

A ESTERILIDADE

:: NA MULHER ::

177/4 FMT

IV

ABILIO DE DEUS PEREIRA DO LAGO E COSTA

A esterilidade  
na mulher

TÉSE DE DOUTORAMENTO

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina do Pôrto

|||  
—————  
**ABRIL - 1919**  
—————  
|||

: COMPOSTO E IMPRESSO NA :  
PAPELARIA E TIPOGRAFIA AZEVEDO  
18, LARGO DOS LÓIOS, 20 - PORTO

177/4 FMP

# Faculdade de Medicina do Pôrto

DIRECTOR

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

SECRETÁRIO

Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

PROFESSORES ORDINARIOS

Augusto Henrique de Almeida Brandão . . . . .	Anatomia patológica.
Vago . . . . .	Clinica e policlinica obstetricas.
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos . . . . .	Historia da Medicina. Deontologia medica.
João Lopes da Silva Martins Junior	Higiene.
Alberto Pereira Pinto de Aguiar . .	Patologia geral.
Carlos Alberto de Lima . . . . .	Patologia e terapeutica cirurgicas.
Luis de Freitas Viegas . . . . .	Dermatologia e Sifilografia.
José Dias de Almeida Junior . . . .	Pediatria.
José Alfredo Mendes de Magalhães .	Terapeutica geral. Hidrologia medica.
Antonio Joaquim de Souza Junior .	Medicina operatoria e pequena cirurgia.
Tiágo Augusto de Almeida . . . . .	Clinica e policlinica medicas.
Joaquim Alberto Pires de Lima . . .	Anatomia descritiva.
José de Oliveira Lima . . . . .	Farmacologia.
Álvaro Teixeira Bastos . . . . .	Clinica e policlinica cirurgicas.
Antonio de Souza Magalhães e Lemos	Psiquiatria e Psiquiatria forense.
Manoel Lourenço Gomes . . . . .	Medicina legal.
Abel de Lima Salazar . . . . .	Histologia e Embriologia.
Antonio de Almeida Garrett . . . . .	Fisiologia geral e especial.
Alfredo da Rocha Pereira . . . . .	Patologia e terapeutica medicas.
Vago . . . . .	Clinica das doenças infecciosas.

PROFESSORES JUBILADOS

José de Andrade Gramaxo.  
Pedro Augusto Dias.

A Escóla não responde pelas doutrinas expendidas nesta tése.

(*Regulamento da Escóla*, de 23 de Abril de 1840, art. 155.º)

## Ao meu bom Pae

É esta a única recompensa que posso  
dar aos sacrificios que por mim fizestes.  
Eterna gratidão do vosso filho

*Abilio.*



À saudosa memoria

de minha querida Mãe

Quizera eu abraçar-vos neste momento.  
Tão cheia de carinho, querida mãe, deixastes-me a tristeza para estes momentos que só deviam sêr de alegria.

Eterna saudade do vosso filho

*Abilio.*



Á minha querida irmã

Beatriz

É esta a ultima prova do teu grandioso  
esforço.

Eternamente reconhecido.

A meus irmãos:

P.º Manoel Mathias Pereira do Lago e Costa  
Filinto Manoel Pereira do Lago e Costa

Um abraço.

# Aos meus condiscipulos

---

Em especial aos meus amigos

DR. JOAQUIM JOSÉ LOPES  
DR. JOÃO MARTINS VIANA  
DR. ARTUR ADRIANO ARANTES.

—É justo destacar-vos dentre os restantes.

Obrigado pela vossa amizade.

Ao Ex.<sup>mo</sup> Snr.

Dr. Antonio da Cunha Prelada

Em admiração da sua bondade oferece  
o subalterno reconhecido.

Ao ilustre amigo

Dr. Ernesto Alves de Azevedo

(CAPITÃO MEDICO MILICIANO)

Pela muita consideração em que vos  
tenho.

A todos os officiaes medicos  

---

do 3.º grupo de saude  

---

—Recordando a boa camaradagem.

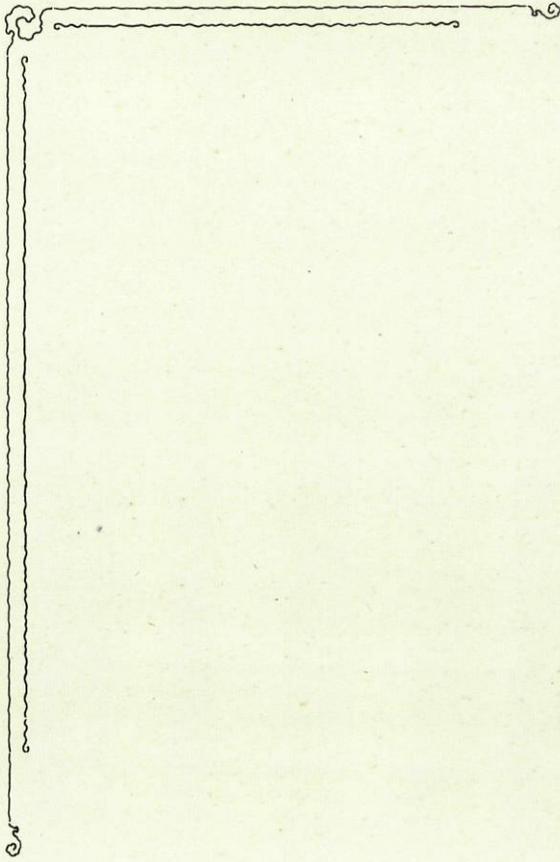
Ao meu dignissimo presidente de tése

Il.<sup>mo</sup> e Ex.<sup>mo</sup> Snr.

Professôr - Dr. Alvaro Teixeira Bastos

Preito de homenagem.

Ao ilustrado corpo docente  
desta Faculdade.



## PROLOGO

---

Em obediencia ao preceito regulamentar e sem outras pretensões submetemos á apreciação dos mestres este modesto trabalho.

Saído das inexperientes mãos de um principiante, escrito sem preocupações literarias, só para satisfazer á lei poderia ter publicidade.

Confessando, antecipadamente, a falta de originalidade, colocamos de sobreaviso o leitor inteligente para lhe poupar qualquer desilusão.

Consistiu o nosso esforço, se bem que de resultados muito incompletos, na compilação e metódica do assunto.

Conscientes da nossa pouca cultura científica, bem sabemos serem muitas as falhas encontradas no correr da nossa tése que, por isso, muito carece da benevolencia dos leitores.

Desejavamos apresentar coisa melhor, e grande é o nosso pezar não o conseguindo.

Consola-nos, entretanto, de qualquer modo, a boa vontade que nos assistiu na sua elaboração.

---

## INTRODUÇÃO

---

A esterilidade é a inaptidão á fecundação. Luteau define a esterilidade da mulher, como um estado patológico especial que se opõe, em todo o decorrer da vida sexual ou durante um longo periodo desta, á concepção ou ao desenvolvimento completo no organismo, dum ovulo fecundado.

Baseados nas afirmações de Kirsh e Luteau, nós consideramos a mulher esteril, dentro dum limite de idade superior a 24 anos e inferior a 36, com quatro anos de cohabitação e sem que conscientemente nada se tenha empregado para impedir a fecundação.

Os autores MM. Funch Brentano e Plouchu no seu artigo publicado nos *Anaes de ginecologia e obstetricia* de 1912, dizem que a frequencia da esterilidade

na mulher oscila entre 14,3 e 16,9 por 100. Os números dos casamentos estereis elevam-se de 9 a 20 por 100. Um terço ou um quarto destes casos de esterilidade eram da responsabilidade do marido.

Pinard diz: «Em 100 casamentos cuja duração está compreendida entre 15 e 24 anos, ha a seguinte proporção: 11,3 por 100 de estereis em Paris — 12,8 por 100 em Berlim. Em 60 por 100 dos casos a responsabilidade é da mulher e nos 40 por 100 restantes do homem.»

A esterilidade póde ser congenita ou adquirida. Esta ainda póde ser primitiva ou secundaria.

É congenita, se um vicio de desenvolvimento torna a concepção impossivel.

É adquirida e primária, quando uma afeção contraída antes ou no inicio do casamento se opõe á fecundação.

