esta a pratica seguida por Pinard, Varnier e Hartmann. As 69 observações que podemos colligir, reduzidas pela vagina, levam-nos a dizer com Chapplain que por este processo raras vezes se encontram retro-desvios irreductiveis.

PROCESSO COMBINADO PELA VAGINA E RECTO

Este processo é chamado o de Gegroire e é o que M. Depaul (lec. de clin. obst. pg. 388) prefere, sobretudo quando se trata d'uma gravidez pouco adeantada (de 3 ou 3 e meio mezes por ex.) e em particular quando se trata de primipara. Diz mais que se a doente fôr multipara e se a gravidez é mais antiga, pensa que é necessario introduzir 4 dedos ou toda a mão na vagina.

Quanto á posição, a mulher estava collocada sobre os cotovelos e joelhos. Uma vez n'esta posição, introduziam-se dois dedos na vagina que repuxavam o collo do utero para baixo e para traz, e dois no recto que impelliam o fundo do utero em sentido contrario.

Este methodo tem dado resultado a varios parteiros taes como Gougis, Palante, Martin (de Tonneins), Depaul, etc., e especialmente ao seu auctor, como acontece quasi sempre com todos os methodos e processos; mas o que é certo é que nem sempre tem dado resultado aos outros, sendo necessario recorrer a outro processo.

Demais diz Depaul que n'estes casos não devemos sustentar-nos sempre no mesmo methodo; mas sim devemos empregar successivas tentativas para obtermos o resultado desejado.

Mas não obstante os resultados obtidos por este processo, alguns auctores, como Evrat, Moreau, Lisfranc, Tarnier, Depaul e Chapplain não chegaram ao seu *desideratum* senão mediante o methodo instrumental.

Em resumo, a intervenção instrumental consistia na applicação sobre o utero desviado, d'uma especie de alavanca que se introduz pela vagina ou pelo recto de modo a reduzir o utero, fazendo pressões sobre um ponto do fundo ou parede posterior.

Os instrumentos que se empregaram foram: baquêta d'Evrat, a spatula-alavanca d'André Petit, a colher de Roederer, a alavanca obstetrica de M. Bleirie (de Limoges), o gorgerete de M. Priou e Martin.

A baquêta d'Evrat é a mais antiga, semelha a d'um tambor, mais pequena, e terminada n'uma das extremidades por uma pequena esphera ou uma especie de oliva. Esta esphera envolvia-se de algodão e recobria-se d'uma capa de pelle de luva fina entre a esph. e o cabo, que era facil de mudar todas as vezes que tivesse de servir. Este instrumento era introduzido no recto e impellia por pressões graduas o fundo do utero—A spatula de Petit tambem operava pelo recto.

Ora, não obstante estes meios terem dado resultado na mão de parteiros eminentes que atraz mencionámos, o que nos parece é que a pressão forte, que é necessario empregar (apezar de que elles dizem pressões graduaes) deverá expôr á perfuração da vagina do recto e talvez mesmo do utero, e n'estas condições, apezar d'alguns resultados felizes, não julgamos vantajosa tal applicação.

Outros instrumentos cuja acção se póde moderar téem sido empregados pelos auctores. Estes instrumentos, que podem encher-se d'agua ou ar e introduzir-se pela vagina ou recto, são os balões de Peterson, Barnes, Tarnier... A sua introducção deverá ser antes no recto onde são mais estaveis que na vagina. As observações em que os vimos empregados, a introducção foi feita no recto e raras vezes na vagina.

A sua acção é util quando o retro-desvio não

é completo; e exerce-se pela pressão continua que determinam.

E' necessario notar que a sua applicação pode dar origem ao aborto, e d'ahi o grave inconveniente d'este meio.

Massar, segundo diz Tarnier, fez a reducção com resultado por meio d'uma enorme ventosa *(vase de nuit)* que applicou sobre o abdomem.

Beaudelocque empregou um pessario de gomma elastica sobre o fundo do utero na vagina, e obteve assim a reducção. Mas o pessario é impediente, e predispõe ao aborto pela pressão que exerce sobre o collo como o faz notar Ducor — e se elle tem permittido a continuação da gravidez, é nos casos em que a recidiva do retro-desvio não era de modo algum receada.

DEPLEÇÃO DO UTERO (PROVOCANDO O ABORTO)

Os tratamentos precedentemente descriptos, permittem as mais das vezes reduzir o utero, mas, a verdade é que podem existir adherencias que levem o insuccesso a esta reducção. N'estas condições os auctores Beaudelocque Barnes, Hunter Boivin Dugès, Bernutz (de Soyre) Tarnier e Budin, são d'accordo em que não ha outro meio senão o aborto provocado, visto que tentativas exaggeradas de reducção podem originar lacerações que tragam comsigo peritonite grave; e se o utero encravado n'estes casos não entrar em trabalho d'expulsão em 24 ou 36 horas não ha mais que praticar o aborto.

Felizmente que n'estes casos como em muitos outros a natureza é que nos serve de mestre e nos mostra a conducta a seguir. Assim, sabemos que quando as mulheres atacadas de reto-versão do utero gravido tem escapado á morte, sem que a reducção tenha sido obtida, é pelo aborto que ella se tem salvado, é ao aborto que devem a vida (Ducor).

Nos casos d'esta ordem, que não cedem a ou-

tros meios, não temos mais que seguir a natureza, e recorrermos ao aborto provocado (Ducor).

Esta intervenção apezar de dever empregar-se em ultimo logar é legitima diz Capurom: «O que é a perda d'um embryão apenas formado, comparado com a morte da mãe, que virá fatalmente se a madre fôr irreductivel?»

São estas palavras as que escreve Capuron apezar de ser um grande defensor e protector do producto de concepção.

Quanto aos meios que tem sido empregados para provocar o aborto, temos a considerar dois casos: — 1.º — o collo é accessivel — 2.º — o collo é inaccessivel.

No caso do collo ser accessivel, o aborto provoca-se pelos processos ordinarios empregados em obstetrica, dilatação digital, dilatador de Tarnier, etc.

Se o collo fôr inaccessivel temos de recorrer á punccão do utero, e esta póde fazer-se pelo recto ou pela vagina conforme a fluctuacção é mais nitida por um ou outro lado.

O tracarte empregado é o trocarte capillar dos aspiradores de Dieulafoy ou de Potain. Antigamente era o do frade Cosme.

Em geral o aborto tem logar algumas horas depois da operação, depois de ter sahido o liquido amniotico, sobrevem as contracções e o ovo não tarda a ser expulso, mas pode acontecer que elle se produza só depois de passar 1, 1 ½, 2, 3, 4, 5 dias, como aconteceu respectivamente nas obs. 177, 176, 174, 175, 173 e 178 da these de Harlay.

A punccão tem dado logar a inflammações locaes e a peritonite, que causam a morte. No entretanto, feita asepticamente por um trocarte capillar não deverão dar-se estas complicações, segundo Charles e Barnes.

D'accordo com Tarnier em face das observações que podemos vêr, o aborto provocado não termina sempre immediatamente com os accidentes, especialmente quando é provocado tardiamente; demais, elle não impede a terminação pela morte se

existem já complicações graves. Por isso devemos tratar com cuidado as complicações, e em particular a cystite que pode presistir depois do aborto e depois da reducção. Tarnier recommenda as lavagens da bexiga com soluto tepido d'acido borico ou salysilico, grandes banhos e repouso na situação horisontal.

Deve-se notar que a reducção depois do aborto se faz as mais das vezes expontaneamente e outras vezes persiste em virtude d'adherencia, como na obs. 174, da these d'Harlay.

Não me parece que a provocação do aborto, como meio de reducção e de salvar a doente dos accidentes de que soffre, deve ser empregada após o insuccesso reiterado das manobras manuaes; — porquanto, em primeiro logar um meio de reducção deve visar, especialmente, a existencia do feto, o que este não faz, pois o seu primeiro fim é sacrifical-o; — em segundo logar os resultados excellentes obtidos pela laparotomia, seguida da reducção do utero pela via abdominal, como adeante mostraremos, — auctorisam-nos a affirmar que ella é tão innocente como o aborto, e em face das observ. ainda mais, pois que em 10 abortos provocados houve uma morte, e em 11 laparotomias não houve nenhuma. De mais, a laparotomia tem as vantagens de poupar o feto (em 11 lap. houve apenas 1 aborto) e destruir adherencias, se as houver, eliminando assim uma futura causa de retrodesvio, o que se não dá com o outro meio; pois se houver adherencias solidas, especialmente extra-uterinas, a doente fica necessariamente condemnada a uma nova retroversão n'uma futura gravidez. Por estas razões parece-me que a laparotomia, como meio de tratamento da retroversão do utero gravido, deve collocar-se antes do meio, *provocação do aborto.*

Parece-me que o aborto deve ser o ultimo recurso a empregar e só terá indicação: 1.°, quando a conformação da bacia se oppõe a toda a reducção; 2.°, quando não houver nenhum outro meio de salvar a vida da doente.

É necessario que nos lembremos que a natureza nem sempre nos guia bem, e que se os auctores mencionados não empregaram a laparotomia é porque não conheciam os resultados de Jacobs que datam de 90 para cá, nem os resultados necropsicos das obs. de Pinard e Varnier de 1886.

Quanto a symphyseotomia proposta por Gardien, mas já antes aconselhada por Purcell e Jahus não se conhecem observações feitas no vivo por retro-desvio do utero gravido; mas sim conhecem-se feitas no cadaver por Walter Wall e Hunter. Charles em 1878 considerava que esta operação devia comprometter a vida da mãe e do feto e tinha razão attentas as escassas praticas antisepticas. Hoje já se não deve temer isso como então; mas a verdade é que a symphyseotomia não tem aqui o seu papel.

Como reduzir pela symphyseotomia um utero gravido retro-desviado adherente?

O unico caso em que poderia ser applicada seria quando se tratasse d'uma bacia viciada, apertarda, não permittindo desencravar o utero não adherente, e ainda n'este caso se ella não fosse causa d'aborto (1) (o que se não podia garantir) e mesmo que ella não fosse causa d'aborto poderia comprometter a solidez da symphyse que tem tendencia a laxar-se. Mais ainda, não se sabe até agora qual seja a sorte d'uma symphise operada, na evolução da gravidez seguinte.

Parece-me por isso que as indicações d'ella n'este caso não tem razão de ser.

