

THESE

PARA O CONCURSO Á 10.^A SECÇÃO

=====
(clinica gynecologica e obstetrica)
=====

~ na ~

Faculdade de Medicina e Pharmacia de Porto Alegre

A pressão intestinal e a torção normal do utero gravido

(Cadeira de clinica obstetrica)

Pelo Dr. Martim Gomes, formado pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre, antigo externo do serviço Civial do hospital „Lariboisière“, em Paris, membro da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, cirurgião do hospital da Santa Casa de Misericordia, antigo interno da clinica gynecologica do mesmo hospital, antigo interno do Hospital Militar.

Abril, 25, de 1917



PORTO ALEGRE

Officinas Graficas da Livraria do Globo

Filiaes: Santa Maria e Cruz Alta.

8633 e

ERRATA

A' pagina	linha	onde se lê	leia-se
1	3	obstetrica	obstetrica
4	27	recebemos	receberemos
5	25	influencida	influenciada
5	36	sbarra	esbarra
7	9	abdomem	abdomen
7	10	torsão	torção
11	1	que esconde-se	que se esconde
12	30	circunstancia	circumstancia
14	5	pent	peut
14	30	obstrectica	obstetrica
15	3	alleatoria	aleatoria
15	14	corte	córte
16	15	localisação	localização.
14	25	porque	ou
14	27	abstracta	abstracta,
18	10	uns	uns,
18	10	conjunctivas	conjunctivas,
22	35	regiões	razões
30	10	alias	aliás
31	19	os raros	alguns dos

31 na IV conclusão as segundas commas, que delimitam a citação, não devem ficar depois da palavra *direito*, mas depois da palavra *habitual*, isto é, doze palavras adiante.



Bib.Fac.Med.UFRGS

T-0432

A pressao intestinal e a torca

THESE

PARA O CONCURSO Á 10.^A SECÇÃO

==== (clinica gynecologica e obstetrica) =====

~ na ~

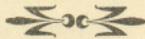
Faculdade de Medicina e Pharmacia de Porto Alegre

A pressão intestinal e a torção normal do utero gravido

(Cadeira de clinica obstetrica)

Pelo Dr. Martim Gomes, formado pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre, antigo externo do serviço Civial do hospital „Lariboisière“, em Paris, membro da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, cirurgião do hospital da Santa Casa de Misericordia, antigo interno da clinica gynecologica do mesmo hospital, antigo interno do Hospital Militar.

Abril, 25, de 1917



PORTO ALEGRE

Officinas Graficas da Livraria do Globo

Filiaes: Santa Maria e Cruz Alta.

CAPÍTULO PRIMEIRO

OS DADOS DO PROBLEMA

Combinação maravilhosa de adaptações, o mecanismo do parto disfarça-se na resultante simplicíssima de uma força que vence um obstaculo. Na apresentação occipital, a cabeça desce, de inicio, flexionada, por uma applicação de alavancas. Sobreponham-lhe, na explicação, si quizerem, a influencia do plano inclinado, que é a bacia, onde bate o ovoide cujo polo occipital, mais proximo, é, por isso, o menos resistente. Não ha invocar necessidade de maior clareza.

Progrida o trabalho, e a rotação arrasta o occipucio para a symphise. Realisa um movimento simples, de origem complexa. Na formação delle, a explicação esbarra em difficuldades imprevistas. Em todas as maternidades, de longo tempo, copioso material de observação, tem servido á elucidação do facto, desdobrando-se em demonstrações, verificando-se em contraprovas, confirmando-se o principio geral, ás vezes, na contraversia do desmentido em uma excepção apparente. E as theorias vestem todas as roupagens da seducção em roda do facto material inflexivel e repetido. Vi, na velha Europa, imponentes cursos, em salas augustas de tradição, onde a explicação filiava-se, ás vezes, de doutrina inconsistente e sem merito. Recordemos uma pagina de Bumm, o typo, muito raro, de um professor moderno — a um tempo claro e

profundo, simples e brilhante. Não ha melhor resumo do estado actual da questão.

« Para explicar o segundo movimento, a rotação do occipucio para diante, tem-se recorrido á forma particular da ossatura pelvica.