É adquirida e secundaria, quando é precedida dum periodo normal de fecundação.

Uma mulher póde ainda apresentar um periodo mais ou menos longo de esterilidade, devido a qualquer uma causa patologica.

Para que a concepção tenha logar é condição essencial e unica, que o espermatozoide, celula macho, se funda com o ovulo, celula femea.

É pois evidente que, sem a postura dum ovulo são, sem o caminho, por ele a percorrer, completamente permeavel, sem a integridade dos respectivos

cilios que forram a mucosa tubar e auxiliam a sua marcha e sem que um espermatozoide igualmente são, atinga o canal genital da mulher, é impossível a concepção.

Ha porém casos em que as condições aqui mencionadas satisfazem e que, apesar dum ardente desejo, o casal não tem filhos.

Vamos tentar dar um pouco de luz ao assunto, estudando alguns destes casos que podem acarretar a esterilidade.

Cumpre-nos em primeiro lugar, por estar inherente ao assunto, fazer um trabalho embora sucinto sobre a menstruação.

## CAPITULO I

### Menstruação

Segundo o que nos diz o Professor Pinard, as perturbações menstruaes dão indicações de que se póde tomar nota, porque a ovulação e a menstruação são fenomenos quasi sempre synergicos em correlação um com o outro.

Uma boa menstruação traduz em geral uma ovulação normal.

Na sua opinião, toda a mulher de 20 a 30 anos uma vez regrada na epoca normal de 12 a 15 anos com regras indolores, sempre semelhantes umas ás outras em quantidade e qualidade, é 999 vezes em 1000 uma mulher fecundavel.

Pelo contrario toda a mulher regrada tardiamente de 16 a 20 anos, com irregularidades, perdendo pouco

sangue, com mal-estar geral, com dôres mais ou menos vivas na região ovarica, é uma mulher cuja ovulação é imperfeita.

A menstruação é o resultado imediato das modificações que se produzem nos órgãos genitais da mulher e no conjunto da economia, sob a influencia da maturação e deiscencia do foliculo de Graaf e manifesta-se localmente, por um corrimento sanguineo pelos órgãos genitais.

Este corrimento de sangue que acompanha a menstruação reproduz-se periodicamente em cada mês, enquanto perdura a vida sexual da mulher, sendo interrompido passageiramente pela gravidez e a lactação.

As teorias sobre a menstruação têm por fim explicar as diferentes manifestações desta função, dando ao mesmo tempo uma ideia de conjunto, uma explicação racional, afim de esclarecer as relações que existem entre os diversos fenomenos fisiologicos do aparelho genital feminino, ovulação, menstruação, concepção.

A primeira teoria racional pertence a Pflüger. Para Pflüger, a congestão reflexa prolongada que se faz nos órgãos genitais tem um duplo efeito: do lado do ovario produz uma distensão rapida do foliculo mais volumoso; no utero uma replexão enorme dos vasos da mucosa.

Chegada ao seu maximo esta congestão tem por consequencias imediatas o corrimento menstrual e a abertura do foliculo.

Para Pflüger, ovulação e menstruação são efeitos simultaneos duma só e mesma causa: a congestão menstrual de origem reflexa nervosa. No caso em que a fecundação não se dá, o ovulo posto em liberdade no momento das regras é rapidamente destruido.

Em caso de fecundação, ele chega ao utero no momento propicio e implanta-se imediatamente na mucosa avivada; a gravidez começa.

O ovulo fecundado provém da ultima epoca menstrual.

Pflüger pensa que a menstruação constitue um avivamento natural da mucosa uterina, necessario á implantação do ovo fecundado.

Esta teoria está em primeiro logar em desacordo com a gravidez observada, embora raras vezes, em mulheres não regradas.

TEORIA DE SIGISMUND, LOWENHARDT E REICHERT. — A ovulação e a menstruação são funções periodicas, simultaneas, mas que evoluem separadamente e gosam duma independencia completa e reciproca.

Emquanto o ovulo amadurece no ovario, na mucosa uterina organisa-se a «nidação» e prepara-se para receber e abrigar o ovulo que será posto antes das regras.

Se o ovulo é fecundado, a hemorragia não se faz, a organização da mucosa uterina continua, o ovo implanta-se no utero e a gravidez começa.

Se o ovulo não é fecundado, a mucosa uterina desorganisa-se e as regras aparecem.

Portanto, a menstruação não é o expoente da postura, mas a prova da postura e da não fecundação do ovulo; é o aborto do ovulo não fecundado, e de sua caduca.

É evidente o antagonismo entre as duas teorias. Para Pflüger, a mulher é ainda regrada quando concebe; para Sigismund, a mulher tem as suas regras porque não concebe.

Na teoria de Pflüger o corrimento sanguineo é um fenomeno de organização; ele prepara o utero para receber o ovulo que acaba de ser fecundado.

Na teoria de Sigismund é um fenomeno regressivo; indica a impossibilidade de se fixar no utero o ovulo recentemente posto.

Para Pflüger o ovulo ultimo da menstruação é que é fecundado.

Na teoria de Sigismund é o da primeira menstruação ausente.

E isto parece confirmar-se pela embriologia e a pratica ginecologica, não se temendo sondar unia mulher que tem regras.

TEORIA DE FRAENKEL, BASEADA SOBRE AS FUNÇÕES DO CORPO AMARELO.—Prenaut, apoiando-se nos trabalhos de Sobotta, emittiu a opinião que o corpo amarelo, pela sua estrutura de órgão epitelial, devia ser considerado como uma glandula de secreção interna.

Para Fraenkel a natureza glandular do corpo amarelo é demonstrada pela sua estrutura que lembra a dos acini do figado e *pela origem das células de luteína derivadas das células granulosas.*

E tanto é assim, que o corpo amarelo adquire um volume superior ao do folículo de origem durante a gravidez.

O corpo amarelo deve ser considerado como uma glandula de secreção interna.

Como tal, preside á nutrição do utero e tem na especie humana sob sua dependencia os fenomenos uterinos da menstruação.

Ancel e Villemin observaram após laparotomia os ovarios de 36 mulheres, algumas das quaes estavam em plena menstruação e outras se achavam em momentos variaveis do periodo inter-menstrual.

Nas mulheres em estado ou iminencia de menstruação, Ance e Villemin notaram no ovario um corpo amarelo volumoso e completamente desenvolvido; nos outros o corpo amarelo estava em regressão ou em via de formação.

Tres cirurgiões americanos, Dudley, Glasto e Morris, praticaram a transplantação ovarica em mulheres, ás quaes tinham retirado os ovarios desde um tempo mais ou menos longo e sofriam accidentes graves de menopausa.

Não só os accidentes nervosos graves da menopausa desapareceram, como tambem a função menstrual suprimida se estabeleceu.

MECANISMO DA ASSOCIAÇÃO DA OVULAÇÃO E DA MENSTRUACÃO DE ACORDO COM AS IDEIAS ACTUAES. — A presença do tecido ovarico em atividade é indispensavel para que a menstruação se produza.

Sem trabalho de ovulação não ha menstruação. O conjunto dos processos ovaricos, maturação, deiscencia do folliculo de Graaf, formação do corpo amarelo, apparece-nos como uma função ritmica imanente do tecido ovarico.

Esta função repete-se em média todos os meses; o seu retorno é determinado pelo tempo necessario ao folliculo para passar pelas diferentes fazes da sua evolução.

O ritmo desta função é uma realidade verificada na maior parte das investigações sobre a menstruação. O que produz este ritmo?

Pode-se supôr, com Pflüger, que uma impulsão partindo dos centros nervosos tenha sob sua influencia o funcionamento dos dois ovarios e regule a evolução dos folliculos de Graaf nos dois orgãos.

Mas as experiencias de transplantação ovarica de-põem contra esta regularisação do sistema nervoso.

Pode-se igualmente invocar uma regularisação intrinseca da ovulação por aparelhos ganglionares situados nos proprios ovarios.

Mas como conciliar então o ritmo da ovulação com a independencia completa e mutua dos dois ovarios? Resposta cabal a estas questões é actualmente impossivel.