Quanto á gastrotomia proposta por Callisen em 1822 com o fim de levantar o utero com a mão, Salmon diz: «Espantamo-nos de vêr que Dugés e Boivin discutam seriamente «dizendo que ella seria menos cruel que a operação cesariana». Felizmente que elles acrescentam «é duvidoso que ella dê resultado em todos os casos».

Ducor na sua mem. diz: «ninguem pensará em

(1) Pois então era preferivel «provocar o aborto».

fazer a applicação da gastrotomia aconselhada por Callisen no (Système chirurgie, Hambourg 1822)».

Depaul Tarnier e Charpentier nem sequer fallam n'ella.

Boivin Dugés e Stoltz não a admittem senão nos casos desesperados.

Em 1886, M. Pinard e Varnier estudando os accidentes aos quaes dá logar por vezes o retrodesvio do utero gravido, mostram não ser da opinião dos auctores mencionados, visto que recommendam esta intervenção gastrotomia, laparotomia ou cœliotomia — como o unico meio para reconhecer e destruir directamente a causa da irreductibilidade do utero.

Pinard, para comprovar esta asserção, apresenta na sua memoria 5 observações de que uma lhe é pessoal (obs. 7,) e as outras (obs. 8, 9, 10 e 11) pertencem respectivamente ao dr. Southey, Moldenhauer, Schatz e Blundell. Pela analyse d'estas observações se vê que só a necropsia foi capaz de mostrar o obstaculo á reducção do utero (adherencias irreductiveis) e qual deveria ser o meio a empregar para o reduzir. Em nenhuma d'ellas foi feita a laparotomia como meio de cura, mas a autopsia veio dizer que ella devia ter sido empregada.

Mas para comprovar o seu valor basta dizer que M. Jacob, (cirurgião belga), teve occasião de praticar 11 laparotomias por motivo de retro-desvios, não tendo nenhum incidente a assignalar. Os resultados foram completos: dez partos a termo e um só aborto, que se deu apezar da reducção.

Estes factos provam tambem a inocuidade da laparotomia feita n'estas condições.

Harlay faz notar que apenas em duas das observações de Jacob, se justifica a laparotomia em virtude das adherencias irreductiveis; mas a verdade é que as adherencias existiam em 4 das observações (obs. 182, 183, 185 e 192) e que algumas das outras, em numero de 5, são falhas em detalhes sobre este ponto (obs. 187, 188, 189, 190 e 191); e, finalmente, nas restantes, em nu-

mero de 2, (obs. 184 e 186) havia respectivamente grav. de 5 mez., ameaças continuas d'aborto (dores uretrorrhagias...) desde 3 semanas, enfraquecim. geral, utero em retrofl. com incarceração, tentat. de reduc. sem resultado; na obs. 186 havia gravid. 4 1/2 mezes—sympt. d'incarc. ha alguns dias—tentativas de reducção sem successo.

Ora n'estas condições parece-me que Harlay não tinha razão em ir tão longe nas suas affirmações, visto que pela falta de detalhes nós não deveremos concluir pela não existencia de razões que justifiquem a intervenção, e antes ao contrario devemos crêr que Jacob encontrou indicações para intervir.

Diz mais Harlay que o cirurgião belga foi demasiadamente intervencionista e que devia persistir mais nas suas tentativas manuaes. Não posso comprehender até que ponto Harlay queria que fossem as tentativas manuaes de Jacob, pois a verdade é que elle as fez sem resultado, e só depois é que se resolveu intervir mais energicamente.

Isto explica-se pelo facto de que Jacobs não é francez, pois se o fôra não o atacaria d'este modo.

Finalmente, em face das observações, não ha razões para reprobos, antes ao contrario como já fizemos ver.

A laparotomia foi tambem praticada n'um caso de M. Schovart (an. de gynecol de 1894 pg. 245) não como meio therapeutico para o retro-desvio, mas sim para um hematoceb que elle julgava existir. Afinal a laparotomia veio esclarecer o diagnostico, mostrando que se tratava d'uma retrofl., que foi facilmente reduzida. Esta operação foi tambem inoffensiva n'este caso porque o parto deu-se a termo e não houve incidente algum.

A laparotomia, pelo que deixamos dito, é as mais das vezes indicada em virtude d'adherencias extra-uterinas e uterinas, mas principalmente nas primeiras, e além d'isso em todos os casos em que as tentativas de reducção mameal não derem resultado.

Mais ainda; esta operação tem ainda indicação como meio diagnostico.

Já atraz dissemos que ella devia ser collocada antes da provocação do aborto, no entretanto Pinard e Varnier, no seu mem. pg. 119, collocam-no em primeiro logar. (1)

Se esta operação foi tão mal recebida pelos auctores, que lhe dirigem tantos reprovos, não admira visto que a laparotomia n'aquelles tempos, em virtude da escassez dos cuidados antisepticos (e mesmo da completa ignorancia da antisepsia), era effectivamente muito grave, quasi sempre fatal, e por outra parte não conheciam as obs. de Jacobs, que datam de 1890, e as de Pinard e Varnier, de 1886.

Quanto á operação cesariam não a discutimos pois nos parece não ter razão de ser.

Finalmente, resta-nos tratar do que chamamos methodo radical, que comprehende a hysterectomia total, e a operação de Porro.

A ideia d'este methodo foi-nos suggerida por duas observações citadas nos an. de Gynecol. de 1897, por H. Vernier e Pierre Delbet e Hermann, e mencionadas no principio do nosso trabalho para onde chamamos a attenção.

A hysterectomia abdominal total estava indicada em virtude do seguinte: 1.° — impossibilidade do parto por obstrucção pelvica e por inefficacia das contrações uterinas; 2.° — feto morto; 3.° — fibroma sub-peritonial sessil enchendo a concavidade do sacro; 4.° — impossibilidade da extracção do feto morto pela vagina.

Quanto á laparotomia em si, estava tambem indicada (2) como meio de diagnostico, pois a retroflexão, a qualidade e relações do tumor, só foram diagnosticadas depois d'ella ser feita. Pela

(1) Isto naturalmente porque não existiam ainda as obs. de Jacobs, tanto que Varnier recorreu a ellas em 1897, n'um caso, etc.

(2) Mais uma vez se provou o valor d'ella.

analyse da observação se vê que não era outra a operação a fazer n'este caso.

Quanto á segunda observação referida por Hermann, em que foi praticada a operação de Porro, elle só apresenta como indicação para se decidir a intervir, a impossibilidade de parto natural e a obstrucção pelvica.

O cirurgião preparava-se para fazer a operação cesariana, mas vendo a pequenissima espessura do utero, o feto putrefacto, e dado o estado perplexo em que ficou, em frente do que se lhe apresentava, decidiu pela operação de Porro.

O auctor confessa que é diffilcil dizer qual era o tratamento a seguir n'este caso.

Diz mais que a inclusão d'uma tão grande massa na ligadura elastica deve ter aggravado o choque operatorio.

Diz finalmente que não podia pensar sem seceio na retenção possivel dos lochios, dada a deficiencia de contracções pela pouca espessura uterina, e demais em virtude da retroflexão que ficava, desde o momento em que praticasse apenas a operação cesariana.

Foram estas ultimas as razões que o levaram á pratica da operação de Porro, depois d'aberto o abdomen.

Dá-se aqui, o que se deu com Hermann a proposito da intervenção a seguir no seu caso, e o mesmo que se deu com todos os parteiros a proposito da laparotomia (como atraz dissemos), isto é, Hermann que praticou a operação de Porro no seu caso, no principio de março de 1893, não podia conhecer a hysterectomia abdominal total feita por Varnier em setembro de 1897, para remover as mesmas difficuldades; pois estou convencido que se elle podesse ter conhecido este facto e os seus resultados excellentes, não praticaria a operação de Porro.

Varnier diz, nos Ann. de gyn. de 1897, que a obs. que publica é a primeira, segundo julga, em que a hysterectomia total foi feita de caso pensado, e *com successo, no termo d'uma gravidez no*

logar da operação cesariana seguida da amputação utero-ovarica. Accrescenta mais que a extirpação total do utero gravido não antecipadamente evacuado por operação cesariana, não tem sido feita com successo senão nos primeiros 6 mezes da gravidez complicada de cancro do collo operavel, ou de fibromas. Finalmento, Varnier chama ainda a attenção para a facilidade da extirpação total do utero gravido a termo não esvasiado antecipadamente e de vascularisação maxima. «A perda sanguinea foi insignificante, e de nenhum modo comparavel á que se dá na operação cesariana, quer conservadora, quer radical. A benignidade da marcha post-operatoria é egualmente digna de menção».

Em face d'isto, julgo que a operação cesariana, conservadora ou radical, não teem indicações nos casos semelhantes aos dois referidos—e especialmente a operação cesariana conservadora, pois votava a doente a um egual accidente de futuro.

Esta ultima operação não nos parece indicada nos casos de retro-desvio do utero gravido senão vejamos:

1.º Se o utero estiver adherente ou preso á pequena bacia por um tumor, com a operação cesariana não remediamos este obstaculo á reducção, e o utero conserva o seu desvio, e fica portanto a doente sujeita a novos accidentes e a nova operação cesariana;

2.º A operação cesariana não parece mais benigna que a hysterectomia total.

Quanto a vantagens, a hysterectomia remove a difficuldade e obsta a complicações futuras—e a operação cesariana só livra a doente da crise de momento, mas não da de futuro.

N'uma das nossas observações pessoaes, a obs. VII, de J. Rosa, foi praticada a hysterectomia vaginal total.

Esta hysterectomia não visava a indicação de tratar um retro-desvio do utero gravido, mas um

retro-desvio do utero vasio adherente complicado de perimetro-salpingo-ovarite bilateral. A indicação para esta operação, segundo o diagnostico feito, não admitte discussão, pois se me antolha evidente, attento o estado da doente, não obstante o tratamento palliativo que se tinha applicado durante um mez. No entretanto, Pozzi, no seu Trat. de gyn., 1897, pag. 553, diz o seguinte: «A hysterectomia tem sido praticada por diversos cirurgiões para combater os accidentes devidos a uma retroversão muito dolorosa e muito rebelde. Uma egual operação não seria legitima senão depois do emprego infructuoso de meios menos radicaes, em particular da hysteropexia abdominal».

