

N.º 259

RETROVERSÃO

DO

UTERO DURANTE A PREENHEZ



THESE

APRESENTADA

À

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

PARA SER DEFENDIDA

PELO ALUMNO

JOSÉ ANTONIO GONÇALVES

PORTO

TYPOGRAPHIA CONSTITUCIONAL

80, Rua do Correio, 80

—
1867

IX / 1.º 3 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

Director

O Exm.º Sr. Conselheiro Dr. Francisco d'Assis Sousa Vaz, Lente jubilado

Secretario

O Illm.º Sr. Agostinho Antonio do Souto

CORPO CATHEDRATICO

Lentes proprietarios

Os Illm.ºs e Exm.ºs Snrs.

1.ª CADEIRA—Anatomia Descritiva e Geral	Luiz Pereira da Fonseca.
2.ª » —Physiologia experimental ..	José d'Andrade Gramaxo.
3.ª » —Historia natural dos medicamentos, Materia medica . . .	João Xavier d'Oliveira Barros.
4.ª » —Pathologia geral, Pathologia externa e Therapeutica externa	Antonio Ferreira Braga.
5.ª » —Operações cirurgicas e aparelhos, com Fracturas, Hernias, e Luxações	Caetano Pinto d'Azevedo.
6.ª » —Partos, molestias das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Manoel Maria da Costa Leite.
7.ª » —Pathologia interna, Therapeutica interna e Historia medica	Dr. Francisco Vellozo da Cruz.
8.ª » —Clinica medica	Antonio Ferreira de Macedo Pinto.
9.ª » —Clinica cirurgica	Antonio Bernardino d'Almeida.
10.ª » —Anatomia Pathologica, Deformidades e Aneurismas . . .	José Alves Moreira de Barros.
11.ª » —Medicina legal, Hygiene privada e publica, e Toxicologia geral	Dr. José Fructuoso Ayres de Gouvêa Osorio.

Lente de medicina jubilado

Secção medica José Pereira Reis.

Lentes substitutos

Secção medica { Dr. José Carlos Lopes Junior.
Pedro Augusto Dias, Presidente.
Secção cirurgica { Agostinho Antonio do Souto.
João Pereira Dias Lebre.

Lentes demonstradores

Secção medica Joaquim Guilherme Gomes Coelho
Secção Cirurgica Dr. Miguel Augusto Cezar d'Andrade.

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

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

A

SEUS PAES

EM TESTEMUNHO DE

Amor filial, respeito e gratidão

OFFERECE

O Autor



AO SEU PRESIDENTE

O ILL.^{mo} E EX.^{mo} SNR.

PEDRO AUGUSTO DIAS

EM TESTEMUNHO DE

RESPEITO E AGRADECIMENTO

OFFERECHE

O AUCTOR

AO ILLUSTRADO JURY

Prestes a deixar os bancos d' esta Escola, onde ouvi as sabias doutrinas de mestres e os prudentes conselhos de amigos, tenho a honra de submeter á vossa alta consideração esta ultima prova, que as prescripções da lei me impoem.

De ingrato terreno mal pôde sahír vigoroso o fructo; mas nem por isso é'elle menos abençoado quando os esforços e os desejos se hão dado as mãos para que a semente vingasse, ao menos.

Tal succede com este modesto trabalho—fructo das longas e espinhózas lides de cinco annos: é mesquinho e pobre, hem o sei; e se n' elle se não reflecte alguma d' aquella luz, com que vós illuminaes as intelligencias dos vossos discipulos, nem por isso deixarei de o aceitar como viva significação dos esforços e bons desejos, que me levaram a emprehendel-o.

O vossa discipulo respeitador

Jose' Antonio Goncalves.

RETROVERSÃO DO UTERO DURANTE A PREENHEZ

E um dos accidentes da prenhez que mais attenção merece; não só porque pode comprometter rapidamente as vidas, tanto da mãe como do feto, mas também porque os symptomas que o caracterizam, sendo pouco conhecidos pela raridade do mal, podem surprender a experiencia do medico.

Definição da retroversão do utero

Dá-se o nome de *retroversão do utero* a esta variedade de desvio da madre, quando a totalidade do orgão se desloca na excavação pelvica, de tal modo que o fundo fica virado para a curvatura do sacro, em quanto que o collo está mais ou menos para diante, para o lado da symphyse pubica.

Este accidente pode dar-se tanto no estado de vacuidade do utero, como durante a prenhez. Em ambos os casos é completamente independente um do outro, porque elle pode dar-se em qualquer dos dous estados, que mencionamos, sem que, comtudo, sejamos levados a concluir que um seja a consequencia do outro; bem que alguém queira dizer, como Brachet de Lyão, que a prenhez seja um meio de prevenir ou mesmo curar a retroversão do utero no estado de vacuidade.

Não deve confundir-se, durante a prenhez, a retroversão com a obliquidade posterior da madre; porque são expressões que tem uma significação differente. Assim a retroversão dá-se nos primeiros mezes da gestação, e por isso tem lugar na excavação da bacia; ao passo que a obliquidade posterior se dá só na cavidade abdominal, e por tanto nos ultimos mezes da gestação.

No estado de vacuidade do utero ha um outro accidente que pode simular a retroversão: é o deslocamento denominado retroflexão, e que consiste no desvio em que o corpo do utero se acha inclinado para traz e para baixo, ao passo que o collo fica na sua posição normal. Durante a prenhez a distincção d'estes dous accidentes não é necessaria, porque n'este estado do utero quasi que não é possível a retroflexão, em consequencia de o fundo d'este orgão, desviando-se, arrastar consigo mais ou menos o collo. O que constitue a gravidade da retroversão do utero durante a prenhez, é o encravamento, a encarceração da madre na excavação da bacia, ficando o fundo para traz e mais ou menos para baixo, e o collo para diante e mais ou menos para cima.

Ha ainda uma outra variedade chamada *retroversão parcial*, que consiste n'uma dilatação da parte posterior do fundo do utero, e que se observa, segundo Scanzoni, nos dous ultimos mezes da prenhez; mas não apresenta analogia alguma com o que chamamos aqui retroversão do utero.

Synonymia. São muito diversos os nomes que se tem empregado para designar a retroversão do utero, expressão que foi só usada no fim do ultimo seculo. Nos livros Hippocraticos parece ter-se fallado vagamente d'este accidente da madre, denominando-o madre *atravessada*, madre *voltada para os lombos*, e madre *lançando-se sobre o ischion*. Outros pathologistas, que tem descripto os signaes dos desvios da madre, tem fallado tambem d'este accidente, usando das expressões *reclinatio*, *aversio ac recursus uteri*; não se podendo, todavia, dizer qual d'estes termos é empregado para designar a retroversão. O mesmo acontece a respeito das palavras *contorsio uteri*, *aversio uteri*, *reclinatio uteri*,

empregadas por Rodrigo de Castro. É só no principio do seculo 18 que se acham expressões, que se approximam das que hoje são empregadas, para designar os desvios uterinos. Em 1732, Reinick chamava á retroversão *delapsus uteri*, expressão opposta ao prolapso ou queda da madre. Além d'estas, varias outras denominações se tem empregado para designar este accidente; porém, hoje a palavra *retroversão* está introduzida em todos os livros de pathologia e partos, excepto nos de alguns Allemães, como Moeller, que conservam ainda a denominação antiga de *reclinatio uteri*, para a oppôr á palavra *pronatio*, que é destinada por elle a designar a anteversão.

Com relação ao auctor que primeiro usou d'este termo *retroversão*, dividem-se as opiniões; assim, uns dizem que foi Will Hunter, e outres Desgranges de Lyão, inclinando-se, todavia a maior parte a consideral-a como devida a Will Hunter, especialmente por causa das datas dos seus trabalhos, em que se vê claramente que o de Hunter é muito anterior ao de Desgranges, e porque antes de Hunter não se encontra na sciencia termo algum, que se approxime do de retroversão.

Resumo da historia da retroversão do utero durante a prenhez

Se tivéssemos de occupar-nos da retroversão no estado de vacuidade do utero, haveríamos de remontar aos tempos Hippocraticos, porque já n'essa epocha era conhecida; porém, como nos occupamos d'este accidente só durante a prenhez, e como só os trabalhos do seculo 18 o fizeram conhecer, remontaremos tambem sómente a essa epocha.

A primeira observação, publicada sobre a retroversão uterina, pertence a Reinick. Entretanto, hoje admite-se em geral que é a um parteiro francez, chamado Gregorio, que se deve a primei-

ra indicação da importancia da retroversão uterina durante a prenhez. Diz-se, com effeito, que nas suas prelecções fallava d'um caso de retroversão, observado por elle na sua pratica.