Por analogia pode-se comparar o ritmo da ovulação ao funcionamento intermitente dum grande numero de órgãos da economia: coração, pulmões, etc.

A semelhança não é completa; os ovarios têm suas manifestações intermitentes, ritmicos muito espaçados.

Qualquer que seja a explicação invocada, verifica-se periodicamente um desenvolvimento e a maturação do folículo de Graaf.

Esta maturação tem um duplo efeito: dum lado, prepara a deiscencia do folículo e a formação do corpo amarelo; doutro lado, provoca uma atividade maior da glandula de secreção interna do ovario.

Sob a influencia da maturação aparecem duas ordens de fenomenos:

1.º Fenomenos do lado dos órgãos genitales: hiperemia, organização menstrual do utero, congestão das trompas, vagina e vulva.

2.º Fenomenos do lado do conjunto do organismo, caracterizados por um aumento da atividade funcional dos diferentes órgãos.

Tanto mais a atividade folicular do ovario cresce, mais estas duas ordens de fenomenos se acentuam.

Neste comenos, o folículo atingiu seu completo desenvolvimento, está superdistendido; as celulas granulosas estão desapegadas, a teca interna proliferou, o ovulo é por assim dizer livre dos elementos que o rodeiam.

O que acontece nestas condições?

1.º Do lado do ovario?

A deiscencia do foliculo de Graaf produz-se; dá-se a postura do ovulo geralmente antes das regras.

2.º Do lado da mucosa uterina?

O corrimento menstrual aparece.

3.º Do lado dos fenomenos geraes?

A curva funcional organica sofre uma queda brusca e rapida.

A aparição do corrimento menstrual e a queda da atividade funcional são a consequencia direta e sintomas da terminação dos processos de maturação no foliculo de Graaf.

Sabe-se hoje que a ovulação não é provocada pela congestão menstrual periodica; ela não é um fenomeno de ordem puramente mecanico. É preparada de longa data e resulta antes de tudo dos processos de maturação que atingem todos os elementos do foliculo: ovulo, disco proligero, membrana granulosa, teca folicular.

É a maturação que é a causa eficiente, a causa organica da postura do ovulo; a congestão sanguinea nos orgãos genitais representa a gota que faz transbordar o vaso, diz Kufferath.

Os factos de ovulação sem corrimento ou de corrimento menstrual sem ovulação, descritos por alguns autores, são muito excecioaes.

---

## CAPITULO II

### **Algumas causas que podem produzir a esterilidade**

A introdução do pénis na vagina não é absolutamente indispensavel para que a fecundação se opere. Observações numerosas provam que a deposição do esperma sobre os órgãos genitales externos pode produzir o mesmo resultado; basta que o orifício himeneal seja permeavel aos zoospermas.

Se a gravidez se opera nestas circunstancias, pode-se vêr uma gravidez evoluir numa mulher cujos órgãos genitales externos apresentam todos os caracteres de virgindade.

Não tem, pois, um valor absoluto certas causas de esterilidade por obstaculo á copula, algumas das quaes abaixo mencionamos; são causas apenas relativas de esterilidade.

## I

**Atresia da vulva ou da vagina; Imperfuração do himen;  
Ausencia da vagina ou do utero; Vaginismo**

O Dr. Wathen julga que a causa mais ativa da esterilidade consiste numa obstrução mecânica em qualquer ponto do canal genital que vaé desde a vulva ás extremidades das trompas de Fallopio. A atresia vulvar como causa principal pode ser congenita, adquirida ou funcional.

Como congenita a mais comum é a persistencia do himen, que constitúe um obstaculo á desfloração e á penetração do esperma na vagina, especialmente no caso de imperfuração, que tambem é a causa da retenção das regras a que obriga sempre o ginecologista a intervir.

Paul Bar, no seu *Tratado de Partos*, cita um caso de gravidez numa mulher com atresia vulvar congenita constituido pela soldadura dos grandes labios, tendo sómente um orificio do diametro dum alfinete.

A vagina pode ser igualmente séde de malformações, taes como atresia, existencia de bridas transversaes e septos longitudinaes coincidindo muitas vezes com utero duplo.

Louis, em Sorbonne, observou uma mulher em que a vagina se abria no reto por onde tinha sido fecundada.

Alguns autores fazem figurar as anomalias no comprimento da vagina como causa bastante para impedir a fecundação.

As vaginas curtas, o falso trajeto vaginal a que Aran e Courty chamaram «bolsa copuladora» e as vaginas longas, não são senão causas accidentaes e sem grande importância.

Para que a fecundação se efetue, não é necessario que o meato urinario fique exatamente em frente do orificio do focinho de tenca no momento da ejaculação.

O esperma é lançado no fundo da vagina e d'aí por capillaridade ou aspiração penetra na cavidade uterina. Claro está que este fenomeno dá-se sempre que o orificio do focinho de tenca fica livre banhando no liquido seminal.

A ausencia da vagina ou do utero, tem por vezes sido constatada por alguns ginecologistas, sendo contudo mais frequente encontrar-se a ausencia da vagina.

Quando as atresias da vulva são muito acentuadas, coincidem a maior parte das vezes com uma vagina ausente ou reduzida a um cordão fibroso, o que torna a concepção impossivel mesmo depois da aplastia.

As atresias adquiridas, produzindo-se em virtude de traumatismos ou queimaduras extensas, coincidem muitas vezes com um retraimento da vagina.

As atresias funcionaes, descritas sob o nome de vaginismo, podem revelar causas diversas, sempre nas mulheres nervosas.

O vaginismo ou vaginodinia, consiste em uma hiperestesia anormal dos órgãos genitais externos, podendo ir até á contração espasmodica do constritor da vagina e mesmo doutros musculos do pavimento pelvico.

Os autores dividem o vaginismo em tres classes:

Hiperestesia com contração;

Hiperestesia sem contração;

Contração sem hiperestesia.

O primeiro é o mais frequente, o ultimo o mais raro.

Foi Marion Sims que traçou primeiro o quadro mais completo do vaginismo e lhe deu o nome que ainda conserva.

Duas condições são imprescindiveis para aparição do vaginismo:

1.º Uma grande excitabilidade nervosa da mulher.

2.º Uma irritação ou lesão dos órgãos genitais externos, dando logar e servindo de pretexto a reflexos exagerados do lado dos nervos sensitivos ou motores produzindo a hiperestesia ou a contração.

A formula vaginismo igual á esterilidade é falsa; as mulheres que sofrem de vaginismo podem ter um aparelho sexual perfeito, não sendo portanto visceralmente inaptas á concepção, que é apenas mais difficil, como prova a antiga e curiosa observação de Marion Sims e que vem transcrita na *Anatomia Topografica* de Tillaux.

Sims conta, na sua *Cirurgia Uterina*, um facto de vaginismo extraordinario a muitos respeitoos.

«Uma mulher de 22 anos, soffrendo de vaginismo, após numerosas tentativas infructuosas de copula, chamou um medico que a eterisou, permitindo assim ao marido consumir o acto sexual.

Uma nova tentativa de copula feita á noite seguinte foi impossivel.

Novamente foi chamado o medico; as eterisações repetiram-se durante um ano, duas a tres vezes por semana.

Neste tempo a mulher concebeu e durante todo o tempo da gravidez a copula foi possivel.

Após o parto, o vaginismo reapareceu; novas eterisações durante um ano e segunda gravidez, que se terminou por um aborto de tres mezes. Eterisações durante um ano ainda; aborrecidos os esposos, acabaram por renunciar a todo o contacto sexual durante cinco anos. Sims então praticou uma dupla incisão em ambos os lados da furcula até o rafe do perineo e curou a doente.»

Esboçando os sintomas do vaginismo, vemos que o tipo ordinario é, segundo Pozzi, a hiperestesia com contração.

A dôr é o elemento primordial e valeu á afeção o nome de nevralgia, nevrose vulvar de alguns autores.

Algumas vezes esta dôr tem ponto fixo, localizado

a pequenas zonas, nas faces externas dos pequenos labios, á furcula, ás carunculas mirtiformes.

Em outros doentes a sensibilidade existe em todo o orificio vulvar.