Mas o que me parece é que a operação feita não seria a indicada, se o diagnostico de retroflexão do utero gravido tivesse sido feito: 1.º—Porque n'este caso teriamos tentado os methodos de reducção manual que não se empregaram; 2.º—No caso de terem falhado as tentativas, seguiriamos á laparotomia e fariamos a reducção do utero, para que a gravidez fosse a termo, pois que nada nos assegurava a morte do feto (ainda que era para desconfiar, attentas as metrorrhagias e o passado da doente); 3.º—No caso d'encontrarmos lesões dos annexos (kystos e adherencias devidas a perianexite, etc.) ou lesões do utero, não me parece que estes orgãos devem tirar-se, pois os factos abundam em que a gravidez vae a termo com lesões d'esta ordem; eu mesmo conheço 2 casos observados na enfermaria 14 em que conjunctamente com um enorme kysto ovario muito adherente, a gravidez foi a termo sem incidente de maior; e outro d'um fibromyoma intersticial com adherencias ao estomago, figado, intestino e parede abdominal, em que a gravidez foi tambem a termo.

Mas, finalmente, se a hysterectomia não era a operação indicada no caso de se ter feito o diagnostico de gravidez, a sua applicação é perfeitamente justificada em face das lesões encontradas (utero muito adherente..., feto morto..., derrame enkystado do passado da doente. Que importa a perda

d'um utero que não é capaz de após 8 gestações, quasi todas a termo, dar á luz um producto vivo, e apenas faz soffrer horrivelmente a doente?

Salve-se ao menos um elemento social, e colloque-se em melhores condições de lucta pela vida — pois d'este modo haverá tudo a lucrar.

Ainda assim, se não fôra o passado da doente, se o utero fosse capaz de produzir alguma coisa se não tivesse provado á evidencia a sua deficiencia funccional por inaptidão propria ou por insufficiencia geral do organismo (o que é mais prova, vel), a indicação seria a laparatomia seguida da reducção. Mas, finalmente, creio ter dito talvez de mais para justificar a sua applicação (a da hysterectomia).

Observações

I

Obs. pessoal colhida na enfermaria 14 do hospital de Santo Antonio de que é director o Ex.mo Snr. Dr. Souza Oliveira e da qual fui interno

M. C. Taveiro, 36 annos, casada, domestica, natural de Samodães e residente no Porto, entrou para o hospital no dia 10 de julho de 1899, queixando-se de que tinha detenção d'urina, dôres no hypogastro etc.

Antecedentes pessoaes — Teve em pequena o sarampo e varicelle. Foi menstruada aos 18 annos sempre regularmente. Nunca teve dysmenorrheia, nem lencorrheia nem qualquer perturbação genito-urinaria.

Teve tres filhos, sendo o ultimo ha 14 mezes.

No terceiro mez da gravidez d'este ultimo filho fez um esforço a levantar um cesto de fructa e em seguida appareceu-lhe um prolapso uterino que se prolongou até ao quarto mez da gravidez, desapparecendo em seguida para voltar de novo cerca de um mez depois do parto, e conservar-se até ha cerca d'um mez.

A doente levantou se ao quarto dia do parto do seu ultimo filho.

Quanto a antecedentes hereditarios diz que seus ascendentes são e foram saudaveis e que morreram já velhos.

Historia pregressa do estado actual. Ha 4 mezes que lhe falta a menstruação que apenas teve uma vez 10 mezes depois do parto. Ha 2 mezes deu uma queda sobre o ventre de que lhe resultou uma dôr do lado direito do

hypogastro que durou dous dias. Ha mez e meio que diz ter tido cerca das 11-12 horas da noute uma dôr intensa no hypogastro, necessidade irresistivel d'urinar, (não a satisfazendo, não obstante grandes esforços) retenção de urina, dôres lombares, dôr na região ovarica e virilha direita.

A doente só urinou no dia seguinte de manhã, após um banho semicupeo muito quente (diz que quási a escaldava) que lhe foi prescripto pela parteira que chamou. E' de notar que com o banho urinou alguma coisa, mas pouco. Continuou com os banhos, que ora tomava de manhã ora á noute durante 4 dias, não conseguindo urinar senão muito pouco, apezar dos seus exforços. Mais diz que o ventre após a dôr se conservou abaulado até o umbigo ou acima, sem que até áquella data tivesse notado esse facto.

Assim continuou a doente durante 15 dias com retenção incompleta, dysuria, pollakiuria, dôres renaes e virilha direita, não conseguindo esvasiar a sua bexiga, não obstante os seus reiterados exforços, bem como não conseguia senão dormitar durante todo este tempo (1). Tinha muita sêde, peso no perineo, edema dos membros e orgãos genitaes externos. Depois de 5 dias consultou um medico que lhe prescreveu cataplasmas de linhaça para o ventre e oleo de meimendro (?) para o untar. Executou esta prescripção durante 3 dias (pondo por dia 2 cataplasmas) não conseguindo sequer (ao que diz) algumas melhoras.

No fim do 3.° dia levantou-se do leito, onde se tinha conservado, e o seu estado proseguiu, aggravando-se dia a dia, até á occasião em que teve retenção completa d'urina, motivo porque veio, por conselho d'um medico, a este hospital ás 4 horas, da tarde do dia 9 de julho, onde foi feito o catheterismo pelo Ex.^{mo} Snr. Dr. Martins, e esvasiados cerca de 2,500 gr. d'urina e pus. (2)

---

(1) Diz ter muita sêde e peso no baixo ventre (hypogastro, ou antes no perineo), mas affirma sempre que tudo isto foi depois da dôr.

(2) Pelo Ex.^{mo} Dr. Martins da Silva me foi dito que pelo catheterismo não só sahiu urina, mas tambem pus em quantidade, e que a doente teve grandes dôres para expulsar as ultimas gottas d'urina e pus.

A doente refere que durante mez e meio não podia andar a pé, estar sentada ou mesmo deitada, tal era o incommodo e mal estar constante em que se encontrava.

Estado actual (observação) — Apresenta-se no decubito dorsal. Tem um facies lymphatico, compleição e constituição regulares.

Pela inspecção que foi dirigida immediatamente para o abdomen onde a doente chamava a nossa attenção, notámos que elle estava sensivelmente abaulado até cerca de 2-3 centimetros acima do umbigo, semelhando á primeira vista o vol. que teria um utero gravido de 5 mezes ou mais.

Pela palpação notámos que esta parte saliente do ventre (tumor volumoso) era molle, elastico, depressivel e com fluctuação.

Mais notámos que a palpação era dolorosa para a doente.

A percursão dava som baço n'uma extensão indo do pubis a 2-3 centimetros acima do umbigo sobre a linha media, e estendendo-se para cada lado da linha média n'uma extensão de cerca de 5-6 centimetros.

De resto, nos outros pontos da cavidade abdominal observámos o que physiologicamente se costuma observar.

Como a doente referisse ter tido retenção d'urina na vespera e estar sem urinar desde as 4 horas da tarde do dia antecedente, tratámos d'esvasiar a bexiga e demos d'este modo sahida a cerca de 1500 a 1600 centimetros cubicos d'urina, com cheiro ammoniacal.

Esvasiada a bexiga, o ventre, não obstante diminuir de vol., não diminuiu tanto como esperavamos, pois ainda se conservou algum tanto abaulado.

Esvasiada a bexiga tratámos de fazer a palpação bimanual e notámos o seguinte: logo na introducção do dedo na vagina tivemos á primeira vista a sensação de que o recto estava cheio de fezes; mas comprimindo a parede posterior da vagina obtivemos a sensação d'um tumor renitente globuloso ovoide e duro; proseguindo no nosso exame não encontrámos a principio o collo do utero, e foi necessario fazer um certo esforço, introduzindo profundamente o indicador direito e o dedo médio, para o encontrar applicado contra a parede anterior da vagina por detraz da symphise pubica.

O fundo de sacco posterior não se encontrava, e no sitio onde devia existir o fundo de sacco anterior attingia-se com difficuldade o collo do utero apertado contra a parede anterior da vagina e posterior do colo vesical. Na sua extremidade sentia-se o orificio do canal cervical aberto para cima e para deante, diametralmente opposto ao do estado physiologico.

Mais se notava que o collo era algum tanto molle e não muito volumoso. É para notar mais que não obstante esforçarmo-nos por pôrmos a mão que fazia a palpação abdominal e a que fazia o toque de modo a circumscrever o utero entre as mãos, e podermos apreciar os seus caracteres, não o conseguimos pelo facto da existencia de grande distenção de bexiga.

Feito o toque rectal notámos a não existencia de fezes e antes a d'um tumor globuloso renitente e liso, occupando a ampola rectal e indicando ser o corpo do utero. Fizemos immediatamente, em face do que notámos e pelo que colhemos, o diagnostico de retroversão do utero gravido.

Tentando n'esta occasião a reducção uterina quer pela vagina quer pelo recto, notamos uma grande resistencia uterina aos movimentos imprimidos, pelo que nos pareceu tratar-se de quaesquer adherencias perimetriticas em virtude da immobilidade completa que encontramos da parte do utero que nos pareceu estar ankylosado.

Como as perturbações geraes causadas por este estado, a não ser retenção de urinas e algumas dôres não se fizessem sentir n'este caso, deixamos n'esta occasião a doente para se resolver o que fazer.

No entretanto como o symptoma predominante era a retenção, fazia-se o catheterismo de 5 em 5 horas, o que foi feito até ao dia 14 de julho, ao meio dia. A's 2 $^1/_2$ horas d'este dia a doente urinou espontaneamente.

O mesmo fez ás 3 $^1/_2$, sentindo uma certa ardencia, e assim continuou a urinar espontaneamente d'ahi em deante.

No dia 18, em virtude da marcha que tinha seguido o estado da doente (pois já se tinha levantado no dia 15 ás duas horas) resolvemos fazer segunda exploração e tentativa de reducção, ou resolução d'outro qualquer meio a empregar se após tentativas varias não obtivessemos resultado satisfatorio. Procedemos á exploração e notamos com

surpreza o seguinte: a introducção do indicador na vagina realisa-se sem encontrar o tumor ovoide primitivo; os fundos de sacco desenham se nitidamente mais accentuadamente o anterior, a bexiga isola-se com facilidade do corpo do utero; o corpo do utero está livre de adherencias, move-se em todos os sentidos (no emtanto para cima parece haver qualquer obstaculo ao seu movimento) reconhecendo-se ainda uma ligeira retro-versão que diminue as dimensões de fundo de sacco de Douglas.

O collo do utero encontra-se ao meio da vagina, molle, e no centro apparece o orificio exterior do canal cervical, physiologicamente disposto.