Entre seus discipulos, um dos quaes era Will. Hunter de que já fallei, se achavam outros nomes illustres, como Walter Wall, Levret, etc. Walter Wall em 1754, quando voltou para a sua patria, teve occasião de observar um caso de retroversão, para o qual reclamou mais tarde os conselhos de Will. Hunter. Era uma rapariga de Londres que tinha tido um susto no quarto mez de sua prenhez, e que desde então não podia expellir seus excrementos e urinas sem grande difficuldade. Walter Wall tinha-a sondado primeira e segunda vez; por ultimo, o toque pela vagina e pelo recto tendo-o advertido da presença do utero na parte anterior d'este intestino e contra o coccyx, tentou a reducção, mas debalde, collocando a rapariga sobre os cotovêlos e joelhos, e introduzindo dous dedos no recto para repellir a madre e outros dous na vagina para abaixar o collo. No dia seguinte fez novas tentativas, tambem sem resultado, na presença de Will. Hunter, e a mulher morreu no dia seguinte. Na autopsia encontrou-se a madre encravada na pequena bacia, de tal modo que não pôde tirar-se, sem cortar e afastar a symphyse publica. Mas esta observação de Walter Wall não foi publicada immediatamente, e apenas se tornou o objecto d'uma prelecção de Will. Hunter a seus discipulos, e d'uma communicação d'este cirurgião á sociedade de medicina de Londres. Foi só em 1771 que Hunter deu uma descripção minuciosa d'esta doença, juntando a esta observação um factó observado por Lynn.

Alem d'estes factos observados em Inglaterra, citam-se outros notados em differentes paizes; mas, seja como fôr, o que é certo é que a publicação de Will. Hunter teve a parte principal na importancia que os praticos ligaram desde então á retroversão; e, a partir d'esta epocha, as observações multiplicaram-se na sciencia em tão grande numero, que um auctor chegou a dizer que a doença parecia ao principio só ingleza, mas que se transplantou

em seguida, por assim dizer, para todos os outros paizes do norte. Depois da publicação de Hunter, varios outros trabalhos se tem feito n'este sentido, d'entre os quaes, o que merece menção especial, é o de Desgranges.

Chegamos d'este modo ao fim do seculo 18 e ao principio do 19, epochas que foram pouco propicias aos exames scientificos. Effectivamente não se podem n'esta epocha encontrar estudos especiaes sobre a retroversão uterina, além dos que se acham nas theses das faculdades ou nos livros.

Frequencia da retroversão uterina durante a prenhez

Esta doença, que tem passado desapercibida durante bastantes seculos, não póde deixar de ser considerada como pouco frequente; porque se o fosse muito, já ha mais tempo devia ser conhecida, por isso que os antigos possuíam os mesmos meios de diagnostico d'ella. Nada a este respeito se augmentou; o toque era por elles feito do mesmo modo e com a mesma precisão, com que hoje se faz.

Devemos, portanto, attribuil'a á raridade do mal; e se tem ficado no esquecimento, isto deve ser proveniente dos seguintes motivos: 1.º da confusão frequente da retroversão do utero com a retenção da urina; 2.º da confusão d'aquelle mesmo estado com a retenção das materias fecaes; 3.º ainda da confusão d'aquelle estado com a prenhez extra-uterina na cavidade pelvica; 4.º enfim, de se não terem reconhecido muitos casos de retroversão; umas vezes por se tomar o tumor uterino por um tumor da excavação da bacia; outras, porque o aborto terminava felizmente a scena e tirava as inquietações do medico; e outras, porque a retroversão sendo uma doença que se dá especialmente nas mulheres que se entregam a trabalhos peizados, como as mulheres dos artistas

e quasi sempre pobres, estas não chamam os facultativos a tempo, ou mesmo se vão entregar nas mãos de pessoas pouco peritas.

Se compararmos as opiniões dos differentes parteiros, a respeito da frequencia da retroversão, vê-se que uns dizem que ella é muito rara, e para isso apoiam-se nos casos citados por Smellie, Delamotte, Martin de Lyão, etc.; ao passo que outros, e d'entre estes temos o maior numero, dizem que este accidente é bastante frequente, e que se os já citados auctores o não tem visto tantas vezes, isto é devido a elles exercerem a sua clinica nos grandes centros de população e nas grandes cidades; mas que, se a exercessem nos pequenos centros ou nas aldeas, haviam de encontrar um maior numero de casos, porque é ahí effectivamente que elles mais se observam. Isto mesmo está em harmonia com as cauzas, de que brevemente nos occuparemos, que mostram evidentemente que as pessoas entregues a trabalhos peizados são as que mais sujeitas estão a este accidente.

As provas mais conducentes á verdade devem ser, e são por certo, os factos. E' d'estes que lançam mão os que dizem que a retroversão é mais frequente do que querem os seus adversarios. Eil'os: 1.º é na pratica dos medicos das provincias que se tem observado o maior numero de cazos de retroversão; 2.º se Négrier nunca teve occasião de observar um caso na sua pratica nas cidades, observou, comtudo, alguns seis, sendo para isso consultado por collegas das aldeas: duas mulheres d'estas observações viviam no campo, e uma terceira vivia enfraquecida pela mizeria; 3.º e por ultimo, citam-se bastantes casos mais, que provam evidentemente não só que o accidente não é tão raro como alguns querem, mas tambem que se estes os não tem observado, é porque não exercem a sua clinica nas localidades onde o accidente mais sujeito está a produzir-se.

Cauzas e mecanismo da producção da retroversão do utero durante a prenhez

Desde Baudelocque tem-se descripto duas especies de retroversão durante a prenhez, bebaixo do ponto de vista etiologico. A primeira é a de forma lenta, e a segunda a de desenvolvimento accidental ou repentino. Seguirei esta ordem na exposição etiologica, visto que as causas determinantes não são absolutamente as mesmas nos dous cazos. Começarei pelas causas da retroversão de marcha lenta.

Cauzas da retroversão uterina de forma lenta. Para que se possa expôr com alguma clareza o modo de acção das causas de forma lenta, é necessario que em primeiro lugar se attenda ás condições do utero nos primeiros mezes da gestação, assim como áquellas em que se acham as mulheres, que já tem tido filhos, condições estas que as predispõe para este accidente.

Fallarei, pois, d'estas duas condições. No principio da prenhez, todos os auctores concordam em dizer, que as diversas dependencias da madre se amollecem pouco a pouco, e que esta já não occupa na bacia a sua posição normal. Segundo o maior numero, abaixa-se ao principio notavelmente, o que faz com que o seu orificio externo se approxime da vulva; em seguida, por cauza do desenvolvimento da sua parede posterior, e talvez tambem em consequencia do da placenta no fundo e atraz, inclina-se por esta parte para a curvatura do sacro, e o collo fica mais ou menos voltado para diante. Esta condição persiste ordinariamente até ao fim do terceiro mez, epocha em que, o sacro fazendo pouco a pouco obstaculo ao desenvolvimento do orgão n'esta direcção, o utero se endireita pouco a pouco e se eleva seguindo o eixo do estreito abdominal, onde se encontra ulteriormente.

Com relação á segunda condição, sabe-se que é á custa do fundo e da face posterior do utero que se faz ao principio o desenvolvimento da madre em gestação. Resulta d'aqui, que no fim d'ella

a origem das trompas corresponde á união dos dous terços inferiores com o terço superior; além d'isso os ligamentos largos são abaixados e collocados mais adiante do que costumam; estão situados na união do terço posterior com os dous anteriores. Mas não é n'isto que se limitam as modificações que se observam no utero depois de gestações multiplicadas.

Se observarmos attentamente vê-se : 1.º que nas mulheres multiparas, tendo os órgãos sexuaes normaes, o relevo que faz o fundo do utero acima do nivel do septo pelvico, que os ligamentos largos formam, seria em termo medio de 12 a 13 millimetros; 2.º que a saliencia do utero se torna dupla da normal algumas vezes; e 3.º que a espessura das paredes da madre, de diante para traz, seria de 3 a 4 centimetros, isto é, um quarto mais espessas que as d'uma nullipara.

Estas condições, porém, não são mais que meras predisposições anatomicas, e não podem por isso ser consideradas como a cauza verdadeira da doença, pois que se encontram em muitas mulheres tanto na primeira como nas seguintes prenhez, e não determinam, todavia, senão raras vezes, a retroversão. E', pois, necessario procurar as causas determinantes, que exageram as disposições indicadas. Divergem as opiniões dos auctores a este respeito.

A primeira cauza que é mencionada pela maior parte d'elles, é a retenção da urina na bexiga; e é effectivamente a este respeito que as opiniões são mais differentes, por isso que uns a consideram como cauza, e outros como effeito da retroversão; parecendo, todavia, inclinar-se a maior parte a consideral'a como cauza. A segunda de que fallam, é a retenção das fezes e a sua accumulção no intestino, acima da fossa iliaca e no abdomen; sendo para isso necessario, além das predisposições já citadas, que haja uma pequena inclinação do fundo do utero para traz. A terceira é attribuida ás dimensões da bacia; e a este respeito dizem uns que ella consiste na diminuição do estreito abdominal; outros na amplitude exagerada d'este estreito e da excavação pelvica; ou-

tros, emfim, n'um excesso de curvatura do sacro. A quarta cauza tem sido attribuida á inserção da placenta.