Raramente existe hiperestesia sem contração. A sensibilidade esquisita do orificio vaginal pode ser elevada a tal grau, que o simples atrito duma pena de passaro torna-se insuportavel (Pozzi).

A histeria e outras nevroses entram em grande dose na genese destes fenomenos.

Mas em muitos casos consegue-se introduzir o dedo minimo e apreciar, quando existe, a contração espasmodica provocada pela dôr.

Este espasmo pode atingir os musculos visinhos; o esfincter anal, oferecendo então uma rigidez excessiva que em um caso foi tomado pela doente como um tumor.

É á entrada da vagina ou um pouco acima que se dá a contração tetanica.

A copula neste caso é impossivel e a esterilidade a regra.

Todavia, viu-se produzir a fecundação, penetrando na vagina por capilaridade, o esperma lançado na vulva.

TRATAMENTO. — Diminuir a hiperestesia morbida, tratar as lesões que a fazem aparecer, tal é, diz Pozzi, o caminho que deve seguir o tratamento.

A medicação anti-espasmodica, constituida pela

hidroterapia, brometo de potássio, aplicações tópicas de cocaína e laudano, dá bons resultados.

Porém a verdadeira indicação é fazer desaparecer a causa local, que é o ponto de partida dos reflexos. Tratam-se assim as vulvites, as lesões de visinhança que entretem o estado de irritação e se existe uma fenda anal, far-se-ha a dilatação do esfíncter; se ha um polipo da uretra, deve ser excisado.

O hímen inflamado é muitas vezes a origem das dôres, e tanto é assim, que muitas vezes a excisão do hímen ou das carúnculas mirtiformes basta muitas vezes para fazer cessar as dôres. Mas o verdadeiro tratamento é o cirúrgico.

Temos em primeiro lugar a dilatação gradual por meio de laminarias e a dilatação brusca sob clorofórmio, introduzindo-se o médio e o anular de cada mão na vulva e fazendo-se trações alternativamente em todos os sentidos, de modo a produzir a maior distensão possível sem dilaceração da pele.

No tratamento cirúrgico sangrento temos os tres processos de Sims, Luteau e Pozzi, dentre os quaes descrevemos sómente o de Pozzi por ser o mais recente e talvez o melhor.

O processo preconizado por Pozzi e do qual o mesmo fez uma comunicação ao XI Congresso de Ciências Medicas de Roma, é o seguinte:

Sendo anestesiada a mulher, faz-se em primeiro lugar a excisão do hímen com tesoura, depois a

dilatação forçada da vulva com os dedos ou com o espelho Trelat que se emprega para a fissura anal.

Em seguida pratica-se á direita e á esquerda uma incisão lateral na união do terço inferior e dos dois terços superiores do orifício vulvar.

Esta incisão de 3 a 4 centímetros de comprimento, excede um pouco mais em baixo que em cima a linha de inserção do himen e forma com ela uma cruz.

Ela põe a descoberto as fibras do constritor cuni e divide as suas camadas mais superficiaes em uma espessura de 2 a 3 milímetros; dissociam-se os lábios da ferida de modo a produzir o seu afastamento, dando-se assim pouco a pouco á incisão primitiva a forma de um losango alongado de eixo paralelo ao bordo do orifício vulvar.

Reune-se então a ferida operatoria de modo a obter uma linha de sutura, que cruze perpendicularmente á direção da incisão primitiva e fique afastada para fóra do ponto ocupado pela inserção do himen, o qual marcava o orifício primitivo da vulva.

A sutura acarreta a mucosa vaginal até ao angulo inferior da incisão, que deve ter sido feita no começo da operação.

Nota-se que se fez assim de cada lado da vulva uma especie de desbridamento sagital, seguido de sutura transversal, isto é, uma operação analoga (posto que precisamente inversa) ao desdobraimento transversal

seguido de sutura sagital que fez Lawson Tait na sua operação de perineorrafia.

Obtem-se assim um aumento da vulva, produzindo um ligeiro deslocamento da mucosa vaginal para fóra do orifício, de modo a subtrair ao atrito da copula a zona donde antes partiam os reflexos da dôr.

A sutura das duas grandes incisões deve ser feita a crina de Florença ou a fio de prata e simplesmente sobre a mucosa.

O primeiro fio que se coloca, reunirá a extremidade superior á extremidade inferior da incisão primitiva.

Reunem-se por um surget de catgut as pequenas chagas resultantes da excisão do himen que excederem as suturas precedentes.

## II

**Forma conoide do colo; Oclusão do canal cervical;  
Aperto do orifício externo do colo; Desvios do utero**

São as lesões do utero a maior parte das vezes que acarretam a esterilidade.

As causas dependem de fatores mecânicos impedindo a progressão do espermatozoide lesando-o e de fatores infeciosos que transformam a mucosa impedindo a nidação do ovo.

As malformações (utero unicorne, bicorne, bicorne

duplo, bicorne unicervical, difelfe, etc.) não impedem a fecundação; se ha esterilidade, depende da aplasia uterina.

A aplasia e hipoplasia uterina reconhecem duas fórmas :

1.º A paragem do desenvolvimento produz-se na vida extrauterina, no curso da infancia; pode permitir a gravidez.

2.º A paragem do desenvolvimento teve logar na vida intrauterina; a esterilidade é certa.

A hipoplasia, segundo Neuman, existe em 2,7 por 100 dos casos, não contando senão os casos bem nítidos.

Em geral a hipoplasia estende-se ao organismo e afeta particularmente o aparelho genital, vagina e utero.

Estas mulheres téem ora regras irregulares, pouco abundantes (ovulação deficiente) ou normaes (ovulação normal).

O obstaculo reside no utero, ao nivel da mucosa insufficiente, ao nivel dos orificios, porque ha muitas vezes anteflexão ou retroversão e estenose do orificio interno com exuberancia, pregas numerosas da mucosa, podendo até formar pequenas vegetações.

Os obstaculos cervicaes (apertos e flexões) podem existir com um utero normalmente desenvolvido.

O aperto anormal dos orificios do utero pode encontrar-se nos dois orificios do colo e nos dois orificios do corpo.

Os apertos dos orifícios do colo podem afetar só o externo ou o interno ou ambos, ou ainda o canal cervical por completo.

Este aperto pode ser congênito, o que é comum, ou adquirido, caso relativamente raro.

O aperto do orifício externo é fácil de observar pela inspeção; o do orifício interno não pode observar-se senão pelo cateterismo.

O aperto do orifício externo é o mais frequente, o colo é cônico, pontegudo, com um orifício puntiforme.

Deste facto para Lisfranc, 19 mulheres em 20 são estereis; para Marion Sims, 175 em 218. Logo, pode admitir-se que esta causa determina 85 por 100 dos casos de esterilidade.

A importância relativa destes dois apertos é inteiramente diferente, segundo as consequências que se quer encarar.

Se a gente trata de dismorrêa, o aperto dos dois orifícios e mesmo do canal por completo pode ter a sua influência como causa.

Se a questão é a esterilidade, o aperto do orifício externo é primacial.

Convém a principio constatar minuciosamente sob que aspectos muito diferentes se apresentam os apertos do orifício externo, assunto tratado muito incompletamente, nos tratados de partos e ginecologia.

É preciso encarar o aperto do orifício externo no

triplice ponto de vista do grau, da forma e situação; todas as variedades derivam duma, doutra ou de todas estas condições.

Normalmente o orifício externo duma nulipara, varia entre 2 a 4 milímetros de diametro; é ovalar transversal ou circular, situado exactamente no centro do cone ligeiramente arredondado apresentado pelo colo vaginal e ocupando muitas vezes o fundo duma pequena cupula ou duma fraca depressão.

O grau do aperto varia desde os ultimos limites do orifício normal, até ao orifício capilar, e em certos casos raros, mas que existem, até á invisibilidade a olho nú.

Abaixo de dois milímetros o orifício pode considerar-se estreito.

Relativamente á posição do orifício, pode encontrar-se na extremidade saliente dum colo muito conico e afilado em ponta (colo em pião) ou então lateralmente.

O Dr. Wathen cita dois casos em que foi preciso o auxilio duma lupa para descobrir o orifício uterino.