Pelo toque, percorrendo a parede anterior da vagina notámos por detraz da symphyse uma depressão, e em seguida uma saliencia que dava a sensação d'uma brida transversal existente n'este ponto, formando corpo com a bexiga.

O ponto em que existe esta brida é o mesmo em que se encontrava o collo do utero na occasião do nosso primeiro exame, por isso sômos levados a crer que seja o resultado da compressão vesical, a longo praso, exercida pelo collo do utero em retro-versão.

A doente levantou-se no dia 15 de julho, e conserva-se umas vezes sentada outras vezes andava um pouco; mas tinha ainda uma dôr pouco intensa e intermittente do lado direito do hypogastro. Os tenesmos rectaes desappareceram. Emfim, sentiu mexer o feto no dia 17 e tudo seguiu bem até ao dia 22, em que sahia do hospital a seu pedido. Fiz a analyse da urina, que era ammoniacal e havia tambem globulos purulentos.

Vi a doente no dia 28, e não tinha havido nada de extraordinario; apenas uma pequena dôr no hypogastro, que desappareceu logo. Vi-a agora, e nada havia a notar. A gravidez evoluia bem.

Em face do que deixamos dito, julgo dever-se tratar d'um caso de retroversão do utero gravido, de fórma brusca, com marcha lenta, de 4 mezes, reduzido espontaneamente.

II

Obs. pessoal colhida na enfermaria 9, de que é director o Ex.mo Snr. Dr. Maia Mendes (1)

E. Vollega, 24 annos, solteira, lavradeira, natural e residente na freguezia de Leça do Bailio, entrou para o Hospital Geral de Santo Antonio (enfermaria 9) no dia 25 de julho de 1899, queixando-se de que tinha tido um aborto de 4 mezes e que as secundinas não tinham sahido.

Historia da doente.—Primipara. Menstruada aos 19 annos, foi sempre regular. Costuma ter, não obstante, dysmenorrheia que lhe dura durante 3 dias—sendo os 2 primeiros, anteriores á menstruação, e o 3.º coincide com o 1.º dia. Diz mais que ella se costuma prolougar durante 4—5 dias.

Teve o sarampo aos 12 annos e variola aos 15. Refere ter tido desde os 15 annos até agora, no verão, uma dôr aguda na parte direita do hypogastro (talvez ovaralgia direita), que a incommoda muito, exasperando-a, não a deixando parar na cama ou outra parte. Diz que esta dôr durava apenas um dia e costuma passar-lhe depois, de pôr pannos muito quentes sobre a região da dôr.

Historia pregressa do estado actual (evolução da gravidez).—Refere a doente ter-lhe faltado a menstruação em março de 99, tendo sido até ahi sempre regular.

Durante quasi um mez, após a falta da menstruação, nada sentiu d'anormal; mas passado este tempo principiou a ter vomitos mucosos de manhã, ao levantar da cama e ainda antes de se levantar. Estes vomitos repetiram-se amiudadas vezes até á data do aborto, e não a incommodavam. Diz mais ter notado que o ventre ia augmentando de vol., e que os seios se engorgitavam e apresentavam uma aureola propria da gravidez.

Assim passou 3 mezes e meio sem incidente

(1) Por indicação do Ex.mo Snr. Dr. Martins da Silva, adjuncto da mesma enfermaria.

de maior até que no dia 3 de julho (occasião em que devia fazer 3 1/2 mezes de gravidez) estando com um jigo de roupa á cabeça deu uma queda sobre o ventre de que lhe resultaram, n'esta occasião, dôres no hypogastro (não muito intensas) que se prolongaram durante cerca de 3 quartos d'hora.

A doente diz ter sentido n'esta occasião uma revolução no ventre, o que lhe deu a sensação do reviramento do utero para traz.

Mais notou n'este dia, ao fim da tarde, que o ventre tinha descido muito ou antes tinha diminuido de vol.

No dia 4 de julho a doente notou uma sensação de peso no perineo, de que não se apercebeu no dia antecedente, e teve dôres eguaes ás d'esse dia que lhe duraram durante cerca de 1/2 hora. Urinava a miudo cerca de 15 a 20 vezes por dia e apenas uma de noite.

Defecava com difficuldade e tinha tenesmos rectaes.

Não podia supportar por muito tempo a posição de pé nem mesmo fazer longas marchas. Mesmo sentada dizia sentir uma sensação indefinivel de mal estar. Supportava bem a posição do decubito dorsal.

No dia 5 continuaram os symptomas do dia 4; mas as dôres foram menos intensas.

Do dia 6 a 15 a doente diz não ter dôres mas sentir a mesma sensação de peso no perinco pollakiuria, tenesmos rectaes e uma certa prisão (ao que diz) ao nivel das virilhas (sensação de repuxamento que costuma haver n'estes casos).

No dia 16 teve cephalalgia, arripios, sêde, febre e anorexia.

No dia 17 continuaram os symptomas do dia 16, mas a cephalalgia tornou-se mais intensa na tarde d'este dia, e ao mesmo tempo appareceram-lhe dôres fortes e intermittentes no hypogastro.

No dia 18 as dôres do hypogastro exacerbaram-se e principiaram a apparecer com intervallos menores que no dia antecedente. Estes intervallos

minoraram ainda na noite de 18, (em que desappareceu a cephalalgia) e em que teve logar o aborto cerca das 11 horas da noite.

A doente conservou-se de cama no dia 19, e no dia 20, como as secundinas não tivessem sahido, dirigiu-se ao medico que veio no dia 21 a sua casa para lhe fazer a dequitadura artificial.

Pelo que a doente refere, elle apenas tirou uma pequena parte de placenta, não obstante a doente diz só ter havido uma pequena hemorrhagia.

Como a placente não fosse extrahida, a doente conservou-se de cama durante mais 6 dias e no dia 25 dirigiu-se ao Hospital de Santo Antonio, do Porto, onde pelo Ex.mo Snr. Dr. Martins da Silva (adjuncto da enfermaria 9), foi notado que o utero estava em retroversão, o collo dilatado, (cabiam quasi 2 dedos) e que havia retenção placentar.

Pela vagina sahia uma serosidade sero-sanguinolenta muito fétida.

Tratou depois de fazer a dequitadura artificial. Introduziu o indicador e o medio da mão direita na vagina até chegar ao collo, que se encontrava para cima, para traz da symphyse pelvica.

Apenas chegou ao collo, introduziu por a sua cavidade dentro os 2 dedos, que tinha d'inclinar bastante para baixo e para traz, bastante difficilmente, e principiou por descollar os restos placentares que se encontravam na cavidade uterina (não tirados pelo primeiro collega). Os dedos descollavam os cotyledones com difficuldade) em virtude da grande mobilidade do utero, que não podia fixar), e apenas descollados e livres, eram trazidos pelos dois dedos, que funccionavam á maneira de pinça. Acabada esta manobra, seguiu-se acto continuo a curetagem com cureta cortante empregada n'estes casos. Assim acabou de retirar os restos placentares que não poderam ser arrastados com os dedos.

Tudo isto foi feito com muita difficuldade, de-

vido não só á retroversão uterina, mas tambem á mobilidade grande do utero.

Após tudo isto fez-se uma irrigação intra-uterina, e a sonda teve de ser introduzida com a cavidade para baixo.

Continuou-se assim durante alguns dias, havendo uma febricula, que desappareceu em breve, e a doente entrou em franca convalescença.

O utero tinha o volume d'uma grande pêra franceza. A retroversão era completa, movel. Não se tentou a reducção.

Examinando esta doente no dia em que sahiu do hospital, juntameute com o Ex.^{mo} Snr. Dr. Maia Mendes, notei que havia ainda uma ligeira retroversão.

III

Observação (inedita) devida ao Ex.^{mo} Snr. Dr. Martins da Silva

X. padeira multipara, apresentou-se-me na consulta de medicina em 1895, queixando-se de grande prurido e calor nos orgãos genitaes internos, retenção d'urina, (urinando por regorgitamente), necessidade constante d'evacuar, e tenesmos rectaes. O que mais incommodava a doente e para o que chamava mais a attenção era para as perturbações da defecação, visto que tinha necessidade constante d'evacuar e não satisfazia por completo, apezar de grandes exforços, esta necessidade. Dizia que obrava pouco de cada vez, e que tinha tenesmos rectaes.

Por estas razões tratei d'examinar a doente depois de a mandar collocar na posição obstetrica. Pela simples inspecção notei em volta do anus um enorme bordelete hemorrhoidario e suppuz á primeira vista que as perturbações da defecação tinham aqui a sua causa. No entanto tratei de fazer o toque rectal a vêr se haveria tambem hemorrhoides internas, e com snrpreza notei que o recto estava comprimido por um tumor ovoide, renitente e duro que dava a ideia d'um utero gravido. Interroguei a mulher a respeito de gravidez, e ella não repelliu esta minha

suspeita e antes disse que estaria gravida, apezar de não me ter apresentado esse facto antes.

Fiz em seguida o toque vaginal e encontrei o collo do utero entreaberto e duro, o que me fez hesitar um pouco em fixar o diagnostico de gravidez complicada de posição viciosa do utero. Mas notando bem a sua forma, volume e consistencia, e bem assim falta de menstruação, 4 mezes, etc., conclui por pôr o diagnostico de gravidez complicada de retroversão movel (não adherente) do utero. Pelo exame notámos tambem a existencia d'edema dos grandes e pequenos labios, colpocelle posterior e anterior e além d'isso cystocelle.

A doente urinava á maneira de repuxo, e ao introduzir a algalia entrou com difficuldade, sendo necessario dirigil-a verticalmente para baixo.

Esvasiei assim a bexiga da doente, pois havia retenção d'urina, e decidi-me a fazer a reducção do utero pela vagina, o que consegui introduzindo primeiro os dedos indicador e medio da mão direita com os quaes deprimi a parede posterior da vagina, bem como o perineo e impelli ao mesmo tempo o fundo do utero para cima e para deante. — Ao mesmo tempo que fazia com a mão direita esta manobra consegui com o dedo indicador da mão esquerda impellir ou carregar para baixo no collo do utero entreaberto, no orificio do qual introduzi o indicador que não penetrava senão no vestibulo do orificio externo do collo.

D'esta maneira consegui facilmente a reducção completa do utero pela vagina na posição obstetrica.