Com relação ao mecanismo da producção da retroversão, abster-me-hei de o expôr, porque sabidas bem as causas e a anatomia topographica da bacia e dos órgãos n'ella contidos, facil é a explicação da producção d'este phenomeno; e mesmo porque o curto espaço de tempo, que tenho, não me permite entrar em longas divagações.

Além das causas, que já apontei com relação á retroversão uterina de forma lenta durante a prenhez, ha muitas outras, taes como: o prolapso do utero, os tumores fibrosos d'este órgão, o desenvolvimento de tumores abdominaes, provindos do ovario, a amplitude exagerada da vagina, a molleza de constituição e a idade das doentes, etc. Ha differentes observações, e que vem citadas em diversos trabalhos de partos, que provam a incerteza que ha a respeito d'estas causas. D'entre ellas as unicas que estão claramente demonstradas, são as que se tiram das idades das doentes e do grande numero de partos anteriores; onde se vê, segundo os resultados das differentes observações, que todas eram um tanto idozas, e que, exceptuando muito poucas, eram multiparas.

Causas de forma accidental ou repentina. Depois de se terem enumerado as predisposições para a retroversão uterina, facil é de saber o modo como pode produzir-se este accidente nos cazos em que as causas, que vamos apontar, actuem rapida ou accidentalmente. Assim, pois, se uma mulher qualquer se achar predisposta para este accidente, isto é, se n'ella houver amplitude de bacia, relaxação dos ligamentos largos, se fôr multipara, etc, e se se sujeitar á acção de qualquer das causas que vou enumerar, e que são admittidas pelos auctores como capazes de produzirem rapidamente a retroversão, facilmente n'ella se dá este accidente.

As principaes, e que estão de accordo com os factos observados, são: as pressões exercidas pelas visceras abdominaes sobre a parede anterior do utero, os exforços, exercicios violentos, pan-

caídas, quedas; um passo dado em falso, uma forte compressão sobre o baixo ventre, etc.

Para confirmar a verdade d'esta asserção vou citar alguns cazos observados por varios parteiros, os quaes provam serem estas effectivamente as cauzas mais geraes da retroversão de forma repentina.

Em 12 observações apresentadas por Martin, apenas se encontram 3 em que o apparecimento da retroversão se fez d'um modo lento; nas outras o apparecimento foi rapido; n'uma d'ellas deu-se em consequencia d'um grande esforço que a mulher fez para ajudar a levantar a um homem um pezado sacco de sal; n'outra deu-se tambem rapidamente em consequencia d'uma pancada que levou sobre o ventre, e foi caracterizada logo pela retenção da urina; n'outra teve lugar em virtude de ter dado uma queda, e tambem foi caracterizada pela retenção rapida da urina; n'outra teve lugar em consequencia d'um exercicio violento, e foi caracterizada pela retenção das fezes; n'outras, emfim, deram-se tambem rapidamente sem que fosse possivel marcar com precizão as cauzas fortuitas que lhe deram lugar, e foram caracterizadas da mesma maneira que nos cazos precedentes, pelas retenções tanto da urina como das fezes, e alem d'isso por vomitos, nauzeas, dôres nos lombos e no utero, etc.

D'aqui podêmos, pois, concluir com Négrier, que as cauzas fortuitas da retroversão uterina durante a prenhez podem reduzir-se a duas especies: na primeira incluem-se as pressões de cima para baixo e de diante para traz, exercidas sobre o fundo do utero pelo choque ou pelo pezo d'um corpo exterior, ou sómente pela acção muscular das paredes abdominaes; na segunda, que é mais rara, incluem-se as quedas precipitadas sobre as nadegas ou sobre os pés, as quaes fazem abalar mais ou menos consideravelmente os orgãos contidos na cavidade pelvica.

Além dos factos acima apontados, muitos outros ha registrados na sciencia, e que eu podia mencionar; mas como julgo serem estes bastantes para mostrar a verdade a respeito das cau-

zas fortuitas apontadas, abster-me-hei de os mencionar para passar a occupar-me d'outros assumptos.

Epochas da prenhez em que pode produzir-se a retroversão uterina

Todós os auctores estão de accordo em considerar a retroversão uterina como tendo lugar, em geral, na primeira metade da gestação. Entretanto debaixo do ponto de vista dos signaes, é necessario determinar claramente, por um lado, em que epocha do principio da prenhez este accidente pode produzir-se; por outro, até que periodo dos primeiros tempos da segunda metade será ainda possivel, mas por excepção, observal'o.

Segundo Baudelocque, a madre pode retroverter-se durante os tres ou quatro primeiros mezes. Passado este tempo o seu volume torna-se tal que o deslocamento parece impossivel, porque a largura da madre excede então na maior parte das mulheres a largura da bacia, medida do pubis ao sacro.

Segundo Gardien, a retroversão já não é possivel depois do quarto mez; porque n'esta epocha a largura do utero excede a distancia que vai do pubis ao sacro; donde se vê que tem as mesmas ideas que Baudelocque.

Segundo Boivin, este accidente não se dá senão nos primeiros mezes da gestação, porque o utero goza então de uma grande mobilidade na bacia, onde está inteiramente collocado.

Para Martin tem lugar apenas do primeiro ao terceiro mez.

Outros, porém, admittem a possibilidade da retroversão uterina na segunda metade da gestação, mas excepcionalmente; e, para confirmarem este modo de pensar, citam alguns factos observados por elles; mas que não foram bem averiguados.

Por ultimo apresentarei, a respeito das epochas da prenhez,

nas quaes o accidente pode produzir-se, a opinião de Jacquemier, que é a mais geralmente seguida, por estar mais de accordo com os factos. Diz elle: «observa-se ordinariamente a retroversão durante o terceiro e o quarto mez; algumas vezes tem lugar durante o quinto e o sexto, e as differenças de amplitude da bacia, do volume do ovo, e a sua paragem de desenvolvimento pela morte do fêto, fazem conceber a possibilidade d'este accidente n'uma epocha tão avançada da gestação.»

E' effectivamente isto que está mais de harmonia com os factos; e mesmo a maioria dos parteiros, em relação a este assumpto, diz tambem de harmonia com os mesmos factos: «1.º que a retroversão tem lugar ordinariamente do terceiro ao quarto mez; 2.º que ella pode ter lugar antes d'este periodo, mas raras vezes; 3.º que pode dar-se tambem entre o quarto e o quinto mez, mas menos raras vezes que antes do terceiro; e 4.º que excepcionalmente pode ter lugar mais tarde».

Signaes e marcha da retroversão do utero durante a prenhez

Do mesmo modo que temos descripto duas formas de retroversão com relação ás causas, do mesmo modo tambem admittimos duas formas com relação aos signaes e marcha.

Pelo que diz respeito aos graus da retroversão nem todos os auctores estão de accordo. Assim: uns dizem que se devem admittir tres graus, e denominam primeiro grau aquelle em que ha uma pequena inclinação da madre; segundo, aquelle em que ha uma semi-retroversão ou a retroversão parcial; e terceiro, aquelle em que a retroversão é completa. Outros admittem apenas duas especies, segundo a maior ou menor facilidade que ha em encontrar o orificio uterino; d'este modo chamam retroversão completa, quando o dedo não pode chegar ao orificio; e parcial, quando pode

encontra'lo ainda, quer no centro, quer para o lado do pubis «etiamsi non sine labore».

Além d'estas, ha muitas outras divisões, feitas por diferentes auctores, e d'entre ellas a que parece ser mais geralmente seguida, é a d'aquelles que admittem duas especies ou graus, segundo a maior ou menor inclinação do fundo do utero para a concavidade do sacro, assim como o maior ou menor desvio correspondente do collo.

Signaes e marcha do primeiro grau (inclinação do fundo do utero para traz). O utero está collocado na cavidade da bacia, em relação com diferentes orgãos, e mais ou menos livre segundo o estado da prenhez, assim como d'esses orgãos que o cercam. Por consequente, se por qualquer circumstancia o orgão é obrigado a mudar a sua posição, inclina-se mais ou menos pelo seu fundo para a cavidade do sacro, e tanto mais quanto menos adiantada fór a prenhez (depois de se ter já passado pelo menos o primeiro ou segundo mez), e quanto menor fór tambem o obstaculo que lhe oppõe, tanto a saliencia do sacro, como os outros orgãos circumvizinhos.