Muitos admittem que o estreito superior é mais espaçoso no sentido transversal e o inferior no sentido antero-posterior. Dahi o adaptar-se o grande diametro da cabeça ao maior diametro de cada estreito, e, portanto, a rotação. Ora, a ossatura duma bacia não é o corpo da parturiente. Porque no estreito inferior tambem o diametro transverso supera o antero-posterior emquanto o coccyx não retrocede. E mesmo depois do recuo do coccyx, o diametro transverso é apenas menor que o outro. A rotação, pois, não pode ser produzida pela forma do estreito inferior. Aliás ella começa já quando a cabeça está ainda acima desse estreito. Pelo contrario, é muito mais plausivel admittir com Hubert, Werth e Fritsch a acção exercida sobre o sentido da rotação pela chanfradura symphysiana na parede pelvica anterior: em cima não ha rotação porque a pressão exercida sobre a cabeça, pela parede pelvica, é bem distribuida em redor. Mas desde que o occipucio, a parte que se apresenta, galgou a chanfradura symphysiana, já está voltado para ella, posto que della recebeu menos resistencia.

Si procurarmos a observação directa sobre a parturiente, recebemos a impressão de que a musculatura do soalho pelvico, sobretudo os feixes do levantador do anus, desempenha um papel importante na rotação da cabeça. Desde que esta chega á fissura sagittal, que entre si deixam as duas porções do levantador do anus, a rotação se inicia. E muitas vezes percebe-se claramente a cabeça girar, sobre os feixes do levantador tenso, desfazer a rotação, no fim da contracção uterina, repetil-a depois, completal-a, numa contracção mais longa ou mais forte, e fixar-se definitivamente. Esta acção do diaphragma

pelvico era já conhecida de Noegele, sua importancia para a rotação foi em seguida assignalada por Spiegelberger Wiener, e recentemente ainda realçada por Warrier. O que verificar, mesmo numa unica parturiente, este effeito do levantador, não deixará de confirmar a justeza da nossa asserção. Mas porque, salvo raras excepções, é sempre o occipucio que vira para diante no decurso dessa rotação? A acção real do soalho pelvico não basta para explicar este facto, nem o constatar que o diametro longitudinal da cabeça coincide com a botoeira sagittal do diaphragma pelvicô.

Si a acção muscular fosse a unica em jogo, deviamos esperar, nas insinuações transversas da cabeça, que tanto um como o outro polo do ovoide viesse para diante, tanto o occipucio como a grande fontanella. E em todos os casos onde o occipucio se insinuasse atraz, seria natural que a rotação o levasse para traz. Ora, é o contrario precisamente que se dá; mesmo quando o occipucio se insinua atraz, elle volta-se, com a rotação, para diante.

Na minha opinião Eichstedt e Olshausen deram uma justa interpretação deste facto importante explicando a rotação para diante, do occipucio, pela *rotação do tronco fetal*. Graças á solida applicação do mento sobre o peito, a cabeça e o tronco formam um todo unico, invariavel; já durante a prenhez a posição da cabeça é influenciada pela do tronco; si o dorso está virado ligeiramente para diante, o occipucio olha tambem um pouco para diante; si o dorso acha-se um pouco para traz, a cabeça tambem, e, via de regra, assim se insinua. Depois, como o utero se *achata* durante a expulsão, este achatamento impelle normalmente o dorso para diante, o dorso communica esse movimento á cabeça e imprime-lhe a tendencia a virar o occipucio para diante. Essa tendencia se realisa desde que a acção muscular do soalho pelvico procura collocar a cabeça no sentido antero-posterior; a rotação do occipucio para traz sbarra na resistencia do tronco, solidario com a cabeça,

e a rotação do occipucio para diante é favorecida pelo tronco: por isso quasi sempre se realisa. Mesmo quando o tronco e o occipucio são desde a origem dirigidos para traz, é o tronco que começa a rotação para diante e inicia o movimento do occipucio no mesmo sentido. A forte proeminencia da columna lombar e do dorso impedem o dorso de virar completamente para traz; sob a acção das contracções uterinas elle é virado de lado, depois para diante e accarreta o occipucio na sua rotação, E' tambem a explicação de Trillat e de Pollosson.»