Feita a reducção tentei mantel-a por um pessario d'Hegar que colloquei de modo a repuxar o collo para baixo; mas notei então que o utero tinha tendencia a voltar á sua posição primitiva, pois se conservava incompletamente reduzido. No entretanto a doente d'este modo devia já urinar e defecar bem.

Ainda assim, ordenei-lhe que se o pessario a magoasse ou houvesse qualquer outro desarranjo, (volta dos primitivos symptomas ou queda do proprio pessaria) apparecesse immediatamente; e no caso contrario, voltasse apenas passado um mez para vêr o seu estado e lavar o pessario se fosse necessario collocal-o de novo.

Voltou effectivamente a doente passado cerca d'um

mez, e notei então que o pessario estava quasi á vulva e o utero completamente reduzido. De resto, a doente diz não ter tido perturbações algumas desde que fez a reducção.

Passados cerca de 5 mezes deu-se o parto expontaneo e tudo correu regularmente.

Não podemos averiguar da causa d'esta retroversão mas è muito provavel que, em virtude da sua profissão, se tratasse, n'este caso, d'uma retroversão brusca, devida a qualquer exforço; tanto mais que o facto de não haver adherencia, a mobilidade do utero, estão d'accordo com aquella fórma.

IV

Obs. pessoal colhida na enfermaria 7 (partos) de que é director o Ex.mo professor Dr. Candido Pinho

M. do Espirito Santo, de 21 annos, solteira, costureira, natural de Fagilde, entrou para o Hospital de Santo Antonio, do Porto, para a enfermaria 7 (partos), no dia 11 d'agosto de 1899, queixando-se de dôres no ventre.

A doente prim. está gravida, não sabe bem de que tempo, mas julga-se em trabalho de parto (por causa das dôres), motivo que a levou ao Hospital. As dôres passaram após 2 dias de repouso, e a doente apresenta apenas um corrimento vaginal, purulento, muito abundante.

Pelo volume do ventre julgamos que a doente não devia ter mais de cerca de 8 mezes (ou talvez ainda menos). A inspecção revelou a existencia d'um corrimento branco-amarellado, abundante, purulento, motivo porque introduzimos o especulo para vêr o estado do collo. Este apresenta-se volumoso, congestionado e ulcerado, e deixa sahir pelo seu orificio externo o liquido a que nos referimos. Mais notamos que, não só o collo, mas tambem a vagina (na sua parede posterior e lateral esquerda), estavam excoriadas.

A posição do collo era normal.

Interrogando a doente, a proposito da historia do corrimento, relatou-nos o seguinte:

Foi menstruada aos 13—14 annos, sempre irregularmente, e tinha no intervallo das regras (que lhe duravam 2—3 dias), um corrimento branco.

Ha cerca de 2 ½ annos, estando a lavar roupa em occasião que estava menstruada, cahiu ao rio, não dando, após a quéda, conta de si senão em casa.

Teve em seguida dôres no hypogastro, especialmente do lado esquerdo, e o corrimento augmentou e tornou-se amarellado a principio, e depois amarello-esverdeado. As dôres augmentaram, até que por fim resolveu ir para o hospital de Vizeu, onde lhe disseram que tinha a madre voltada para traz—e lhe fizerem irrigações vaginaes. Conservou-se ahi cerca de 4 mezes, melhorando, ao que diz—pois as dôres diminuiram, bem como o corrimento. Assim se conservou um pouco melhor durante cerca de 4 mezes. Passado este tempo, voltou ao primitivo estado. Appareceu-lhe de novo o corrimento, que agora era mais ou menos avermelhado, e exacerbava-se de 8—8 dias.

Consultou por este facto um clinico d'aqui (do Porto), que lhe confirmou o diagnostico primeiramente feito, que a doente tinha retro-desvio.

Não obstante, a doente não quiz tratar-se, e este estado de coisas conservou-se até cerca do 3.º mez da gravidez, occasião em que as dôres metrorrhagicas desappareceram, sendo substituidas pelo corrimento branco. Além das dôres e do corrimento, a doente tinha constipação pertinaz, que lhe durava ás vezes 8—15 dias, e só era debellada por purgantes. Mas a doente refere que esta constipação, depois que se suppôz gravida, não augmentou, e antes ao contrario parece que ia diminuindo até á occasião do nosso interrogatorio, em que a doente, como vestigio da sua affecção, apenas apresentou o corrimento.

Foi sempre saudavel, bem como todos os seus.

Em face do que acabamos de vêr, entendemos que esta mulher foi portadora d'um retro-desvio

latente, devido a retro-desvio preexistendo, diagnosticado antes da gravidez.

V

Obs. (inedita) devida ao Ex.mo Snr. Dr. Martins da Silva

X., casado, natural dos Estados-Unidos do Brazil, apresentou-se a consultar-me, por intermedio de familia das minhas relações, em abril ou maio de 1893. Dizia que lhe faltava a menstruação havia cerca de 3 1/2 mezes, pouco mais, ou antes proximo de 4 mezes. Não tinha retenção d'urina nem tão pouco constipação ou quaesquer difficuldades na defecção, nem, finalmente, qualquer symptoma que indicasse o seu estado.

O ventre não se apresentava volumoso, mas a doente chamava a minha attenção para o utero. Por este facto pratiquei immediatamente o toque vaginal, seguido do toque rectal, e notei que se tratava d'uma *gravidez complicada de retroversão (com sinistro-posição) adherente* (mas não adherente completamente dando ankylose). Apenas cheguei a este diagnostico, fiz-lh'o saber, o que ella não extranhou, visto que era o que varios medicos brazileiros lhe tinham tambem communicado.

A doente contou-me que nos 3 annos antecedentes a esta data tinha tido dois abortos e um parto prematuro.

Dos abortos, o 1.° deu-se aos 2 mezes, e o 2.° cerca dos 4 mezes; o parto prematuro deu-se ao 7.° mez. Não tinha tido a esta data mais filho algum, e antes do 1.° aborto diz ter tido uma blenorrhagia que lhe communicara o marido, o que naturalmente trouxe infecção uterina.

Na evolução da 2.ª gestação, refere a doente ter consultado medicos brazileiros, em virtude da mesma doença d'agora, e diz que estes tentaram a reducção do utero, sem successo.

A doente abortou ao 4.° mez.

Deu-se nova gravidez, que evolucionou até ao 7.° mez, occasião em que se deu o parto espontaneo.

Gravidou novamente a doente, e a retroversão permanecia ainda. Por conselho de medicos brazileiros, a doente dirigia se a Paris, para ahi ser operada.

De passagem por aqui, foi consultar-me, e constatei n'essa occasião o que acabei de referir.

Quanto a tratamento, não fiz tentativa de reducção.

Aconselhei a doente a que não era necessario ir a Paris, visto que o modo como tinham evoluido as gestações anteriores, e especialmente a ultima, me levava a crêr que esta evoluiria e chegaria a termo, e que o utero se reduziria espontaneamente.

Mais lhe disse que se esta gravidez não fosse a termo não desanimasse, e antes esperasse pelo resultado d'uma 5.ª gravidez.

Não havia perturbações que incommodassem a doente; o que ella desejava (e era por isso que se queria vêr livre da enfermidade), era levar as gestações a termo.

Finalmente soube mais tarde, por a doente m'o mandar dizer, que esta gravidez tinha ido a termo.

E' de notar que o conselho que lhe dei relativo ao tratamento foi fundado em que me pareceu, pelo exame que fiz e pela evolução das gestações anteriores, que se tratava d'adherencias antigas, ou antes uma só brida antiga do lado esquerdo, devida a qualquer perimetrite, que ia cedendo á maneira que se multiplicavam as gestações e que acabaria por ceder por completo, deixando livre a evolução natural do utero gravido para a cavidade abdominal.

Assim o suppuz e assim creio ter chegado a termo esta ultima gravidez por este mecanismo.

E' forçoso notar que o modo como evoluiram as tres primeiras gestações comparadas com a ultima, o prolongamento de tempo cada vez maior em cada uma (a 1.ª aos 2 mezes, a 2.ª aos 4 e a 3.ª aos 7), leva a crêr que a brida ou bridas iam cedendo cada vez mais á acção successiva d'amollecimento e de distenção produzida pelo desenvolvimento de gestações successivas.

Quanto á causa primitiva da retroversão, é provavel que se tratasse d'uma perimetrite consecutiva á infecção blennorrhagica que originasse ankylose uterina com posição viciosa (retro-versão).

Como se vê, trata-se d'uma retroversão latente originada por uma retroversão preexistente, que se manifestou em 3 gestações successivas.

De resto, a reducção devia ter sido tentada na occa-

são, não obstante conhecer-se a acção benefica, demolidora, produzida pela gestação ou gestações successivas sobre as adherencias uterinas. Podia muito bem ter-se dado agora o que se deu das gestações antecedentes.

VI

Observação (inedita) devida ao Ex.mo Sr. Dr. Julio Franchini, director da enfermaria n.º 13

X. multipara com gravidez de quatro mezes complicada de reterversão-flexão fixa por adherencias ao fundo de sacco de Douglas, — sente dôres pelvicas intensas irradiando para as coxas — vomitos incoerciveis resistentes a todo o tratamento instituido (poção chlorofomada, mistura antiemetica, tintura d'iodo com chloroformio, vesicatorio sobre o epigastro) que lhe foi instituido por mim e pelo marido que era medico) — hemorragias frequentes, repetidas, ainda que pouco abundantes — difficuldades de urinar (pollakiuria) e de defecar — e um corrimento.

Estes symptomas principiaram a apparecer cerca do segundo mez de gravidez, conservando se mais ou menos accentuados cerca d'um mez e tanto. Passado este tempo redobraram d'intensidade e por fim appareceu a febre que chegou a 39 e tanto e arripios; tudo isto, febre e arripios devido a infecção uterina motivada pela retenção de coagulos. Tomou por este facto antipyrina durante 4 a 5 dias.

O retrodesvio teve uma marcha lenta e tudo leva a crêr que fosse devido a um desvio preexistente, visto a doente ter tido uma metrosalpyngite, que deu logar a vomicas salpyngianas na cavidade peritoneal, e devida a uma infecção blemorrhagica.

Estas vomicas deviam ter originado adherencias capazes de manter o utero n'uma posição viciosa; mas esta posição anormal não foi previamente diagnosticada.