Os signaes, que fazem suspeitar n'este grau a inclinação do utero são, segundo Moreau, os da relaxação; as mulheres experimentam um sentimento incommodo no epigastrio; tem abálos nas virilhas e nos lombos, e queixam-se d'um certo pezo sobre o recto. A excreção das urinas e das materias fecaes faz-se difficilmente; conservam-se tambem com difficuldade em pé, e acham-se melhor deitadas. O toque mostra-nos o collo perto do canal da uretra e o fundo ligeiramente inclinado para traz.

Segundo outros, os signaes de maior valór, e que estão mais em harmonia com os factos observados, são: a auzencia de elevação do ventre em mulheres que teem concebido, e que estejam n'um grau um pouco adiantado da prenhez; as dôres na madre, assim como a pressão incommoda no recto; o prolapso uterino, caracterizado pelo abaixamento mais ou menos completo do orificio para fóra da vulva, e que precede constantemente a retroversão; a

maior ou menor sensibilidade no ventre, colicas n'esta parte e na região hypogastrica; etc. Todavia, estes signaes quasi nunca se mostram juntos, nem mesmo servem para caracterizar este accidente no primeiro grau; são muito incertos

Signaes e marcha do segundo grau (retroversão completa). Os signaes d'este grau são, em comparação com os do primeiro, considerados por todos como certos.

Dividem-se em signaes que se observam no momento em que a retroversão se produz, e signaes que só se notam depois d'ella produzida.

Os immediatos manifestam-se ordinariamente em seguida ao esforço ou abalo que a produziu; algumas vezes, porém, observam-se só depois de se tarem passado algumas horas ou alguns dias, mas em todos os cazos uma sensação de dôr incommoda os liga á epocha em que o accidente teve lugar.

Estes signaes, segundo as differentes observações, são: n'uns cazos a cessação rapida da emissão das urinas e das fezes, e o apparecimento de dôres no ventre, lombos e coxas; n'outras ha apenas dôres vagas e uma sensação incommoda ao principio, mas segue-se-lhe immediatamente uma dôr mais fixa no ventre e nos rins, assim como o apparecimento d'um tumor que sahe pelas partes genitales, e que é sem duvida proveniente do prolapso do utero, n'outros, emfim, ainda são menos rapidos os signaes que manifestam o accidente, porque, no momento em que se produz, bem como nos primeiros dias que se lhe seguem, ha apenas uma ligeira constipação de ventre e uma pequena difficuldade de urinar, que são depois seguidas de cólicas violentas e de outros signaes mais ou menos graves, como a sensação de estalido e desarranjo nos órgãos da bacia, etc.

Os que se observam depois que a retroversão se tem produzido, e que continuam em quanto ella durar, são exatamente os mesmos que se notam pouco depois do momento em que se produz; sómente differem em ser um pouco mais intensos. São os seguintes: a retenção da urina; a das materias fecaes no intestino

tanto acima como abaixo do utero retrovertido; dôres lombares, perineaes e abdominaes da maior intensidade, exactamente semelhantes ás que se observam tanto nos falsos partos como nos naturaes; assim como os phenomenos geraes, mais ou menos graves, que acompanham sempre a distensão da bexiga ou do intestino.

O seu valôr não é igual em todos. Assim a maior parte dos auctores estão de accordo em que a retenção das urinas é o signal mais caracteristico, e tanto assim que só por elle se tem chegado a diagnosticar (sabendo previamente o estado da prenhez) este accidente. Os mesmos factos estão de accordo com este modo de vêr, por isso que mostram que, em geral, em todos os cazos de retroversão a bexiga se tem achado tão dilatada que se lhe tem tirado por meio de sondas quantidades muito consideraveis de urina; que o volume do ventre augmentava consideravelmente em consequencia da accumulção d'este liquido na bexiga; e que as autopsias mostravam tambem claramente as alterações que ella soffre assim como as suas dependencias.

A retenção das materias fecaes é tambem um dos signaes que, depois da retenção da urina, tem bastante valôr; não só em consequencia da pressão que as fezes exercem sobre o fundo do utero, mas tambem por cauza da entumescencia do ventre pelos gases, occasionada pela demora prolongada das fezes.

As dôres lombares, perineaes e abdominaes são de grande importancia, porque, pondo de parte os cazos de falsos partos ou de parto natural, poucas vezes são tão intensos como nos de retroversão completa do utero.

Pelo que diz respeito aos phenomenos geraes, observados na retroversão durante a prenhez, temos como principaes o movimento febril, desenvolvimento e força do pulso, agitação consideravel e anciedade, seccura da lingua, fuliginosidades nas gengivas, etc. Todavia, estes phenomenos nem sempre se observam juntos, e variam por isso conforme os cazos. Assim Boivin notou n'um cazo como symptomas principaes as nauzeas, vomitos e febre; outros observaram nas suas doentes a face pallida, pulso fraco

mas não febril, e um pouco depois vomitos; n'outros havia difficuldade de respirar, entumescencia maior ou menor das pernas, sêde e frequencia do pulso; n'outros inappetencia, vomitos biliozos e dyspnêa; etc.

Além d'estes signaes, que constituem os chamados racionaes, ha outros que são obtidos por meio da palpação abdominal, do toque, da auscultação e da vista.

Por meio da palpação abdominal observa-se, nos cazos de retroversão, um tumor duro, pyriforme, que existe na região hypogastrica, e que levanta as paredes d'esta cavidade do pubis para o embigo. Este tumor, que é formado pela bexiga dilatada em consequencia da retenção da urina, depois de esvaziado, deixa mostrar por meio da palpação que o fundo se não acha ao nivel ou acima do estreito abdominal, o que prova até certo ponto que ha uma retroversão.

Os caractéres obtidos tanto pelo toque vaginal como pelo rectal são d'uma alta importancia, porque nos fornecem dados de diagnostico bastante positivos.

Pelo toque vaginal umas vezes apenas se encontra um tumor, que é formado pelo utero retrovertido e que repelle a parede posterior da vagina; outras ha dous tumores, um posterior, e outro anterior que repelle a parede vaginal anterior; o primeiro é o utero retrovertido, e o segundo é formado pela bexiga; n'outras o dedo não encontra o collo ou encontra-o com grande difficuldade acima do pubis; n'outras, emfim, o dedo acha o collo na sua totalidade ou só um dos labios. Além d'isto acontece tambem que muitas vezes o dedo pode, quer através do fundo do utero retrovertido, quer do orificio, reconhecer os caractéres d'um utero em gestação. Todos estes phenomenos são confirmados pelos factos, que se encontram em diversos auctores, e que mostram de sobejo que tudo isto se observa.

Em quanto que pelo toque vaginal podêmos melhor apreciar a posição do collo na parte inferior do longo fundo de sacco, situado detraz do pubis, pelo rectal julgam-se com mais precisão.

os caractéres do tumor formado pela madre. Por este toque a primeira couza que se observa é a pequena distancia a que se acha o tumor uterino acima do anus; e, examinando-se com attenção, vê-se que não está adherente ao intestino, e que é dotado d'alguma mobilidade entre a parede posterior da vagina e a anterior do recto.

Os caractéres obtidos pela auscultação tem muito pouca importancia, por isso que o fêto ainda não está de tal modo desenvolvido que se possam ouvir-lhe os sons cardiacos, e mesmo por que o utero se acha profundamente collocado na excavação e coberto pela bexiga muito dilatada; apenas algumas vezes se ouvem os sons de sôpro.

Os que se obtêm pela vista, e que em geral se observam só nos cazos mais graves, são tambem de algum valôr; d'entre elles, os que mais merecem fixar a attenção, são os seguintes: 1.º uma saliencia muito notavel do perineo assim como dos bordos do anus, que está mais ou menos dilatado e aberto; 2.º a expulsão d'uma parte do recto, sendo a isso obrigado pelo utero; 3.º finalmente, tem-se visto o edêma dos grandes labios, tumefacção do clitoris e dos pequenos labios, um inchaço vaginal bastante espesso, que parece ser proveniente da queda da vagina, o edêma dos membros inferiores, etc.

Ha, além d'estes signaes, outros que são observados quando a retroversão uterina tem chegado ao seu mais alto grau de desenvolvimento.

Em geral os signaes que já mencionei são sufficientes para provar a existencia d'uma retroversão; entretanto, ha cazos em que a doença tem sido abandonada, ou por não haver, nas localidades aonde as mulheres residem, facultativos ou pessoas peritas, ou porque os symptomas não são de tal gravidade que as obriguem a queixar-se. Ha apenas a manifestação dos signaes já mencionados, que continuam por um tempo mais ou menos longo; depois vem a sua aggravação, e é n'estes cazos que ellas se queixam e pedem os auxilios da arte, mas esta é quasi sempre

impotente. A morte é na maior parte dos cazos a unica terminação d'este accidente despresado, e é porisso á autopsia que devemos ir procurar estes signaes da retroversão levada ao mais alto grau.