Tal é o mechanismo aceitavel. 'Aponte-o para resaltar, por elle, a importancia que tem, no mechanismo do parto, a situação do eixo do utero para o lado da linha media, não podendo o orgão repousar na eminencia do promontorio. A influencia do soalho pelvico, e outras, têm menos importancia, na rotação, do que a situação do utero gravido ao lado da linha media, visto que tal situação determina o sentido da *rotação do tronco fetal* e, portanto, o do occipucio. Por outro lado, o *achatamento* do utero em contractura, consequencia da disposição das fibras musculares, inicia a rotação, que a columna e o promontorio condicionam. Ora, esse achatamento não se faz exactamente de diante para traz, mas um pouco para a esquerda, quando o orgão está á direita, e para a direita, quando o utero está á esquerda. Entre os elementos da rotação está pois, indirectamente, essa inclinação, que torce o utero. Essa torsão do utero, que aqui, a meu ver, indirectamente tem a sua influencia, (eu ignoro si alguem já lhe viu esse papel,) constitue uma condição anatomica que, antes do trabalho do parto, quando as posições fetaes se estabelecem mais estaveis, assume uma importancia capital, bem esclarecida por Bumm.

Noventa e nove e meio por cento das apresentações fetaes são longitudinaes; destas, quasi todas são cephalicas. (95 % do total.) Nas apresentações longitudinaes, quer se trate da primeira posição, (dorso á esquerda,) quer da

segunda, (dorso á direita,) o dorso não está quasi nunca exactamente para a direita nem precisamente para a esquerda. O dorso está quasi sempre desviado, mas de preferencia para o lado esquerdo. Visto que tal preferencia se realisa sobretudo nas apresentações longitudinaes isto é, em 99 % dos casos de gravidez, impõe-se a assiduidade notavel das causas, e á priori já, não é de admirar que Bumm lhe descobrisse a origem nas disposições anatomicas do abdomen. Ora, esse fundamento anatomico é, em ultima analyse, a torsão physiologica, normal, do utero gravido: «Nós explicamos a tendencia do feto a virar o dorso para o lado, e especialmente para o lado esquerdo da mãe, pelas condições anatomicas da cavidade abdominal e a situação do utero gravido no interior della. A explicação é a mesma para a predominancia da variedade dorso-anterior na 1ª posição, e dorso-posterior na 2ª. Si o espaço fosse illimitado no abdomen, si o utero lhe occupasse justamente o meio, o feto vinha pôr o dorso na parede anterior do abdomen, e do utero, quando a mãe está em pé, e na parede posterior quando ella está deitada; porque o feto não oscilla o corpo em equilibrio sobre a cabeça, mas procura, para o plano dorsal, um apoio estavel na parede abdominal. Interdicto, porém, lhe fica esse apoio, quer adiante, quer atraz, pela saliencia da columna lombar, que estreita a cavidade abdominal na linha media.

Como o utero gravido fez, na cavidade abdominal, uma rotação sobre o eixo longitudinal, de sorte que o lado esquerdo do orgão olha a parede abdominal anterior, segue-se d'ahi que o dorso fetal, cahindo para diante, cai, em geral, para a esquerda, emquanto, inclinando-se para traz, desvia-se, via de regra, para a direita; (griphei-o eu,) ou, em outros termos, na primeira posição, o feto prefere a variedade dorso-anterior, e, na segunda posição, a variedade dorso posterior.»

A torsão physiologica é um facto ; é frequente, no

estado normal, depois da primeira metade da gravidez, quando o utero ganhou francamente o abdomen, e é estavel no termo della. Facto, por outro lado, da maior monta, presos como estão a elle, e nelle se resolvem, os phenomenos da *posição* e suas *variedades* na gravidez normal.

Indagar-lhe a origem — tal é o problema que nos vai occupar.