Attentos os symptomas apresentados pela doente, febre elevada, motivada por infecção devida a retenção de coagulos, dôres intensas, arripios, etc., e a impossibilidade de reduzir o utero pelo methodo manual tentado sob o chloroformio, tratámos de provocar o aborto. Introduzimos n'um dia uma laminaria, e no acto da ope-

ração, no dia seguinte, completando a dilatação pelos dilatadores d'Hegar, extrahimos o feto, e acto continuo fizemos a dequitadura artificial seguida de curetagem uterina, escovagem com vaselina creosotada e irrigação intrauterina.

A doente curou-se e os resultados operatorios foram perfeitos; mas a reducção expontanea do utero após o aborto como costuma dar-se, não se operou em virtude das adherencias; razão porque vem a ser hysterectomisada.

Esta obs. é um exemplo de retroversão de marcha lenta, motivada muito provavelmente por retrodesvio preexistente, adherente, sem que a acção da gravidez modificasse estas adherencias.

VII

Obs. pessoal colhida na enfermaria 14, de que é director o Ex.mo Snr. Dr. Souza Oliveira e onde fui interno

218. *Joaquina Rosa, d'edade de 28 annos, solteira, costureira, natural do Freixo de Baixo, concelho d'Amarante, e actualmente residente no Porto*, entrou para este hospital de Santo Antonio no dia 25 de julho de 1899, para a enfermaria 14, queixando-se de que ha cerca d'um mez a esta parte tinha metrorrhagias constantes, prisão de ventre, tenesmos rectaes e vesicaes, pollakiuria —, sêde, dôres no hypogastro e regiões ovaricas, e anorexia.

Antecedentes pessoaes — Teve em pequena (6 annos) o sarampo. Foi menstruada cerca dos 15 ½ annos, pelo que teve dôres dois dias antes da menstruação que se prolongaram durante 8 dias que ella durou, sendo mais intensas antes. O intervallo das menstruações era de 30 dias.

Teve 7 partos.

A menstruação correu regularmente durante 23 mezes, occasião em que gravidou pela primeira vez.

Da 1.ª gravidez principiou a ter enjôos e vomitos não só de manhã, mas durante todo o dia e noite, antes e depois das refeições e na occasião d'estas, — passados 15 dias após o principio da gravidez. Estes vomitos eram incoerciveis e prolongaram-se até ao 4.º mez, occasião em que a doente teve appetite de sopas de vinho — que comeu sem que vomitasse, — ficando d'ahi em diante sem vomitos e com appetite até ao 7.º mez.

N'esta altura e já antes, aos 6 ½ mezes, a doente, que tinha sentido mecher o feto aos 4 mezes, deixou de o sentir por completo — voltou a ter anorexia e além d'isso — dôres intermittentes no abdomen e peso no hypogastro. As dôres augmentaram d'intensidade e diminuiram nos intervallos até aos 7 ½ mezes, occasião em que se deu espontaneamente o parto prematuro. O feto, do sexo mascu-

lino, sahiu morto e um pouco macerado (com a epiderme a destacar-se). Foi feita, pela parteira assistente, a dequitadura artificial, — e, pelo que a doente diz, a placenta sahiu fragmentada. Teve vomitos e arripios antes do parto, e após a dequitadura artificial foram-lhe feitas irrigações intra-uterinas, durante 8 dias que duraram a febre, arripios e sensibilidade grande do ventre.

Passado este tempo, a doente levantou-se convalescente. A sahida dos lochios prolongou-se durante 15 dias, e no mez seguinte voltou o menstruo que durou 8 dias, e assim se conservou regular durante cerca de 3 mezes.

Ao 4.º mez gravidou pela 2.ª vez e deu-se n'esta gravidez, durante os primeiros 4 mezes, o mesmo que na antecedente.

Ao 8.º mez deu-se o parto espontaneo d'uma creança do sexo feminino.

Após o parto teve o mesmo tratamento e pela mesma causa que no antecedente.

As regras voltaram no mez seguinte ao parto, para desapparecerem ao 3.º mez, occasião em que gravidou pela 3.ª vez.

Nos primeiros 4 mezes da evolução d'esta 3.ª gravidez deu-se o mesmo que nas antecedentes. Teve o parto, cerca do 8.º mez, d'uma creança do sexo feminino que sahiu bastante macerada, mais que a 1.ª A doente suppõe que ella estava morta haveria 3 semanas, pois não a tinha sentido durante este tempo. Teve o mesmo tratamento que nos antecedentes, pela mesma causa.

O ventre conservou-se volumoso e sensivel durente cerca d'um mez.

Gravidou pela 4.ª vez, cerca de 3 e meio mezes após o 3.º parto.

Tudo evoluiu a principio como nas gestações antecedentes.

Cerca dos 8 e meio mezes da gestação, teve o 4.º parto espontaneo, creança morta, do sexo masculino. A doente suppõe que tinha morrido 5 dias antes, (tempo em que a não sentiu). Teve irrigações vaginaes.

Gravidou pela 5.ª vez após 3 mezes depois do 4.º parto. Foi a termo, mas o feto nasceu morto e era do sexo masculino. Teria morrido 8 dias antes do parto. Teve o mesmo tratamento.

Gravidou pela 6.ª vez após cerca de 4 mezes do 5.º parto. Tudo como d'antes. Gravidez a termo, feto masculino, morto. Não teve febre nem arripios após o parto; mas levou irrigações durante 8 dias. Teve, pelo contrario, febre durante a gestação.

Passados que foram 8 mezes gravidou pela 7.ª vez. Aos 15 dias de gravida principiou a sentir dôres de cabeça, vomitos incoerciveis quasi constantes, de dia e noite.

Tomava só leite, que immediatamente vomitava, e após o leite diz vomitar sangue muito vivo, vermelho escarlate.

Conservou-se no leito durante 3 mezes sem tomar remedio algum, apesar de lhe ser receitado; e diz não o tomar em virtude de se julgar gravida. Emmagreceu muito. Tudo a incommodava, inclusivé o homem.

Ao fim de 3 mezes d'este estado, viu comer sardinhas cosidas com couves, que mandou immediatamente arranjar. Comeu-as, e assim continuou a comer bem sem ter mais perturbações, até aos 8 e meio mezes.

N'esta occasião voltaram de novo os vomitos, deixou de sentir o feto, e passados 8 dias teve o parto espontaneo.

Não teve febre *post-partum*, mas sim teve-a durante a gestação. Passado um mez depois d'este parto, voltaram as regras muito irregularmente, apparecendo umas vezes de 15 em 15 dias, outras de 3 em 3 semanas, e duravam como d'antes cerca de 8 dias. Este estado de coisas conservou-se até cerca do dia 19 de maio de 1899.

A doente contava com as regras em junho e não appareceram. Durante todo o mez de junho teve enjôos, cuspia muito, a saliva sahia-lhe espontaneamente pela bocca. Desconfiou n'esta occasião que estava gravida (não obstante os phenomenos

não serem iguaes aos das gestações antecedentes), e por este motivo consultou 2 medicos que lhe asseveraram que não o estava. No entretanto, estes symptomas continuaram até ao principio de julho d'este anno, occasião em que lhe appareceu a menstruação que se prolongou até 25 do dito mez. Refere que este fluxo catameneal era vermelho no primeiro dia e que depois tomára côr differente, semelhando agua de lavar carne fresca.

Conservou-se assim até ao dia 18 de julho em que veio á consulta do banco, ao hospital, onde foi examinada, a pedido, pelo Ex.mo Dr. Souza Oliveira. N'esta occasião houve hemorrhagia grande que quasi a impedia de andar, motivo porque lhe custou muito seguir a pé até casa.

No principio de julho, diz ter principiado a sentir difficuldade na defecação, e micção (pollakiuria accentuada), dôres no hypogastro, sensação de peso no perineo, repuxamento das virilhas, dôres lombares, tenesmos rectaes e sêde.

Mais ainda, no principio de julho notou o ventre volumoso e muito sensivel, não consentindo que lhe tocassem. Tomou 2 banhos geraes mornos, e principiou a urinar um pouco melhor, bem como a defecar; mas não obstante havia sempre difficuldade. Disse mais que no dia 2 de julho em occasião que ia para urinar, não o poude fazer, apesar de grandes esforços, senão passados 15 minutos pouco mais ou menos.

Diz que a urina tinha muito mau cheiro e lhe causava ardencia ao sahir.

As dôres renaes ou lombares, bem como uma dôr surda (moedeira ao que diz), já as sentia em junho.

Desde o principio de julho, não podia andar a pé sem difficuldade, sentia no baixo ventre como que a sensação d'uma cunha alli collocada.

Nao descançava senão no decubito dorsal, o ventre era muitissimo doloroso.

Tem tido frequentes vezes bronchites.

Antecedentes hereditarios, são bons. Pae, mãe, irmãos, tios, etc., sempre saudaveis.

Exame da doente

A doente, de constituição fraca e de egual compleição, apresenta-se triste, de côr pallida, magra.

No apparelho respiratorio — notámos manifestações tuberculosas.

O circulatorio — bom.

Chama immediatamente a attenção para as dôres no hypogastro e para as metrorrhagias.

—O ventre apresenta-se abaulado, e bastante sensivel; — o aspecto dos orgãos genitaes externos é normal.

—Exame do apparelho genital.

Toque — Pelo toque notámos que existia uma retroflexão accentuada.

—O que se notáva de mais extraordinario, era a existencia no fundo do sacco posterior d'um empastamento depressivel, que tanto poderia ser devido a exsudato inflammatorio mais ou menos extenso, como ao trabalho de qualquer processo suppurativo. Não lembrava sequer que houvesse liquido ascitico.

—O toque não denunciava grande volume do utero. A palpapação bimannal era impedida pela sensibilidade exaggerada do abdomen.

Diagnostico

Attentos os symptomas apresentados, foi diagnosticado pelo Ex.mo Snr. Dr. Souza Oliveira (director clinico da enfermaria 14) *uma metro-salpyngo-ovarite chronicas com ankylose uterina e retroflexão dolorosas.*

Tratamento

Fez-se durante um mez o tratamento palliativo empregado n'estes casos, por meio de irrigações quentes de sublimado, tinctura d'iodo no hypogastro, e iodeto de potassio internamente.

A dificuldade d'urinar e de fecar desappareceu 5 — 6 dias depois d'este tratamento; mas o ventre conservava-se sempre muito doloroso e a doente tinha anorexia e pedia que a livrassem da sua enfermidade.

Em vista do desejo da doente e do insuccesso do tratamento palliativo, não tinhamos mais que, lançar mão da hysterectomia, indicada n'estas condições. Assim se fez a hysterectomia vaginal total.