A applicação dum especulum ordinario descobre o colo e a sua anomalia.

TRATAMENTO. — A operação que Pozzi imaginou contra a estenose do colo, applica-se sobretudo a um tipo clinico bem conhecido de estenose congenita, que coexiste ordinariamente com a anteflexão.

Acompanha-se ás vezes de exagero das dimensões do colo que é conico e tapiroide.

As consequencias mecanicas são a difficuldade de evacuação das regras e da penetração do esperma; os principaes tratamentos cirurgicos empregados, até aqui, não téem senão uma efficacia temporaria ou precaria.

A dilatação, a simples incisão bilateral, com ou sem escarificação da superficie interna do colo, não o impedem de voltar ao seu estado primitivo ao fim de alguns dias ou algumas semanas.

A organização dum orificio mais largo ou stomatoplastia é seguramente a operação mais racional.

Mas o processo ordinario é defeituoso.

Consiste em amputar o colo fazendo dois retalhos em cada labio, segundo o processo de Simon-Markweld.

O orificio permanente assim obtido corresponde simplesmente á secção conica do canal cervical acima do ponto retraído.

De resto se a reunião primitiva falta, a cicatrização secundaria arrisca a reproduzir a estenose, assim como aconteceu a muitos operadores.

É para obviar a este inconveniente que Pozzi imaginou a operação de que ele deu comunicação á sociedade de cirurgia de Paris.

Deu-lhe o nome de stomatoplastia por esvasiamento comissural.

Esta operação não age sómente sobre a constituição do orificio externo.

Pelas modificações profundas de vitalidade que ela acarreta ao colo, a parte superior do canal torna-se mais permeavel.

Ela atua tambem destruindo a flexão cervica corporal, que dá muitas vezes a ilusão dum estreitamento superior.

Pinard não é fervoroso adepto da operação de Pozzi. Pinard, no seu artigo sobre esterilidade, emitiu conceitos pouco lisongeiros á operação de Pozzi:

«As operações sangrentas praticadas sobre o colo, as histerectomias, as stomatoplastias não têm para mim senão indicações absolutamente excepcionaes.

Mesmo o esvasiamento comissural do colo, operação tão engenhosamente concebida por Pozzi, parece-me duma aplicação rara.

Certamente nos casos de estreiteza do orificio externo e de atresia do colo, a operação de Pozzi dá bons resultados.

Ela não pode todavia fazer desaparecer o angulo de flexão nem tão pouco a estenose do orificio interno.

Demais, como todas as operações sangrentas praticadas sobre o colo, fazendo desaparecer a integridade dos tecidos do colo, faz fatalmente nascer um tecido cicatricial e forma ulteriormente, em caso de gravidez, uma causa de distocia mais ou menos perigosa.»

Mas, Pozzi, escudado nas suas observações e de seus discipulos, considera infundados os receios do seu illustre colega.

O professor Pozzi escreve no seu *Tratado de Gynecologia*:

«Esta operação tem-me dado sempre excelentes resultados.

Numa memoria publicada em 1898, o meu discipulo Chabry relatava já 15 observações de esvaziamento comissural do colo e tirava as seguintes conclusões:

1.º Todos os casos de dismenorrêa curaram.

2.º Em 5 casos sobre 15, a gravidez foi manifestamente a consequencia da intervenção.

3.º Em todos os casos, o orificio permaneceu dilatado, e a cura da estenose foi definitiva.

4.º Nunca a operação causou perturbações no decorrer da gravidez nem ao trabalho de parto.

Nigoul na sua tésse traz cinco observações de mulheres tratadas com sucesso pelo esvaziamento comissural do colo.

Todas estas pacientes curaram; quatro delas que não tinham tido filhos, tornaram-se gravidas e deram á luz sem incidentes.

Pinard aconselha um processo lento de dilatação gradual.

Segundo a sua tecnica, o tratamento deve começar dois ou tres dias após a terminação das regras.

Compreende duas fazes bem distintas:

1.º A dilatação e o endireitamento do utero com laminarias.

2.º O cateterismo dilatador, repetido com as hastes de Hegar.

Este tratamento é observado até que voltem de novo as regras e, desde que elas terminem, recomeça-se a dilatação diariamente durante tres ou quatro dias.

Se a gravidez sobrevem, é o complemento da cura, senão após cada periodo menstrual e antes de toda a possibilidade de fecundação, praticam-se duas ou tres sessões de cateterismo dilatador e isto dura durante longos mezes.

Mesmo no ponto de vista da dismenorrêa, a longa duração do tratamento é necessaria para assegurar a persistencia da permeabilidade e do endireitamento do utero.

A qual dos dois processos se deve recorrer?

A nossa humilde opinião está com Pozzi, porque sendo um processo cirurgico sangrento, é rapido e de efeitos imediatos.

### III

#### **Desvios do utero**

As atitudes viciosas do utero ou desvios uterinos produzem muitas vezes um obstaculo mecanico á penetração do espermatozoide no utero.

Podem ser compreendidas em duas grandes classes: as versões e as flexões.

Quando o orgão é desviado na sua totalidade,

tem-se uma versão; quando só o corpo do utero é desviado e por conseguinte dobrado sobre o colo, tem-se uma flexão.

Compreende-se facilmente que as flexões determinam pela curvatura que imprimem ao canal, uma atresia desse mesmo canal.

Formam-se assim duas cavidades separadas por um estreitamento, uma do colo, outra do utero, que é geralmente infranqueavel aos zoospermas.

A situação do colo na vagina é variavel conforme a natureza do desvio.

Assim, na anteflexão, o colo pode ficar paralelo á vagina.

Nos casos de retroversão, o colo dirige-se para diante.

Nas lateroversões, é lateral e o orificio pode vir aplicar-se contra as paredes lateraes, o que pode dificultar e até impedir a fecundação.

Valleix, em 117 observações que fez de desvios uterinos, observou a esterilidade 19 vezes.

Marion Sims em 250 mulheres casadas que nunca tiveram filhos, 103 eram atingidas de anteversão e 68 de retroversão.

O mesmo autor concluiu numa estatística que fez, que a esterilidade por anteversão é mais frequente nas mulheres que nunca foram mães e a esterilidade por retroversão nas que já anteriormente tinham filhos.

Diz Pajot que os desvios constituem uma dificuldade á fecundação, mas não uma incapacidade absoluta.

As flexões constituem uma causa mais grave porque têm por efeito retrair o calibre do canal no angulo de junção do colo com o corpo uterino.

De entre as versões, a anteversão é a que constitue o obstaculo mais frequente e mais serio.

O abaixamento e mesmo a saída do utero fóra da vagina, não é um obstaculo absoluto á fecundação.

A laxidez dos ligamentos uterinos produzindo a instabilidade do utero no seu eixo normal, traz como consequencia a esterilidade devido á anteversão exagerada em que o utero se coloca no momento do coito. É claro que não tomamos isto no sentido absoluto, mas apesar das probabilidades que pode haver de fecundação, em taes casos aconselhamos o tratamento.

TRATAMENTO. — O tratamento pode ser feito em caso de anteflexão pela dilatação progressiva por meio das laminarias, que dilatam o canal cervical e retificam o eixo do utero, ou ainda pela excisão cuneiforme da parede posterior, de modo a indireitar o utero.

Nos retrodesvios redutíveis podemos corrigir o desvio e mante-lo assim, por um pessario.

Este tratamento é paliativo e ás vezes mal tolerado, recorrendo-se então a qualquer das intervenções sangrentas para isso indicadas: encurtamento dos ligamentos redondos, fixação do corpo uterino á parede abdominal ou á parede anterior da vagina.

## IV

**Metrites e salpingites**

Muitas mulheres são estereis não só porque a mucosa uterina não oferece ao óvo um meio ou *habitat* conveniente, como também porque os fenomenos intimos da fecundação, isto é, a fusão do espermatozoide e do ovulo, não se dá, por estarem impedidos a migração do ovulo e a ascensão do espermatozoide, o que acontece em via de regra nas afeções dos anexos.

Pela copula, o espermatozoide é deposto na vagina, o ovulo posto em liberdade ao nivel do ovario, é separado do germen macho por uma longa distancia.