A autopsia, pois, mostra-nos que a bexiga se acha distendida, e que enche na maior parte dos cazos as regiões umbilical e hypogastrica; a massa intestinal é recalçada para baixo do diaphragma; as paredes da bexiga acham-se algumas vezes duplas em espessura, do que são no estado normal; o recto está mais ou menos perforado, em consequencia da gangrena, e o mesmo acontece á parede posterior da vagina; etc.

Não é só a autopsia que n'este cazo nos fornece signaes; quasi sempre tambem durante a vida se observam alguns n'este grau da retroversão, que não são mais que os já mencionados a proposito dos outros graus, só um pouco mais exagerados.

Diagnosticos differencial da retroversão do utero gravido com as doenças que podem simulal'a

Não posso entrar aqui no diagnosticos differencial da retroversão do utero durante a prenhez com todas as doenças com que tem sido comparada na pratica. Pois que ha de semelhante entre a retroversão e uma affecção nervosa? Que semelhança ha tambem entre ella e uma hernia? etc.

Limitar-me-hei, pois, a fallar dos diagnosticos differenciaes seguintes:

1.º Diagnostico entre a retroversão uterina durante a prenhez e os tumores fibrosos intra-uterinos n'uma madre sãa ou re-trovertida.

2.º Diagnostico entre a retroversão e os tumores communs á excavação da bacia e á cavidade abdominal, ou especiaes só á excavação.

3.º Diagnostico entre a prenhez simples complicada de retenção da urina, e a prenhez com retroversão.

4.º Diagnostico entre a retroversão durante a prenhez normal e o mesmo accidente durante a prenhez molar.

5.º Diagnostico entre a retroversão no estado de vacuidade e o mesmo accidente no estado de gestação.

6.º Diagnostico entre as prenhez extra-uterinas e a retroversão na prenhez normal.

7.º Diagnostico entre a retroversão e o hematocele retro-uterino.

8.º Diagnostico com a pelvi-peritonite.

9.º Diagnostico com a prenhez n'um utero duplo.

Em quanto ao primeiro, como em geral se observa nos cazos de tumores fibrosos uma certa flexibilidade do corpo e do collo do utero, devida ás hemorragias, exactamente igual á que se observa nos cazos de prenhez real; como tambem o collo nos cazos de tumores fibrosos, especialmente nas multiparas, se acha mais ou menos dilatado, etc, pode facilmente haver confusão n'este diagnostico. Todavia, ha certos dados de que geralmente se lança mão para tirar as duvidas, e para, por conseguinte, se estabelecer o diagnostico differencial d'estes estados. São os seguintes: hemorragias repetidas ou a persistencia das regras nos cazos de tumores fibrosos, e a sua falta na prenhez; marcha mais lenta dos accidentes da retroversão, devida á lentidão com que se desenvolvem os tumores fibrosos, comparativamente com o estado do utero durante a prenhez; dureza do tumor uterino sem fluctuação apparente; estado resistente do collo comparado com a sua molleza no terceiro ou quarto mez da gestação; auzencia do som de sópro nos cazos de tumor fibroso, e a sua presença em bastantes de retroversão na prenhez; e, interrogando as doentes, pode-se saber pouco mais ou menos que tempo tem o tumor no ventre ou na vagina, e deste modo esclarecer bastante o diagnostico.

No segundo pode haver algumas duvidas; porque, umas vezes as hydropisias dos ovarios, outras os tumores que se desenvolvem en-

tre o recto e a vagina e que enchem a cavidade pelvica, etc, podem muito bem simular uma retroversão uterina durante a prenhez, como tem acontecido a bons praticos, em que se encontram as historias dos cazos. Entretanto, para tirar as duvidas a este respeito, e para poder-se estabelecer d'um modo mais ou menos claro o diagnostico differencial, podem empregar-se os signaes seguintes: 1.º a retenção da urina, que falta raras vezes na retroversão durante a prenhez; o desenvolvimento rapido do tumor formado pela bexiga na cavidade abdominal n'este mesmo cazo, e a lentidão de desenvolvimento do tumor formado pela hydropisia ovarica, tiram a respeito d'este ultimo toda a confusão; 2.º nos cazos de retroversão o dedo mettido na vagina passa perfeitamente por detraz do pubis e encontra mesmo algumas vezes o collo do utero, ao passo que nos cazos dos tumores desenvolvidos entre a vagina e o recto ou em outros pontos da bacia não pode passar por aquella parte, ainda que pode encontrar o collo algumas vezes; 3.º e ultimo, na hydropisia ovarica e nos tumores pelvicos ha uma completa independencia do utero com os órgãos que o cercam, e que estão doentes. Além d'estes, ha varios outros signaes relativos á retroversão, dos quaes já tratei em outro lugar, que tiram as duvidas que possa haver a este respeito, assim como do terceiro cazo de diagnostico differencial, que acima apontei, que é tambem baseado nos signaes da retroversão.

No quarto cazo de diagnostico temos como signaes principaes: 1.º que a parte posterior do utero, nos cazos de prenhez molar, é muito molle, pastosa e sem fluctuação; 2.º que esta molleza e estado pastoso do utero lhe permitem moldar-se sobre o contorno da excavação; e 3.º que os accidentes da prenhez molar não são tão urgentes como os da retroversão com prenhez normal, por isso que as doentes podem passar melhor até uma epocha um pouco adiantada da prenhez.

No quinto cazo os dados de diagnostico são os seguintes: 1.º o utero no estado de vacuidade não tem o mesmo volume que na gestação, salvo se n'elle se derem alterações organicas na va-

cuidade; 2.º na prenhez a retenção da urina é muito maior que no cazo de vacuidade ; e, quando não existe urina retida na bexiga, póde-se mais facilmente tirar as duvidas, medindo e apalpando o utero; e 3.º o apparecimento ou a continuação das regras na vacuidade e a sua falta na prenhez.

No sexto cazo é pouco facil estabelecer o diagnostico differencial, porque muitas vezes o sacco extra-uterino póde collocar-se entre o recto e a vagina ou entre o utero e a bexiga, e apresentar este estado todos os caractéres d'uma verdadeira retroversão. Todavia, podêmos, attendendo aos seguintes dados, estabelecer as suas differenças, e por consequencia o diagnostico. Em primeiro lugar é necessario remontar á cauza que produz a retroversão; é repentina na maior parte dos cazos, e o accidente é, por assim dizer, agudo na retroversão e chronico na prenhez extra-uterina. Em segundo lugar a retenção da urina na prenhez extra-uterina quasi nunca chega ao mesmo grau que na retroversão. Por ultimo, a direcção do utero na retroversão é differente da que se observa na generalidade dos cazos de prenhez extra-uterina; porisso que na retroversão é sempre no sentido do diametro antero-posterior que o collo e o fundo do utero se acham, ao passo que na prenhez extra-uterina varia muito, conforme o lugar que o fêto occupa. Os mesmos movimentos do fêto, assim como d'algumas de suas partes, são mais facilmente presenciados nos cazos de prenhez extra-uterina, por cauza da pouca espessura das paredes do kysto.

Em quanto ao setimo cazo, o diagnostico ainda que seja actualmente muito pouco preciso, nem porisso é de grande importancia, porque rarissimas vezes se encontra. Eu apenas acho citado um cazo de hematocele peri-uterino, que foi tomado por uma prenhez com retroversão, pela semelhança que estes estados apresentam já em quanto ao começo, já em quanto á marcha, etc. Entretanto, marquei os signaes differenciaes que vem mencionados ácêrca d'este cazo, e que foram notados na autopsia. O utero estava dilatado, mas sem fêto, e existia entre elle e o recto um enorme

sacco, que continha uma libra de sangue, depois de se lhe ter já tirado pela punção do tumor dous litros e meio. Independentemente d'aquillo que a autopsia forneceu, pode notar-se ainda que nos cazos de hematocele os symptomas geraes são muito mais intensos ao principio da doença que nos de retroversão; que o corpo do utero gravido em retroversão nunca chega á mesma altura que o hematocele no cazo já citado, em que o tumor passou algumas pollegadas acima do embigo e se estendeu inferiormente para a vulva e recto; e que o hematocele é bastante independente dos orgãos visinhos.

O diagnostico do oitavo cazo é facil de estabelecer; pois que nos cazos de pelvi-peritonite o tumor é duro ao principio e pouco espesso, ao passo que na retroversão é logo ao principio o que será depois de passado algum tempo; na pelvi-peritonite o tumor formado na excavação pelvica está como moldado á forma do fundo de sacco vaginal, e envolve o utero que desloca umas vezes na totalidade para a direita ou para a esquerda, outras só em parte no mesmo sentido; na retroversão o deslocamento raras vezes é parcial, e dá-se só no sentido antero-posterior no meio da excavação; na pelvi-peritonite o tumor nunca passa acima da excavação, do mesmo modo que na retroversão, havendo por este lado analogia d'estes dous estados, mas nunca se abaixa tanto para a vulva e vagina como no ultimo cazo; finalmente a retenção da urina, quando existe, não tem na pelvi-peritonite os mesmos caracteres que na retroversão.