Não descreveremos a operação por completo, para não alongar mais a observação, e apenas nos limitamos a dizer o que houve de mais importante.

Após a abertura do fundo de sacco posterior, com surpreza observámos a sahida de cerca de mais de 50 — 60 grammas de de liquido de peritonite enkystada. Ao libertar o clamp direito na inserção vaginal do collo, houve hemorrhagia da arteria uterina (que era bastante volumosa) — em virtude da má qualidade ou antes deterioramento do clamp, que não fechava bem. Foi immediatamente pinçada e laqueada com seda. A laqueação dos ligamentos largos foi feita com seda pelo processo de Lawson-Tait.

Depois da libertação dos dois clamps foi tentada a *culbute* sem resultado.

Libertaram-se depois mais profundamente e tentou-se de novo com successo, ainda que com difficuldade, em virtude das fortes adherencias e posição viciosa do utero.

Fez-se depois a laqueação pelo processo mencionado, (que pela primeira vez vi fazer na hyst. vag. total.)

A operação em si durou cerca de 28 minutos — e o total cerca de 40 e tantos. Foram deixados os ovarios; um d'elles, o direito, fazia hernia no fundo da vagina após a operação.

Exame do utero extrahido

Tinha o volume d'uma gr. pera franceza, era bastante congestionado, excepto ao nivel do collo, que estava ischemiado em virtude do pinçamento. Pela palpação notava-se que era molle, renitente, facilmente depressivel, e que havia fluctuação, o que tudo me fez desconfiar d'utero gravido, que de resto foi confirmado após a sua abertura.

O collo era tambem molle.

—O seu diametro longitudinal tirado do labio anterior do collo a meio do fundo, media 125 millimetros. A sua maior circumferencia medida a 4 centimetros de distancia do fundo, era de 202 millimetros. O collo tinha o comprimento de 35 millimetros e o diametro de 8 e meio centimetros. O peso, depois de tirado o liquido amniotico, era de cerca de 128 grammas e o liquido 50. O collo estava muito flectido sobre o corpo, como se póde verificar pela phototypia junta — (vid. photot. do utero, lado direito).

Abertura do utero e exame interno

Feita a secção longitudinal a partir do bordo esquerdo, desde o collo até ao fundo, notámos o seguinte: ao chegar ao orificio interno do collo, coagulos vermelho escuros, e um corpo espherico de côr amarello suja, com fluctuação, enchendo completamente a cavidade do corpo do utero e destacando-se, facilmente da parede anterior, á qual parecia estar apenas contiguo. Este corpo tinha o volume d'uma grande tangerina. Abrimol-o em seguida e observamos a sahida de cerca de 50 grammas d'um liquido côr de chocolate.

Em seguida notámos que na cavidade d'este corpo (placenta), na sua parede posterior, (e do lado direito), cerca de 3 centimetros da sua parte inferior — existia um embryão de côr de chocolate (mais claro um pouco), do tamanho de 2 e meio centimetros, com cordão umbilical tumefacto de côr castanho escuro e do comprimento de 1 e meio centimetros. (1)

—O que chamava immediamente a attenção

(1) Pela descripção feita póde ver-se nitidamente na fig. junta o feto com seu cordão umbilical.

—O cordão tem a convexidade voltada para fóra, tem a forma d'uma grande virgula, e prende o feto, (que fica em baixo) pela parte media.

O feto como que cavalga (na parte escura da fig. inferior, e



era o aspecto varicoso accentuado que apresentava a placenta na sua parte postero-interna correspondente á sua inserção. Mais ainda se notavam n'esta parte pequenas concrecções amarelladas que o exame microscopico fez ver que dependiam de globulos sanguineos vestigios d'hemorrhagia placentar.

Estas concrecções eram formadas pela agglomeração de pequenos globulos e existiam especialmente ao lado direito do feto.

—Tirada a placenta que estava inserida na parede posterior do utero, mas de tal modo que parecia apenas contigua, notava-se n'esta parede vestigios d'esta inserção, como se vê nitidamente na fig. junta.

A parte adherente da placenta (que orçava por metade da sua extensão), era irregular, apresentava saliencias e depressões — não era quasi nada irrigada e tinha o aspecto d'um orgão em degenerescencia gordurosa.

—No collo do utero via-se muito bem a arvore da vida que na fig. se distingue nitidamente. Havia além d'isso na face interna do collo, proximo do bordo d., e na sua parte media, um pequeno nodulo nacarado duro, do tamanho d'um grão d'arroz, que se vê bem na fig. na parte media do bordo não aberto.

A espessura da parede posterior do utero ao nivel do ligamento redondo (maior espessura) era de 2 centimetros — e a da parede anterior no mesmo nivel era de 11 millimetros. — A parede anterior apresentava vestigios nitidos d'adherencias; — mas estes eram mais nitidos ao nivel dos bordos, especialmente do direito.

—Como se póde ver nas figuras, tanto o utero como a placenta foram abertos e fixados.

---

ao lado direito), sobre uma parte clara que se destaca d'este fundo e que não é mais nem menos que uma das saliencias varicosas da placenta. Ao lado d'esta ha mais saliencias varicosas.

—A extremidade *capital* do feto estende-se para o lado esquerdo da dita saliencia e n'ella póde decobrir-se um pequeno ponto escuro, vestigio dos olhos.

—Como se vê tratava-se d'um caso de retroflexão do utero gravido de fórma lenta (de que a gravidez foi diagnosticada à posteriori) — de 2 mezes e poucos dias — muito curioso sobre varios pontos de vista. Já fizemos algumas considerações a este proposito no capitulo do tratamento, por isso não as fazemos aqui. Os resultados depois da operação foram bons. Teve apenas uma pequena febricula e uma ligeira dysuria que desappareceu em breve.

A doente está curada e vae sahir do hospital qualquer dia. A' ultima hora soube que sahiu.

Resumo do que notamos em 200 observações que podemos ver nos auctores incluindo as nossas

Para se fazer um resumo bem feito seriam necessarios dados precisos e completos; mas é exactamente o contrario o que se dá nas observações colhidas, pois n'um grande numero d'ellas os auctores primam pela escassez e precisão de dados.

No entretanto vamos apresentar o que vimos.

Nas 200 obs.. encontramos 147 (1) retroversões, 32 retroflexões, 5 retroversões-flexões e finalmente 16 que os auctores appelidam de retrodesvios e que eu não pude destrinçar a qual das formrs anatomo-pathologicas pertenciam, em virtude do que dissemos acima.

---

(1) D'estas 147 obs. — 8 reprod. em 2 gestações successivas — sendo o resultado da 1.ª sempre aborto, excepto n'um caso, isto em virtude de não ser tratada, — e o result. da 2.ª era parto a termo; — 4 em 3 gest. succes. e o seu resultado era semelhantem. o das anteriores — 2 ab. nas que não eram trat. — e reducção seguida a seu tempo de parto a termo, excepto n'uma em que apezar de trat. se deu o aborto; —finalmente—3, reproduziram-se em 4 gest. succes., e o seu resultado foi o seguinte: na 1.ª houve 3 abortos e 1 p. a. t., (antes do 2.º ab. foi tent a red. sem successo) e a 4 gest. foi a. t. dando-se a red. espontanea; — na 2.ª houve 3 abortos (de que o 1.º spont. e o 2.º e 3.º provocados) e um p. a. t. depois da reducção (havia aperto de bacia o diamet. conjugado tinha — 7 — 7 5); a 3.ª, não foi tratada nas 3 primeiras gest. — e só o foi na ultima por laporotomia — e o resultado foram 3 ab. nas 3 prim. gest., e um p. a t. na ultima.

Vamos agora apresentar as diversas-especies anatomo-pathologicas de retro-desvios com as suas formas clinicas e respectivas terminações, isto em especial, — e a edade da gravidez em que se deram os desvios, as causas, o tratamento e as terminações serão mencionadas em geral para cada uma das especies anat. path. dos desvios, não nos importando com as mesmas causas, tratamento, etc., para com cada grupo de formas clinicas que tem cada especie de retrodesvios, porque isso nos daria muito mais trabalho e não teria o valor relativo. Por isso para as fórmas clinicas apenas nos referiremos ás suas terminações, que é o que nos importa para o prognostico especial de cada grupo d'essas fórmas.

Finalmente, depois de feito isto, veremos o total das fórmas clinicas, das edades, causas, e especialmente terminações e tratamento.

Retroversão 147 obs.

Fórmas clinicas. Terminações.

2 latentes	—	p. a. t.
33 lentas		11 p. a. t. 12 ab. spont. 3 » provoc. 4 mortes
19 bruscas		10 p. a. t. 1 ab. provoc. 2 ab. spont. de q. um dep. da r. v. 1 morte (1)
1 mixta	—	p. a. t.

Edade da gravidez em que a retrov. se manifestou

1	ao fim de		8-11	dias	
3	»	»	» 1	mez	
5	»	»	» 2	»	
12	»	»	» 2 ½	»	

(1) Houve n'este caso tent. de reduc. pelo recto sem successo, e no dia seguinte deu-se a reducção spont., ruptura de membrana, sem aborto, e a mulher morreu passada uma hora.

37	»	»	»	3	mez
20	»	»	»	3 1/2	»
33	»	»	»	4	»
6	»	»	»	4 1/2	»
8	»	»	»	5	»
1	»	»	»	7	»

Causas

11	devidas a	retrov. preexistente
1	»	retroflexão preexistente
20	»	adherencias de que 6 extranterinas (vesico-intestinaes sendo as d'uma recentes) e 14 uterinas de que tres eram velhas, solidas, e 11 + recentes. Intervenção em 13.
6	»	queda, de que 4 sobre o ventre, uma sobre o dorso e outra sobre a pelve.
5	»	esforços para levantar volumes e abalo violento.
1	»	tres pequenos fibromas do fundo do utero encontrados depois de ser feita a dequitadura artificial.
1	»	excessos de fadiga.
1	»	pancada sobre o ventre.
4	»	prolapso.
4	»	aperto de bacia (7, 7,5-7, 5,-8-9 centim.).
2	»	saliencia accentuada do promontorio e curvatura exaggerada do sacro.

Tratamento

Reducção spontanea, quer propriamente dita, quer empregando o cath. e purgantes, ou só uma das coisas, repouso, &.ª — 38.

Reducção manual

Pela vagina, 53.
Pelo recto, 15.
Pelos dois comb , 9.