Para que o contacto seja possivel, é preciso que os germens venham ao encontro um do outro. Designa-se sob o nome de migração do ovulo e ascensão do espermatozoide, o trajeto respectivo, que devem fazer os dois germens para se encontrarem.

Como o feto se desenvolve no utero, diz Kufferath, podemos fazer sobre o encontro do espermatozoide e do ovulo tres hipoteses:

1.º Os espermatozoides penetram no utero, param neste orgão e aí esperam o ovulo; a concepção seria neste caso uterina.

2.º Os espermatozoides sobem para os ovarios, passando pelo utero e as trompas, emquanto que o ovulo

partindo do ovario percorre um trajeto inverso. Em todo este trajeto os dois germens podem encontrar-se, a fecundação pode ser assim, ovarica, tubar ou uterina.

3.º Finalmente os espermatozoides dirigem-se para o ovario, param neste lugar e fecundam o ovulo, posto em liberdade ao nivel do pavilhão da trompa ou imediatamente depois.

As duas primeiras hipoteses defendidas e aceites outrora, estão hoje completamente abandonadas.

Ha por assim dizer consenso unanime entre os embriologistas em admitir que a fecundação do ovulo seja no pavilhão da trompa, ou após a sua paragem no orificio abdominal da trompa.

Os principaes factos que apoiam esta teoria são os seguintes:

Os espermatozoides têm sido encontrados nas trompas, ao nivel do pavilhão tubar: ao nivel dos ovarios, são dotados de movimentos e apresentam os caracteres de elementos bem conservados e intactos; a sua vitalidade persiste longo tempo, pois têm sido assinalados vivos aí de 16 horas a tres semanas após a data da copula.

Em certos animaes a sobrevivencia parece ainda maior.

Experimentalmente foi demonstrado por Nüch, que quando após a copula, se coloca uma ligadura sobre um dos cornos do utero de uma cadela, encontram-se embriões na trompa, detidos pela ligadura na sua mar-

cha para o utero, os ovulos fecundados desenvolvem-se na trompa.

A fecundação operou-se portanto na parte tubar situada para fóra da ligadura.

Coste admite que o ovulo se altera rapidamente durante a sua passagem atravez da trompa, se envolve numa espessa camada de albumina e quando chega ao utero, não é mais suscetivel de ser fecundado.

A gravidez tubar é uma prova positiva da fecundação do ovulo na parte externa das trompas.

As investigações sobre a fecundação nos animaes nunca permitiram verificar a fecundação uterina; ao contrario em muitas femeas de mamiferos, mortos e examinados algumas horas após a copula, encontraram-se os ovulos fecundados na trompa e perfeitamente reconheciveis pela sua representação.

Toda a gestação antes de ser uterina, passa por uma fase tubar.

Na especie humana tambem é provavel que a fecundação se opere desde o momento que o ovulo chegue ao nivel do pavilhão ou de sua insinuação na trompa.

Entretanto nós não podemos afirmar o facto dum modo absoluto; é possivel que a impregnação se faça em logar mais proximo do utero.

Esta suposição é baseada sobre as considerações seguintes: nestes últimos tempos, foram descritos ovos do começo da segunda semana que tinham já tres a seis milímetros de diametro.

O aumento de volume do óvo humano parece portanto muito rapido.

Os ovos destas dimensões não podem mais certamente passar pelo orificio uterino das trompas que mede no maximo dois a tres milímetros de diametro.

Ora, calcula-se em 7 a 8 dias, a duração da migração do óvo atravez a trompa.

Teoricamente, ha portanto interesse, que na especie humana a fecundação não se faça muito proxima do ovario.

Resulta dessas breves considerações sobre os fenomenos da fecundação, que as afeções dos anexos devem agir como factor importante da esterilidade da mulher.

Este factor desdobra-se, produzindo impedimentos de ordem quimica e de ordem mecanica.

Podemos dizer que ha impedimento quimico, ao encontro do espermatozoide e do ovulo, quando estes germens são paralisados ou mortos pelas secreções ou exsudatos patologicos; impedimento mecanico quando em consequencia dum processo inflammatorio houve obliteração do canal tubar.

As inflamações do utero são a grande fonte das inflamações dos anexos.

Já Postello em 1690 comparava o pavilhão da trompa ao epididimo e Bernutz formulava claramente a analogia entre a salpingo-ovarite da mulher, de origem blenorragica, á orqui-epididimite do homem.

É pela continuidade dos tecidos e por intermedio da mucosa que a infeção se propaga.

Lucas Championiére defendeu a propagação constante pelos linfaticos.

Quando uma endometrite dura algum tempo, as trompas são mais ou menos atingidas, mas nelas os sintomas são mui pouco notados para que este epifenomeno chame a atenção dos clinicos.

A infeção gonococica é causa mais comum das infeções das trompas, segundo Nöggerath.

Os autores conferem uma importancia particular ás inoculações do virus blenorragico, por assim dizer atenuado, resultado de velhas blenorragias no homem, cujos vestigios muitas vezes desprezados são considerados incuraveis e inofensivos (gota militar).

Um numero consideravel de recém-casadas são assim infetadas e as pretendidas fadigas das viagens de nupcias não téem hoje o valor que tinham outrora.

Uma ligeira endometrite e uma salpingite catarral intensa tem muitas vezes esta causa; o aborto é sua consequencia e agrava a situação da mulher que pode permanecer sofrendo e infecunda (Pozzi).

A infeção blenorragica dá logar muitas vezes a accidentes muito mais graves, produz logo a supuração das trompas que aí se localisa ou se propaga á pequena bacia.

A presença do gonococcus de Neisser não pode ser em certos casos evidenciada, mesmo quando a origem blenorragica da afeção é indubitavel.

Foi Westermarck, que primeiro encontrou o gonococcus no pús duma salpingite blenorragica.

A infeção puerperal, que succede a um parto e sobretudo a um aborto, feitos em condições septicas, deve ser considerada como causa importante da infeção dos anexos.

É sobretudo nas metrites *post-abortum* com retenção de restos de placenta que as lesões das trompas são a temer tardiamente; não é esta uma das menores razões que tornam então preferivel uma intervenção energica (limpeza total pela cureta romba) á expectação ou intervenção parcial que preconizam ainda certos autores.

A mulher que conservou varios dias restos mortificados na cavidade uterina é quasi fatalmente votada a uma metro-salpingite.

O estafilacoco, o bacilo de Koch, o pneumococo têm sido encontrados e produzem tambem ooforo-salpingites.

A esterilidade não parece ser a consequencia fatal da salpingite que pode curar sem obliteração do pavilhão.

Entretanto, quando uma inflamação tubar antiga obliterou as duas trompas, a fecundação é impossivel.

TRATAMENTO. — Até ha bem pouco tempo, os cirurgões cometiam verdadeiros excessos, fazendo ablações intempestivas dos anexos, sacrificando a fecundidade da mulher em logar de tentar restabelece-la.

O repouso absoluto, os purgantes brandos, a antiseptia completa da vagina, as irrigações vaginaes quentes e prolongadas fazem parte integrante do tratamento.

A dôr será calmada pelos clisteres laudanizados ou de cloral e supositorios contendo analgesicos.

Muitas vezes a cura da endometrite acarreta a cura da salpingite.

A curetagem preconizada por diversos autores deve, segundo Pozzi, ser efetuada sómente passado o periodo agudo da salpingite.

Se este tratamento falha, é necessario, para curar a mulher, praticar operações radicaes, embora em prejuizo da especie.

\*

\* \*

Certos estados morbidos da mucosa uterina são improprios á conservação do ôvo que aí deve evoluir após a concepção.

O ôvo semeado em mau terreno estiola-se, degenera ou sucumbe antes de ter adquirido um certo desenvolvimento, antes de tornar-se um feto.

O professor Pajot, nos seus trabalhos de *Obstetrica* e de *Ginecologia*, quando trata da esterilidade da mulher, diz:

«Eu vou certamente causar admiração aos que não têm experiencia desses factos.

Ha afeções, que podem ser consideradas leves, porque não comprometem a vida da mulher.