Em quanto ao ultimo cazo, nada direi relativamente ao seu diagnostico differencial, porque é muito raro. Apenas se acha referido um cazo e esse mesmo incompleto, porisso que vem só mencionado, sem a sua competente descripção.

Prognostico duração e terminação da retroversão do utero durante a prenhez

Este accidente durante a prenhez é um dos que mais merece chamar a attenção do medico. E' por conseguinte necessario remediar immediatamente a mais ligeira retenção de urina, assim como qualquer constipação pertinaz do ventre; porque, como já disse em outro lugar, são uma das cauzas mais ordinarias da inclinação do utero para traz; é necessario tambem oppôr-mo-nos aos deslocamentos uterinos no estado de vacuidade, bem como aos prolapsos d'este orgão nos primeiros mezes da gestação, porque entretêm e indicam a laxidez dos seus ligamentos que a gestação ainda mais augmenta; impedir os exercicios um pouco violentos, porque podem ser uma cauza occasional do desvio total; e por ultimo desviar todas as pressões artificiaes feitas de cima para baixo sobre as paredes abdominaes, porque tendem a recalcar os orgãos do ventre para a excavação pelvica.

A retroversão de forma repentina é tanto mais grave quanto mais avançada fór a prenhez, porque então o utero encontra no angulo sacro-vertebral uma resistencia maior; ao passo que no segundo ou terceiro mez, em que elle está pouco acima ou ao nivel d'este angulo, é mais facilmente recalcado para a excavação, sem serem precisos grandes exforços. N'este accidente ainda augmenta a gravidade com as recaídas nas prenhezes seguintes.

Pondo de parte as cauzas do accidente assim como a epocha em que se produz, a gravidade está ainda na razão directa da intensidade dos phenomenos produzidos pela retenção da urina. Esta retenção não tem só por effeito augmentar a gravidade da doença por si mesma e pelas desordens que resultam d'uma distensão consideravel da bexiga; tem ainda por fim completar a retroversão, quando se produz lentamente, exageral'a cada vez mais pela pressão que a bexiga exerce sobre o fundo e face anterior do

utero, e mais tarde trazel'a ao seu grau mais grave, que é quando o fundo vem para o anus, perineo e vulva, pelos exforços sem resultado que fazem muitas vezes as mulheres para esvaziar os contentos da bexiga.

A duração varia muito, e está, da mesma maneira que a gravidade, em relação com a retenção da urina. Assim, se a retenção é incompleta, os accidentes são menos graves, e a doença pôde continuar por espaço de 12, 20 e 25 dias sem prejudicar muito a doente; mas, se ella é completa, os accidentes tornam-se mais graves, e n'este cazo é necessario recorrer aos meios apropriados o mais cedo possivel, para que a doente não seja victima.

A retenção das materias fecaes tanto acima da madre retrovertida, no S iliaco, como abaixo, no recto, tem tambem alguma gravidade. Esta, porém, não é tão consideravel como a retenção da urina na retroversão de forma repentina, porque a accumulção das fezes, fazendo-se lentamente, não pode exercer uma pressão tal sobre o utero que o retroverta mais depressa. No cazo em que o accidente se produza lentamente pode ter bastante influencia, muito especialmente por se oppôr á sua redução.

Os exforços, que as mulheres fazem para expulsar o corpo estranho representado pela madre teem bastante influencia na gravidade da doença; pois que desenvolvem uma força muito consideravel, exactamente igual á do segundo periodo do parto natural; e esta pode, como todos sabem, dar lugar a rupturas de órgãos mais ou menos importantes, como a bexiga, os vasos, etc.

A duração e os modos de terminação da doença variam em razão da importancia dos accidentes acima mencionados, e não pode por conseguinte marcar-se á doença, debaixo do ponto de vista da duração, um termo ou uma marcha determinadas.

O deslocamento é pouco perigoso quando recente, e a redução é facil. A duração está em relação com o termo da prenhez, e com a maior ou menor rapidez da introducção do utero no eixo do estreito abdominal. A terminação tem assim lugar naturalmente pela cura sem aborto. O perigo, pois, augmenta com a antiguidade

da doença e com os accidentes que sobrem aos outros órgãos visinhos, e que actuam d'um modo mais ou menos directo sobre o utero.

Quando o deslocamento é completo ha a temer: em primeiro lugar o aborto; em segundo a inflamação do peritoneo; em terceiro uma ruptura ou gangrena da bexiga; e em quarto a ruptura do utero ou a sua destruição parcial tambem pela gangrena, bem como a sua abertura no intestino recto ou na vagina; sendo, todavia, de todas estas terminações o aborto a mais frequente.

A morte é bastantes vezes a consequencia da retroversão durante a prenhez. Pode provir de differentes circumstancias: ou porque a peritonite seja muito intensa; ou porque a gangrena seja muito consideravel; já mesmo porque as rupturas do utero dêem lugar a hemorragias muito abundantes; já ainda pelas rupturas repentinas e pela gangrena da bexiga; etc.

Do tratamento da retroversão uterina durante a prenhez e dos cuidados consecutivos que reclama

O tratamento da retroversão do utero é muito complexo, e isto é proveniente da natureza tambem complexa dos accidentes da doença. Consiste em combater estes accidentes um depois do outro ou um juntamente com outro. Começaremos por expôr as indicações, e descreveremos em seguida os meios que se empregam para chegar a preencher'as.

Segundo a opinião de todos os cirurgiões e parteiros a primeira couza que tem de fazer-se é esvaziar a bexiga, que nos cazos de retroversão uterina está mais ou menos repleta. Esta indicação tem, dizem elles, por fim: 1.º tirar um obstaculo, que se oppõe á redução; 2.º diminuir os soffrimentos das doentes; 3.º impedir os exforços de expulsão que exageram o mal, e estorvam

as manobras da redução; e 4.º servir muitas vezes só de per si de remedio á doença, porque tem acontecido que, depois da evacuação successiva das urinas, a redução se faz por si mesma. Entretanto, algumas pessoas teem praticado a redução sem esvaziar previamente a bexiga e com bom resultado; mas não devem imitar-se, porque muitas vezes os perigos são graves, e é necessario depois recorrer á evacuação d'ella, tendo-se antes feito tentativas infructuosas.

A segunda indicação é facilitar a expulsão das materias fecaes.

A terceira consiste na redução do tumor uterino; e tem-se para isso empregado diferentes processos, como logo veremos.

A quarta consiste em impedir a volta da retroversão, e em levar a prenhez ao seu termo.

A primeira indicação, a de evacuar a urina contida na bexiga para facilitar a redução, acha-se muito claramente mencionada em Aetio e Rodrigo de Castro, que tira a sua citação a este ultimo: *Urina etiam moveatur, non quidem diureticis, sed mictione saepiuscule sponte tentata, quippe, vacuo intestino ac vesica, uterus qui inter hasce partes naturalem situm obtinet, melius in suo loco continetur.* Entretanto, cazos ha citados por diferentes auctores, em que a evacuação não foi possível em consequencia das difficuldades do catheterismo. Para remediar estes inconvenientes, e para podêrmos obter facilmente a evacuação da urina, temos a regular-nos pelos seguintes preceitos:

1.º Posição da mulher; exame do meato urinario.—A doente deve estar deitada sobre o bordo do leito, com as nadegas elevadas, as coxas e pernas convenientemente dobradas e apoiadas como para a introdução do speculo; devem afastar-se-lhe largamente os pequenos e os grandes labios com os dedos, para poder descobrir o canal da uretra; e, quando d'este modo não seja possível descobri-lo, introduz-se o dedo indicador da mão esquerda na vagina o mais alto possível, e puxa-se para baixo e para diante por detraz do pubis o meato urinario até alli invisivel. Este tem geral-

mente a forma de fenda um pouco extensa no sentido antero-posterior. Quando o meato não possa descobrir-se, pratica-se o catheterismo, guiando a sonda sobre o dedo indicador, e introduz-se a ponta d'ella na parte media da parede anterior da vagina; porque nos cazos em que se não possa encontrar o meato, as paredes d'aquelle canal estão de tal modo delgadas e distendidas que o meato quasi se acha na parte media da parede anterior do dito canal.

Alguns cazos ha, porém, em que a urina sahe sem ser necessario recorrer á sonda, e os meios que então se empregam são um pouco diversos. Umas vezes basta exercer uma ligeira pressão sobre o ventre; outras deslocar o collo uterino com o dedo; etc.