Reducção instrumental

Baqueta d'Evrat, 2.
Gargerete, 2.
Alavanca obs., 1.
Balões de Tarnier e Barnes, 5.
Pessarios de que 1 d'ar, 3 (de que 1 foi appl. depois de feita a reduc. vaginal.)
Puncção (ab. provoc.), 7.
Laparotomias, 3 (de que uma terminou pela morte em virtude d'oclusão intestinal.)

Terminações

91 partos a termo.
25 abortos de que 12 spont,, 7 provocados e 6 seguidos de morte.
24 mortes, sendo 6 precedidas d'aborto.

Retroflexões 32 (1)

Fòrmas clinicas. Terminações

3 latentes.
11 lentas { 7 p. a. t. / 3 mortes / 1 aborto provocado.

(1) D'estas 32 retroflexões, 2 repetiram-se em duas gestações successivas sendo o resultado o seguinte: na 1.ª ambos os partos se fizeram a termo em virtude de ter sido feita a reducção; na 2.ª houve 1 aborto na 1.ª gest. apesar de red. facil, e na 2.ª o parto deu-se a termo; uma repetiu-se em 7 gestações successivas (obs. 185 de Harlay e 4.ª de Jacobs)—e os resultados fôram: nas 6 primeiras gestações abortos, e na 7.ª gestaç. o parto foi a termo em virtude da laparotomia seguida de reducção do utero, feita ao 4.º mez de gravidez por Jacobs. A causa d'esta retroflexão e dos abortos era uma retroflexão preexistente immovel adherente devido a uma pelviperitonite muito grave que teve aos 19 annos e consecutiva a uma queda durante a menstruação. A doente tinha 37 annos e as adherencias, que eram pelvicas, foram cortadas á thesoura. Estas obs. juntamente com as precedentes e as seguintes, provam entre outras coisas o seguinte: 1.º a acção benefica do tratamento em todos os desvios e muito especialmente nos que se manifestam em success. gest.; 2.º que a acção demolidora da gravidez sobre as adherencias uterinas ainda que pelvicas, não se faz muitas vezes sentir senão após a acção prolongada de varias gestações, especialmeete quando as adherencias são velhas e resistentes.

1 brusca — p. a. t.
3 mixtas { 2 p. a. t.
1 aborto provocado.

Edade da gravidez em que se deu o desvio, ou em que foi diagnosticado

2 no fim d'um mez
2 » » da 7.ª semana
5 » » de 3 mezes
5 » » » 4 »
5 » » » 4 1/2 »
1 » » » 5 »
2 » » » 9 » (a termo)

Causas

7 devidas a retroflexões preexistentes.
7 » adherencias de que 2 vesico-intestinaes.
1 » prom. saliente.
2 » esforços.
2 » fibr. do fundo do utero.

Tratamento

4 reduc. spont. com ou sem cath. e repouso, etc.

Reducção manual

9 reducções pela vagina.
1 com massagem.

Reducção por instrumentos

Com pessarios, 2 (de que 1 morte ols. Harlay 21.)
Balões de Barnes, 1.
Bexiga de caoutchou na v., 1.
Punecção, 2.
Laparatomias, 5.
Hysterectomias totaes, 2 (de que uma vaginal e outra abdom.)
Operação de Porro, 1.

Terminações

23 partos a termo (obs. 30).
1 aborto seguido de morte, depois de tentar reducção com instrum.

1 aborto spontaneo (obs. 16.)
2 abortos provocados (173.)
5 mortes.

Retroversão-flexão 5 (1)

Formas clinicas

lentas 3 { 1 vid. (1)
1 reduc. sp. e aborto depois, prov. por uma curandeira.
1 ab. provoc. (x)

Edade da gravidez

1 aos 2 mezes
1 » 2 1/2 »
1 » 3 »

Causas

Retrov.-flex. — preexistente 3

Tratamento

Reducções m. pela v. — 2
R. instrum. Balão — 1
Prov. d'ab. — 2, de que 1 foi pelo collo e outro por punccão pela v.

Terminações

2 ab. provoc.
3 partos a termo ou antes 2 a termo e 1 prem. aos 7 m.

Desvios cujo diagnostico preciso os auctores não indicam mas sim lhe chamam apenas retrodesvios — 16.

Formas clinicas: 1 latente, p. a. t., 1 brusc. p. a. t.

As causas e a edade da gravidez: apenas conheço a causa d'uma, retrodesvio preexistente.

(1) De que uma se reproduziu em 3 gestações successivas dando o seguinte resultado: na 1.ª gest. aborto ao 5.º mez (não teve tratamento) — na 2.ª (houve applic. de clyst. purgantes e decub. dorsal) parto premat. ao 7.º mez — na 3.ª (empregaram-se balões rectaes) parto prem. ao 8.º mez.

Tratamento. — Reducção

spontanea — 2 } pela v. — 5
Reducção manual } pelo r. — 3
Laparotomias — 5
Terminações — 16 partos a termo.

Total das formas clinicas com o total das suas teminações respectivas

latentes — 6 = 5 — p. a. t. e 1 morte (1)
lentas — 47 = 18 p. a. t., 12 ab. sp., 4 ab. prov. e 7 mortes.
bruscas — 21 = 11 p. a. t., 1 ab. prov., 2 ab. spont, e 1 morte.
mixtas — 4 = 3 p. a. t., 1 ab. prov.

Total das edades da grav. em que se deu o desvio

1 ao 8-11 dia da grav.
5 » fim d'um mez
2 » » da 1.ª semana
6 » » de 2 mezes
13 » » » 2 1/2 »
43 » » » 3 »
20 » » » 3 1/2 »
38 » » » 4 »
11 » » » 4 1/2 »
9 » » » 5 »
1 » » » 7.º (2) »
2 » » » 9.º a termo (aqui resumidas).

Total. — Causas

23 devidas a retro-desvio preexistente
27 » adherencias de que 8 extra-uterinas (de que uma apenas recen-

(1) Esta morte deu-se n'um caso em condições excepcionaes e por isso não deveremos entrar com ella em conta.

(2) A doente n'este caso foi tomada ao 7.º mez da gravidez, de retenção d'urina, dores pelvicas, cephalalgia, nauseas, vomitos, delirio, etc. Fez se tent. de reduc. pelo methodo de *Gregoire*, (dois dedos na v. e 2 no r.) mas sem successo. Fez-se em seguida a red. com a mão introd. na vagina. Alguns dias depois recidiva que foi reduzida facilmente. Parto a termo. Obs. de Bartlett, 102 de Harlay e 41 de Charles.

		te), e 14 uterinas de que 3 eram solidas, velhas, e 11 mais ou menos recentes demandando intervenções, e 5 red. spont.
6	»	quedas.
7	»	exforços para levantar vol. etc.
3	»	promontorio saliente com curvatura exag. do sacco.
1	»	abalos violentos.
1	»	excesso de fadiga.
1	»	pancada sobre o ventre.
3	»	fibromas do fundo do utero, de que 1 tinha 3 pequenos fibr. no fundo o que se verificou após a dequitadura artificial.
4	»	prolapso.
4	»	aperto de bacia.

Total dos trat. empregados

44	reducções	spont. após o cathet. e repouso etc., ou só repouso e decubito conveniente.
69	»	pela v.
18	»	» r.
8	»	por balões (1 bexiga de caoutchouc).
9	»	pelos 2 comb. (v. e r.)
5	»	com pessarios de que alguns foi inutil a sua applic. e n'um caso deu-se uma morte.
2	»	Baqueta d'Evrat.
2	»	Gorgerete.
1	»	alavanca obstetrica.
10	»	provoc. d'abortos de que 9 por puncção e 1 pelo collo com lamin. e dilat. de Tarnier.
13	»	Laparotomias (1 morte por oclus. intest. e 1 ab., o rest. p. a. t.)
2	»	hysterectomias totaes de que uma abdom. e a terno, e a outro vaginal aos3 mezes.
1	»	operação de Porro.

Total das terminações

133 partos a termo.
31 abortos de que 14 spont. (sendo 4 de retrodesv. não trat.)—11 provoc. e 6 seguidos de morte.
29 mortes de que 7 precedidas d'aborto, 26 autops., (1 autopsia dos orgãos genitaes pela vag.) e 2 não autopsiados.

N. B. Algumas considerações que ao traçar o nosso programma nos compromettemos fazer n'este logar, estão feitas a proposito de cada capitulo; por isso não deveremos aqui repetil-as. No entretanto mais algumas poderiamos fazer, mas como ellas resaltam nitidamente do resumo, que está fora do nosso programma, e como por outra parte nos falta o tempo para as apresentar, reservamo-nos para a occasião da defeza d'este trabalho para então o fazer se nos for exigido.

N. B. —Por não poder ir no seu logar, collocamos aqui a analyse histologica da placente da obs. de J. Rosa.

O exame histologico feito sobre uma porção da placente fixa em sublimado e incluida em gomma, revelou a existencia de numerosos nodulos cellulares no meio de tecido vascular.

Os nodulos fazem prevêr uma origem epithelioide (epithelioma, tuberculose?). Os vasos são volumosos e sobretudo numerosos e reduzidas em alguns pontos a simples espaços vasculares. Por falta de tempo não podemos fazer um exame histologico minucioso como desejavamos; mas em face das lesões tuberculosas da doente julgo muito provavel que se trate de nodulos tuberculosos. Tencionamos ainda assim proseguir no exame, em virtude da curiosidade do caso.

PROPOSIÇÕES

Anatomia — A cavidade de Retzius não é desprovida de ganglios.

Physiologia — O acido carbonico produzido e o oxygenio consumido pela respiração, são diminuidos pelo arseniato de soda.

Pathologia externa — Os retrodesvios do utero gravido não são só pelvicos, são tambem abdominaes.

Pathologia interna — Não ha logar d'eleição para a thoracentese no caso de pleuresia.

Therapeutica — O progresso da hygiene lesa a therapeutica.

Anatomia pathologica — Temo mais as associações microbianas no caso de tuberculose, do que o proprio bacillo de Kock.

Pathologia geral — A tuberculose não é sorotherapisavel.

Medicina operatoria — Todas as vezes que tenha d'empregar a reducção manual nos retrodesvios do utero gravido, prefiro a via vaginal.

Partos — A molle vesicular é produzida por um enchondroma da placenta.

Hygiene — A peste bubonica no Porto mais uma vez veio demonstrar que a ignorancia é inimiga da hygiene.

Visto.

Dr. Souto.

Imprima-se.

D. Lebre