Nem o estado catarral, nem a estreiteza do orificio, nem os desvios uterinos, de qualquer natureza que eles sejam, jámais comprometem a vida da mulher; entretanto são reaes dificuldades á fecundação.

Ao lado destas, vêem-se molestias que atacam dum modo grave a vida, mas que não impedem a gravidez.

Eu tenho assistido a mulheres que tinham cancro do utero e que deram á luz.»

A maior parte das afeções inflammatorias do utero, dá logar a secreções patologicas que atuam talvez quimicamente sobre a vitalidade dos espermatozoides.

A influencia das substancias quimicas sobre a vitalidade dos espermatozoides varia.

Todos os acidos têm uma ação deleteria sobre os espermatozoides: uma solução de acido cloridrico ou acetico a  $\frac{1}{1000}$  causa-lhes a morte.

Efeito identico produzem o sublimado, o alcool, o eter, o cloroformio e todos os agentes que coagulam o liquido em que eles se acham.

Quando se junta agua ao liquido seminal, nota-se que os espermatozoides se curvam e perdem a sua vitalidade.

As soluções alcalinas têm a propriedade de excitar os zoospermas e Luteau obteve a cura da esterilidade

em dois casos, em mulheres sofrendo de catarro uterino, aconselhando antes de cada relação sexual, uma injeção vaginal com uma solução de carbonato de sodio a  $\frac{20}{1000}$ .

Antes de empreender qualquer intervenção com o fim de tratar a esterilidade, é condição preliminar e indispensavel suprimir as secreções patologicas, cuja presença é um obstaculo ao sucesso.

Assim o professor Pinard diz que quando, ao examinar uma mulher, se encontra a rolha mucosa no colo, o marido não fecundou mas infetou, trata-se pois duma doente que é preciso curar.

TRATAMENTO. — Ha um tratamento comum a todas as formas de metrites, que consiste:

1.º Imobilisação do ventre (faixas ou cintos abdominaes).

2.º Combater a constipação pelos purgantes brandos.

3.º Tratar o estado geral dos doentes pelos tonicos: ferro, arsenio, fosfato de calcio, oleo de figado de bacalhau, conforme a constituição do doente.

Ha um tratamento especial para cada forma de metrite.

Metrite aguda: repouso absoluto. Lavagens vaginaes quentes. Aplicação quotidiana de tampões de glicerina, durante doze horas; produzem excelente resultado porque a glicerina é um otimo anti-flogistico pela

sua avidéz de agua, e determina um fluxo de serosidade que constitue uma verdadeira sangria branca.

Se este estado agudo se prolonga, recorre-se ás emissões sanguineas locais.

A metrite aguda blenorragica deve ser energicamente tratada pelas injeções vaginaes e intrauterinas antiséticas e fracamente causticas.

Não deve ser tratada pela curetagem, porque agravaria a infeção e favoreceria a sua propagação ás trompas.

É preciso praticar a cauterisação intrauterina com nitrato de prata ou cloreto de zinco a  $\frac{1}{20}$ ; o permanganato de potassio a  $\frac{1}{1000}$  em lavagem intrauterina dá tambem bons resultados

Nas metrites hemorragicas, podem fazer-se injeções vaginaes muito quentes antes de outro tratamento mais eficaz.

A ergotina, o extrato fluido de hidrastis canadensis, o sôro gelatinado, a adrenalina, a stipticina preconisados com ardor por varios autores, são de efeitos duvidosos e pouco seguros.

O tratamento curativo da metrite hemorragica é a curetagem.

A curetagem, além de suprimir a superficie que sangra, provoca a contração da fibra uterina e dos vasos.

## V

**Sifilis**

A sifilis nas suas variadissimas localizações e manifestações, póde incidir sobre os órgãos genitales, dando logar ás vezes á esterilidade.

Encontra-se atualmente muito disseminada, contribuindo em larga escala para a decadencia da raça.

É um dos flagelos que aflige a humanidade.

Não ha recanto organico poupado aos seus efeitos.

As lesões que produz nos órgãos genitales podem atuar, quer produzindo a disseminação da doença, quer tornando a mulher incapaz de fecundar ou de levar a termo uma boa gestação.

Algumas lesões, localizadas nestes órgãos, bem mal estudadas ainda, podem revelar-se como metrites ou salpingites banaes, por não terem uma sintomatologia propria.

A sifilis uterina pode apresentar-se com os tipos anatomicos, de metrite gomosa ou de esclerose sifilitica do utero.

Na metrite gomosa, nós encontramos gomas volumosas, bem limitadas e em estados variaveis da sua evolução, podendo aparecer disseminadas na espessura da parede uterina, fazendo ás vezes saliencia sob a mucosa, simulando miomas.

Estas gomas podem abrir-se na cavidade uterina. A superfície interna do utero apresenta ulcerações recobertas de fungosidades, mais ou menos profundas e com corrimento serôso ou purulento.

Na esclerose sífilítica do utero, trata-se dum verdadeiro sífiloma difuso com evolução rapida de esclerose.

Um caracteristico essencial deste tipo reside nas lesões das arterias. A arterite sífilítica nunca falta; parece ser d'aí que irradia a esclerose.

A salpingite sífilítica isolada é rara, quasi sempre se trata duma salpingo-ovarite sífilítica.

Na trompa as lesões podem apresentar-se sob a forma catarral, na qual as trompas aumentam de volume, têm uma côr azulada e estão muito congestionadas, ou sob a forma gomosa ou esclero-gomosa, na qual as paredes tubares apresentam nodulos gomosos que podem atingir um volume consideravel.

No ovario, a sífilis pode determinar gomos ou infiltrações esclero-gomosas e ainda a degenerescencia esclero-kística banal. O ovario sífilítico é absolutamente atrofiado.

As metrorragias constituem o sintoma capital da sífilis uterina e que só excepcionalmente falta; são hemorragias abundantes, que podem tornar-se contínuas.

Do mesmo modo ainda se manifesta a sífilis dos anexos.

Estas hemorragias são consideraveis e renitentes a qualquer outro tratamento que não seja o especifico.

Ozenne refere-se nas suas observações a escleroses dos ovarios, acompanhados de metrorragias rebeldes.

É modificando profundamente a estrutura dos órgãos genitales que a sífilis produz a esterilidade, tornando impossível a nidação do óvo, quando a fecundação tem lugar.

TRATAMENTO.—O tratamento da sífilis visa dois fins:

1.º Fazer desaparecer o mais rapidamente possível as lesões exteriores suscetíveis de propagar a infecção.

2.º Destruir por um tratamento sistematicamente prolongado, por séries sucessivas de curas, os focos profundos que podem disseminar novamente a doença.

O primeiro é atingido em algumas semanas; o segundo necessita um tratamento de muitos anos.

O tratamento inicial da sífilis deve ser rigorosamente seguido e aplicado sob a inspeção constante do medico.

É com o mercurio, apesar da concorrência que lhe têm feito estes ultimos anos com os arsenicaes, que ainda hoje se medicam os sifiliticos.

Alguns médicos têm uma tal confiança no tratamento da sífilis pelos arsenicaes que os empregam isoladamente, sob a forma de curas repetidas, representadas cada uma por séries de injeções em doses crescentes atingindo os limites da tolerancia.

Atualmente ainda não está demonstrado que o ar-

senio por si só seja capaz de curar a sífilis. É prudente associar-lhe o mercurio, reforçando assim a ação mutua de cada um destes medicamentos.

DIREÇÃO GERAL DO TRATAMENTO. — É sempre preciso inspecionar atenciosamente o estado geral do doente, as suas urinas, os dentes, o sistema nervoso, etc.

Principiar por fazer uma injeção dum sal mercurial solúvel durante quatro dias. Este tratamento tem por fim atenuar a virulencia do parasita e diminuir a intensidade da reação determinada pela primeira injeção de arsenio.

Fazer em seguida oito injeções intravenosas de novarsenobenzol em doses crescentes: uma por semana. A dose inicial pode ser de quinze ou trinta centigramas. A dose maxima não poderá senão excepcionalmente ultrapassar noventa centigramas.

Entre cada injeção, durante este intervalo de seis dias, fazer cada dia uma injeção dum sal mercurial solúvel, por via intravenosa ou em injeção intramuscular.