2.º Escolha da sonda. — Quando o meato urinario está á vista é facil introduzir a sonda no canal da uretra; mas na retroversão uterina muitas vezes a introducção é difficil e até ás vezes impossivel, em consequencia dos obstaculos que se encontram, como o achatamento da uretra e outros, e n'este cazo então é preciso escolher as sondas mais convenientes para este fim. D'entre ellas as que melhor o preenchem são as molles de gomma elastica, porque com ellas não só se não perfuram as paredes da uretra, dando assim lugar a falsos caminhos, mas tambem porque sendo um pouco compridas chegam, moldando-se á forma da uretra, com mais facilidade á bexiga, que se acha a maior distancia na retroversão. E' tambem para conseguir melhor este fim que se empregam de preferencia as sondas de homem, porque chegam mais facilmente á bexiga, e porque não incommodam tanto as doentes como as de mulher.

Para as introduzir na uretra do modo mais conveniente, colloca-se a mulher na posição já indicada, e fazem-se irrigações de agua tepida no interior da sonda. Os movimentos devem ser feitos torneando, levantando-se previamente o collo do utero, vascolejando o fundo e collocando a mulher depois na posição em que urine melhor. Deve deixar-se estar introduzida na uretra todo o tempo preciso para evacuar completamente a urina.

3.º Puncção da bexiga. — Alguns têm querido aconselhar

a punção da bexiga como meio preparatorio para a redução; mas hoje está completamente abandonada.

4.º Consequencia da evacuação. — Todos os auctores estão de accordo em que a evacuação da urina é muito vantajosa, porisso que os factos provam que n'um grande numero de cazos a redução se faz espontaneamente, depois da evacuação só das urinas, pelo emprego muitas vezes repetido da sonda, e collocando as mulheres n'uma posição conveniente.

Vê-se, pois, que a evacuação tem por consequencia não só fazer com que a redução se opere espontaneamente, mas tambem com que as manobras d'essa redução, pelo emprego dos meios da arte, não sejam estorvadas, etc.

A segunda indicação, a de evacuar as materias fecaes contidas tanto acima como abaixo do utero retrovertido, pode preencher-se por differentes processos e meios; mas abster-me-hei de os mencionar todos, para poder dizer algumas palavras ácerca do que é mais geralmente empregado nos cazos da retroversão uterina na prenhez. Os clysteres são os que se empregam de preferencia em todos os cazos, porque são os meios mais innocentes e mais simples. Para os administrar escolhe-se uma longa canula que possa ser levada com facilidade acima do angulo sacro-vertebral. Se esta canula não pode ser introduzida no recto directamente, como se observa em muitos cazos, abre-se um caminho com o dedo dirigido no anus e sobre tudo para o lado da excavação. Se este meio ainda não produz o resultado desejado, lança-se pela canula no recto uma emborcação fria, deixando aquella e o dedo no recto; depois, durante este tempo, tenta-se levar a canula pelo caminho aberto pela emborcação. Continuam-se as emborcações, e deixa-se a canula no recto para as continuar pelo dia adiante.

E' bom tambem n'estes cazos juntar á agua do clyster um liquido oleozo ou mucilaginozo para facilitar a sahida das materias fecaes ainda duras. Recommenda-se tambem o emprego interno dos purgantes, e escolhem-se sempre de preferencia os doces, como o oleo de ricino.

Para preencher a terceira indicação tem-se empregado também diferentes methodos, e d'entre elles o primeiro, chamado *methodo de reducção com os dedos*, pode fazer-se por quatro processos.

O primeiro, chamado *processo antigo*, consiste em introduzir dous dedos no recto, depois de ter collocado a doente de modo que fique com os cotovêlos e joelhos sobre o leito; os dedos devem estar com a face dorsal voltada para o sacro, e a palmar para a vulva. Feito isto repelle-se o fundo da madre e dirige-se para o embigo e pubis, para não ir de encontro ao promontorio. No emprego d'este processo ainda aconselham muitos parteiros que, durante as manobras da reducção, se colloquem os dedos da outra mão no pubis, para impedir que o collo se eleve mais para diante.

O segundo, de *Gregorio*, consiste em fazer a reducção com quatro dedos; dous d'uma das mãos são introduzidos na vagina, e dous da outra no recto. Este processo tem sido contestado por alguns, considerando-o como impraticavel; pois que, dizem elles, não é possivel praticar a reducção depois de introduzidos os quatro dedos das duas mãos, uns na vagina, e outros no recto, porque as manobras d'uma estorvam as da outra, e mesmo porque os dedos não podem chegar a alturas taes que seja possivel pratical'a. Entretanto, ha outros que dizem tel'o empregado com bom resultado, e para isso mandam collocar as mulheres nas posições mais convenientes, como vamos vêr, e empregar as manobras, que logo indicarei.

Pelo que diz respeito ás posições, dizem uns que a melhor consiste em collocar a mulher apoiada sobre os cotovêlos e joelhos; outros, porém, dizem que esta posição é intoleravel e incommoda e que deve porisso collocar-se de costas, com a cabeça abaixada sobre o peito, as coxas approximadas do ventre, e a bacia elevada por uma almofada. N'este estado, dizem elles, os musculos do abdomen estão em relaxação; as visceras d'esta cavidade são arrastadas contra o diaphragma pelo seu proprio pezo, e não fazem pressão sobre a madre.

Manobras. — Untam-se os dedos, que tem de introduzir-se no recto e na vagina, com um corpo gordo; escolhe-se a mão direita para manobrar no recto, porque é alli que tem de desenvolver-se mais força; e, quando os dous dedos estão introduzidos, enterram-se o mais profundamente possível entre o sacro e o tumor, levando a face palmar para diante; mettem-se depois os dous dedos da mão esquerda na vagina, e chega-se ao collo, seguindo o canal estreito situado detraz do pubis; accommoda-se a face dorsal dos dedos á ligeira curvatura dos ossos; e obra-se por ultimo simultaneamente sobre o fundo do utero, repellindo-o para cima na direcção do embigo, seguindo o eixo do estreito superior, e sobre o collo, trazendo-o para o centro da excavação.

Esta manobra foi modificada por Capuron, attendendo ás dimensões geometricas da bacia. A modificação consiste em dirigir o fundo do utero, não directamente para cima, mas de lado ao principio, no sentido da symphyse sacro-iliaca; e o collo no da cavidade cotyloidea do lado opposto.

O terceiro, de *Amussat*, é apenas uma modificação na manobra do processo antigo. Os exames, que este auctor fez sobre a exploração do recto, lhe ensinaram que se pode levar o dedo até perto do angulo sacro-vertebral e chegar mesmo ás grossas arterias da bacia, carregando no cotovêlo da mão que se introduz com a outra mão ou com a ilharga correspondente, de modo que se deprima fortemente o perineo e a margem do anus.

A posição, que julga mais conveniente para a paciente, consiste em a collocar deitada no bordo do leito, com a cabeça voltada para traz sobre travesseiros, as pernas afastadas e os pés apoiados em duas cadeiras.

Para a execução da manobra introduz-se no recto o indicador da mão direita, apoiando o cotovêlo sobre a ilharga, e penetra-se o mais alto possível para o lado da symphyse sacro-iliaca. Se a introdução se não faz até uma certa altura, a pressão exercida sobre o utero o faz deprimir como uma bexiga ou um kysto cheio de liquido; pelo contrario, penetrando muito acima pode

passar-se por detraz d'elle da direita para a esquerda ou da esquerda para a direita. Para o indireitar deve carregar-se energicamente ora para cima e para diante, se não ha obstaculos, ora por um movimento de torsão da direita para a esquerda e depois da esquerda para a direita no sentido dos obstaculos.

N'esta manobra os exforços que a mulher faz tendem a abai-xar o collo, pois que o corpo está fortemente sustentado atraz com o dedo ou dedos que o repellem.

O quarto, de Martin, consiste em fazer a reduçãõ, intro-duzindo os dedos na vagina.

N'este processo a mulher deve estar deitada de costas no seu leito, com as pernas dobradas sobre as coxas, e estas appo-ximadas do ventre; a cabeça abaixada sobre o peito, e a bacia ele-vada por uma almofada.

Para a manobra introduzem-se os dedos indicador e medio na vagina, previamente untados com oleo; dirigem-se para traz e para baixo do tumor formado pelo utero, e levanta-se este em seguida gradualmente com força. No momento em que a madre retoma o seu lugar ordinario, ouve-se algumas vezes um som se-melhante ao que dá o gatilho d'uma espingarda; outras, porém, o som é de assobio, devido á entrada repentina do ar no fundo da vagina por baixo do tumor.

O segundo methodo, chamado *methodo de reduçãõ da re-troversão uterina com quatro dedos ou com toda a mão*, pode fa-zer-se por tres processos.

O primeiro consiste em introduzir toda a mão na vagina, e não pode applicar-se senão ás multiparas ou ás mulheres que tenham a vagina bastante larga.