Os efeitos desta cura deverão ser mantidos por um tratamento durante os quinze primeiros dias de cada mês no primeiro ano.

No segundo ano far-se-ha um tratamento durante quinze dias de dois em dois meses.

No terceiro, quarto e quinto anos, as curas poderão ser espaçadas, se os sinais clinicos e as reações

biologicas não fornecerem indicações dum tratamento mais ativo.

No periodo secundario em determinadas manifestações, cefalêa secundaria, nevralgias secundárias, periostites, ostealgias. artralgias, etc., e no periodo terciario, o medicamento, cuja influencia é das mais acentuadas, é o iodeto de potassio.

Administra-se em dóses crescentes, principiando por 50 centigramas, associado ao mercurio ou nos intervalos das medicações mercuriaes.

---

## CAPITULO III

### **Importancia social da esterilidade**

Quando nos propuzemos concatenar os elementos que apressadamente elaboramos sobre a *esterilidade da mulher*, não esquecemos a importancia que sob o ponto de vista social a este assunto deve atribuir-se.

Não sendo estranhos aos economistas, sociologos e medicos os problemas que regulam o aumento de população e sua importancia e sendo incriminadas causas de diferentes naturezas que contribuem para a despopulação dalguns paizes, ou antes para o restrito aumento anual dos seus habitantes, não pudemos deixar esquecida esta causa.

Referindo-nos particularmente a Portugal, onde esse aumento orça aproximadamente em 9,5 por 1000 e atendendo á recente despopulação motivada por questões

de guerra e epidemicas, achamos oportuno chamar a atenção para corrigir dentro das medidas do possível o *deficit* que este estado anormal ocasionou. E se a população dum país é função de natalidade e mortalidade e se alguma coisa de louvavel se tem feito á custa do esforço medico para debelar esta, outro tanto não tem acontecido para beneficiar aquela.

Urge, pois, que a atenção se volte para combater as causas embora multiplas, que diminuem a quota dos nascimentos.

Neste sentido pouco ou nada se tem feito; áparte restritas medidas, nem sempre postas em pratica, para restringir o numero de abortos provocados e alguma propaganda sobretudo feita contra a corrente neo-maltusianista, cujos efeitos se podem dizer nulos, nada mais se tem tentado.

Nestas circunstancias não repugna afirmar que bem restritas téem sido as medidas tendentes a atenuar tão perigosas causas de despopulação.

Pelo que respeita particularmente á esterilidade da mulher, parece-nos que o assunto tem sido crimosamente votado ao esquecimento por parte de quem compete vigiar pelos elementos de riqueza do país.

Conviria, pois, que este assunto fosse encarado de frente, tendo bem patente a opinião dos economistas que afirmam ser o aumento de população uma das mais beneficas causas de fomento social, cada individuo representando em potencia um capital.

A preocupação de higienistas e governantes tem influido sobremaneira, mais na conservação do existente do que sobre as causas tendentes á diminuição da natalidade.

Provam-no concludentemente as medidas de proteção empregadas para debelar as recentes epidemias, causas passageiras de despopulação. Pena é que não tenham merecido eguaes atenções as causas permanentes da referida despopulação. Verdade é que estas ultimas causas, não tendo o carater de agudeza e o aspeto alarmante das primeiras, têm motivado um certo desleixo, mas nem porisso devem ser consideradas de somenos importancia.

Relativamente ás que contribuem para a esterilidade da mulher, as que particularmente nos interessam aqui, poderiam a nosso vêr, atendendo ás medidas de ordem terapeutica adequadas a cada caso, ser combatidas em grande parte e desta maneira contribuiríamos para em certos limites resolver o problema da população. Seria medida de alto fomento que deveria tentar-se. Bem sabemos ser difficil tarefa, mas essa condição não envolve impossibilidade de agir.

Á complexidade aparente do problema responderemos com os seguintes artigos dum decreto que o governo deveria publicar:

Artigo 1.º Todo o medico é obrigado a declarar os casos de esterilidade e suas causas presumiveis, de que tenha conhecimento.

Art. 2.º Toda a mulher esteril deverá ser observada por uma junta medica, organizada para tal fim, que indicará o tratamento a que deve ser submetida.

Art. 3.º O Estado criará casas de saude adequadas a esse fim, onde serão tratadas aquelas que não tenham recursos.

---

# OBSERVAÇÕES

---

## I

C. O. tem 22 anos, solteira, domestica e de constituição robusta.

*Antecedentes pessoas.* — Foi menstruada aos 14 anos, mas logo após o seu aparecimento, suspendeu-se a menstruação durante um ano.

Foi desflorada aos 16 anos. Decorridos alguns meses, apareceu-lhe um corrimento abundante de côr amarelada, sentindo dôres localizadas á região hipogastrica, espontaneas e persistentes, tendo irradiações para a região lombar.

As suas menstruações, que até aqui se faziam normalmente, tornam-se dolorosissimas a ponto de guardar o leito durante todo o seu periodo catamenial e ser ne-

cessario recorrer ás fomentações sobre o hipogastre e á morfina.

Nunca gravidou.

Deu entrada num hospital onde esteve durante dois mēses e safu melhorada.

*Estado atual.* — O estado geral profundamente abatido e um estado cloro-anemico acentuado.

Encontra-se sempre mal disposta e facilmente se irrita.

Tem repugnancia pelos alimentos, nauseas e anorexia. Uma obstipação de dois e tres dias. Dôr á micção e micções frequentes.

Apresenta um corrimento pouco abundante de côr amarelada que aumenta nos periodos menstruaes. Tem uma dôr atenuada localisada á região hipogastrica e sensação de peso sobre o perineo. As suas menstruações não são tão dolorosas como outrora.

*Exame do aparelho genital.* — Vulva bem conformada. A mucosa vaginal um pouco congestionada e uma ligeira tumefação do meato.

Ao toque o utero apresenta-se numa ante-versão um pouco acentuada, um pouco aumentado de volume e doloroso e o colo com o seu orificio arredondado.

Á inspeção direta pelo especulo, observa-se um corrimento pouco abundante de côr amarelada que aumenta com a pressão sobre o hipogastre.

O colo apresenta uma côr vermelho vivo e ulcerações em volta do orificio do focinho de tenca.

*Diagnostico.* — Metrite cronica.

TRATAMENTO. — Desde que saíu do hospital onde se internou, segundo confessa, por não poder sofrer por mais tempo as dôres do periodo menstrual, nunca mais fez tratamento algum.

Como deseje casar-se, procurou o médico, muito preocupada com os seus males, declarando que apesar de já ter sofrido mais do que atualmente sofre, deseja curar-se.

Estudou-se o caso convenientemente, fez-se-lhe o tratamento da metrite durante tres mêses, findos os quaes estava curada.

Casou e o casamento para ela trouxe-lhe a regeneração da sua vida passada.

Ao fim dum ano de casamento era mãe.

Em consequencia do parto, instaura-se-lhe uma nova metrite que lhe dá um segundo periodo de esterilidade em que se encontra.

Anda em tratamento.

---

## II

M. A. S. P., casada.

*Antecedentes pessoas.* — Nada digno de menção especial. Ligeira anemia.

*Estado do utero e dos anexos.* — Normal antes do primeiro parto.

Passados nove meses, após o casamento, teve um parto laborioso motivado pela fraca dilatabilidade do colo.

A involução fez-se lentamente, resultando uma ligeira retro-flexão uterina, que se tem acentuado com o decorrer do tempo.

O tratamento médico tem sido bastante irregular e os resultados obtidos são quasi nulos.

Ha quatro anos que se deu a retro-flexão e com ela a esterilidade.

Os ovarios são dolorosos á pressão e encontram-se um pouco caídos para o fundo de sacco de Douglas.

A doente tem tido varias crises ovaricas com irradiação dolorosa para as coxas e leve congestão uterina.

Menstruação normal.

*Conclusão:* — Esta doente deve a sua esterilidade á retro-flexão uterina que, curada ou mesmo corrigida, lhe restituiria a fecundabilidade.

---

Visto,

*Teixeira Bastos.*

Pode imprimir-se,

*Maximiano Lemos.*