As precauções preliminares, que no emprego d'este processo devem ter-se, reduzem-se a introduzir na vagina uma infusão aquosa de opio, ou lançar no fundo d'este conducto e em volta da parte encravada uma pomada de meimendro ou belladona, com o fim de livrar a paciente das dôres assim como das irritações das partes, produzidas pela manobra. Hoje, porém, uza-se do chloro-

formio e com razão nos cazos precipitados, porque a experiencia tem mostrado os bons resultados do seu emprego. Esta precaução é ainda indispensavel para annullar todos os esforços da mulher.

A posição mais conveniente, segundo a maior parte dos auctores, é aquella em que a mulher está deitada de costas com as pernas e coxas afastadas e um pouco dobradas, a bacia um tanto elevada por almofadas e a cabeça inclinada para a parte anterior do tronco.

As manobras devem fazer-se com a mão direita untada com oleo. Introduz-se na vagina como para a manobra da versão, quer disposta em cone, quer introduzida dedo a dedo. Quando a extremidade dos dedos tem passado a vulva, dirige-se immediatamente para traz na direcção da curvatura do sacro e para baixo do tumor, com a face dorsal voltada para baixo; recalcam-se com esta face e com as extremidades dos dedos as partes molles do perineo e da bacia, e faz-se por ultimo um certo esforço para introduzir os dedos por traz do tumor, agarral'o com toda a mão e fazel'o subir gradualmente e sem violencia.

O segundo processo consiste em introduzir tres, quatro dedos, ou toda a mão no recto. Ha muitas vezes n'este cazo impossibilidade de praticar a redução em consequencia da difficuldade que se encontra em fazer a introdução dos dedos ou da mão no recto; entretanto, nos cazos em que seja possivel introduzil'a é este, dizem quasi todos, o processo que deve empregar-se de preferencia aos outros, em attenção á posição da madre na excavação da bacia.

Para a sua execução temos a attender em primeiro lugar á posição da mulher. A mais conveniente é aquella em que está debruçada no leito sobre os joelhos e cotovêlos, de modo que o operador se colloque por traz, depois de se lhe ter applicado o chloroformio, e de a ter sustentado por dous ajudantes.

Em segundo lugar devem praticar-se as manobras. Estas consistem em introduzir com precaução no recto primeiro um dedo, depois dous, em seguida tres, e por ultimo toda a mão, dirigindo-a com a face dorsal voltada para a metade posterior da bacia;

seguir com o seu dorso a face anterior do sacro; abraçar o tumor com toda ella, e leval'o para diante e para baixo de modo que chegue ao seu lugar primitivo.

O terceiro consiste em fazer a redução introduzindo toda a mão na vagina, e operando com o punho fechado. Este processo, que pertence a Négrier, era por elle empregado com o fim de evitar as contracções intempestivas e os descollamentos da placenta, que têm lugar muitas vezes, quando se empregam os outros processos, por se fazerem as pressões com superficies muito estreitas.

E' preciso empregar o chloroformio antes de se começar a operação, e collocar a paciente deitada de costas sobre o bordo do leito, com as coxas afastadas, as nadegas elevadas e os pés apoiados em duas cadeiras ou sustentados por dous ajudantes.

Para a execução das manobras colloca-se a mão direita na vulva com o dorso voltado para traz. Repelle-se ao principio com a extremidade dos dedos a porção mais baixa do utero, para formar um espaço sufficiente que aloje toda a mão, o que pede algum tempo e cuidado. Quando ella está introduzida na vagina, fecha-se e volta-se fortemente na supinação, collocando o pollex no mesmo plano dos outros dedos. Apoia-se o cotovêlo sobre o leito para que se torne o eixo do movimento communicado ao antebraço e á mão. Levanta-se em seguida o utero debaixo para cima e de traz para diante com o fim de o fazer subir na direcção da grande bacia, obrando-se com lentidão, força e cuidado.

O terceiro methodo, é chamado *methodo de redução com instrumentos*. Para o empregar tem-se imaginado diversos instrumentos; e d'entre elles, os que a maior parte dos auctores mencionam, são: a baqueta d'Evrat, que é semelhante á d'um tambor, só com a differença de ser um pouco mais pequena e delgada; a espatula de A. Petit, que obra como uma alavanca introduzindo-se no recto; o pessario de gomma elastica de Baudelocque, que se mette no fundo da vagina; a bexiga cheia de agua ou ar e que se introduz no recto; etc. Entretanto, aquelle de que melhores resultados se tem obtido é a baqueta d'Evrat, que deve empregar-se depois

de se ter chloroformizado a doente, e de a ter collocado na mesma posição que tem quando se empregam os processos de redução com os dedos introduzidos no anus.

Para as manobras leva-se com precaução a baqueta formando tampão ao interior do recto. Introduzem-se ao mesmo tempo dous dedos na vagina para abaixar o collo; faz-se uma pressão lenta e gradual com a baqueta; e encarrega-se um ajudante de collocar a mão sobre o abdomen para vigiar a ascensão do tumor uterino á medida que o instrumento o endireita.

Além dos methodos e processos de que acabo de fallar, ha outros meios, que se têm empregado para remediar a retroversão uterina durante a prenhez. Estes são as chamadas *operações sanguinolentas*. Limitar-me-hei a indicá-las, porque estão quasi completamente banidas, em attenção aos resultados sempre ou quasi sempre desfavoraveis, que da sua applicação se tiram. Só nos casos extremos, e depois de frustrados todos os outros meios, é que se recorre a estes como mais perigosos.

A primeira é a punção do utero. Tem sido feita pela introdução do trocarte quer pelo anus, quer pela vagina, de modo que penetre as paredes uterinas, para que, depois da evacuação dos liquidos amnioticos, o utero se reduza com mais facilidade, em consequencia da diminuição do seu volume.

A segunda é a symphyseotomia; a terceira a gastrotomia; e a quarta o aborto provocado. Entretanto, como já disse, estes meios rarissimas vezes se empregam, e por isso limito-me só a indicá-los.

Para preencher a quarta e ultima indicação, isto é, com relação aos cuidados consecutivos ao tratamento da retroversão, temos em primeiro lugar de impedir que ella se repita; em segundo obstar a que se produzam os abortos; e por ultimo oppor-mo-nos contra as inflamações consecutivas ás manobras de redução um pouco violentas. Porém, de todos estes accidentes ha um apenas que merece uma attenção especial, e é a recaída da retroversão.

Para a evitar ordenar-se-ha á paciente o repouzo no leito durante muitos dias ou mesmo semanas. Este repouzo é util não só

para prevenir a retroversão, mas também para remediar, quer os accidentes da metro-peritonite, quer as pressões sobre o recto, que persistem alguns dias depois da redução. A posição deve ser de costas por ser menos incommoda.

Se a retroversão tem lugar antes do terceiro mez é util também applicar no recto uma bexiga cheia de agua ou ar. Devem evitar-se todos os esforços que a doente costuma empregar para esvaziar o recto e a bexiga, e se ella urinar com difficuldade é util tirar-lhe as urinas com uma sonda.

Juntarei e terminarei dizendo que a recaída da retroversão é bastante rara, e que nos cazos em que se dá é facil tornar a reduzir-se. D'este modo a gestação pode levar-se ao fim, ainda que hajam alguns cazos de aborto, como mostram as estatisticas, que dizem que em 39 cazos se deram 8 abortos depois da redução.

FIM

PROPOSIÇÕES

1.^a ANATOMIA. — A membrana hyaloidea, negada por muitos anatomicos, existe e contem o humor vitreo.

2.^a PHYSIOLOGIA. — O olho no estado normal é perfeitamente achromatico.

3.^a PATHOLOGIA EXTERNA. — Nas feridas, o ar é um agente nocivo; porque obra como um corpo estranho, e pela sua acção pode alterar as qualidades do pus.

4.^a PHARMACOLOGIA GERAL. — A classificação pharmacologica fundada sobre os efeitos physiologicos dos medicamentos é a mais racional e conveniente para o estudo da Materia Medica.

5.^a MEDICINA OPERATORIA. — Nas amputações deve preferir-se a reunião immediata á mediata.

6.^a PATHOLOGIA INTERNA. — A febre typhoide é contagiosa.

7.^a ANATOMIA PATHOLOGICA. — Ha pus preexistente á formação da membrana pyogenica.

8.^a PARTOS — A operação cezarianna só deve praticar-se depois que se tiver a maxima probabilidade da morte da parturiente.

9.^a HYGIENE. — O estado actual das cadêas em Portugal não está d'harmonia com a hygiene e com a moral.

Approvada

Pedra Augusta Dias,
Presidente.

Pode imprimir-se
PORTO, 22 DE JUNHO DE 1867.

Antonia Ferreira Braga,
Servindo de Director.