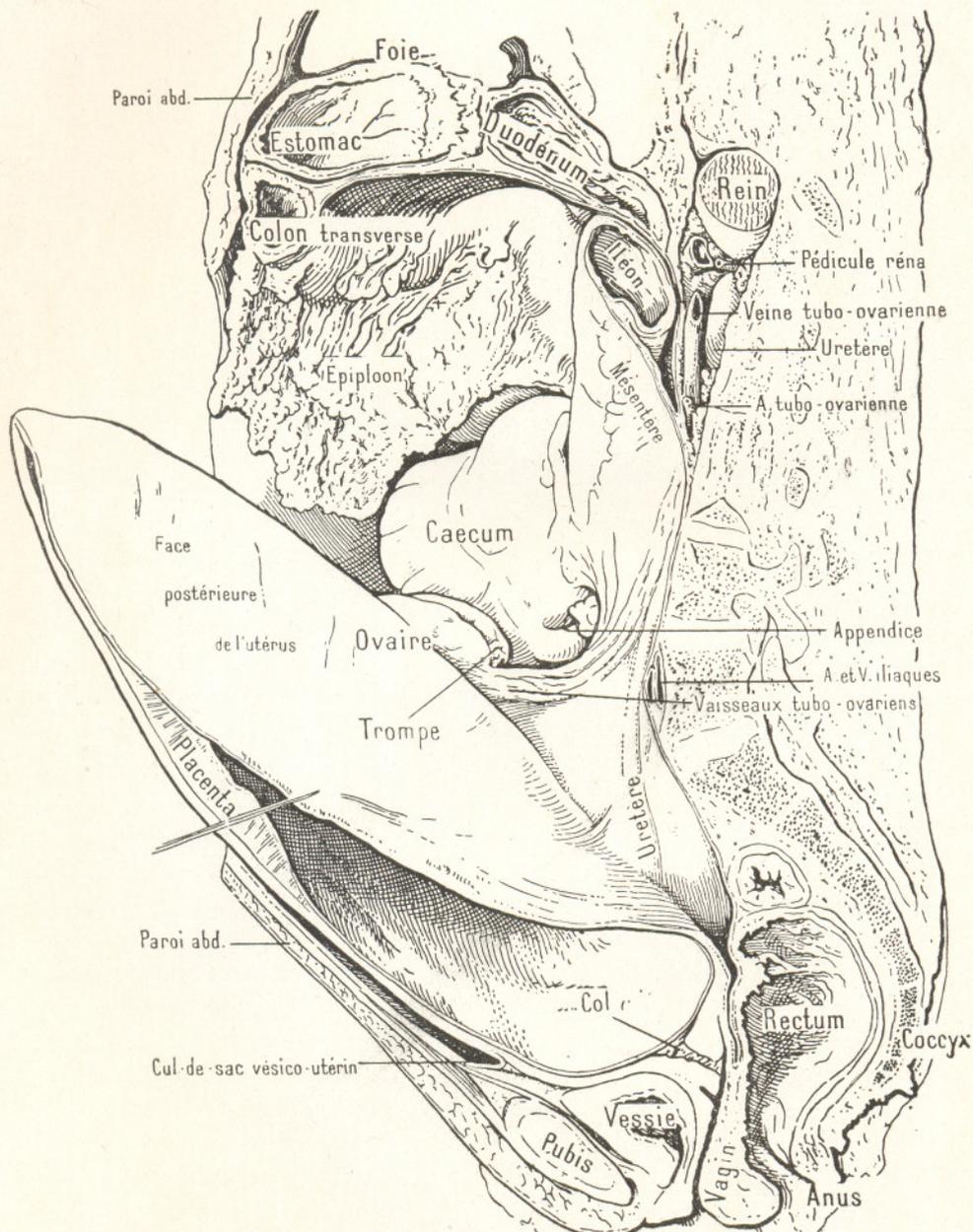
CAPITULO SEGUNDO

A TORSÃO DO UTERO GRAVIDO

O utero gravido, quando ainda demora na pelvis, varia, ao sabor de multiplas influencias, as suas relações, a orientação, a attitude, a situação. A bexiga enche-se repellindo-o. O intestino enche-se abaixando-o pela sua porção delgada; levanta-o pela sua porção rectal túmida; e a alça sigmoide, na fossa iliaca, quando o utero faz a sua mudança para o abdomen, já o recebe com resistencia mais firme do que o cœcum no outro lado. O grau da tensão abdominal, a posição da mulher gravida, a sua attitude, taes são outros elementos que concertam as relações do utero habitante da pelvis. Taes relações ganham estabilidade, com a proximidade do termo da gestação, quando o utero se installa na cavidade abdominal, na proporção da tonicidade da parede do ventre e do volume fetal.

O utero, nos ultimos mezes, alojado no ventre, dá, á primeira vista, a impressão de sobrepor-se a quasi todos os órgãos. Mesmo o epiplon apenas lhe adorna o terço superior, toucando-o feito uma coifa. A vesicula biliar entre-olha, na altura da ponta da oitava costella, ao lado do bordo do figado. O estomago apenas se entremostra, sobre um pequeno tracto do colon transverso. O cœcum só se descobre afastando a parede do ventre até expôr o bordo da massa sacro-lombar.

FIGURA I



Corte congelado, (Museu da clinica de Baudeloque), praticado por Varnier numa primipara de 18 annos aos 7 $\frac{1}{2}$ mezes da gravidez. Relações do utero do lado direito. O retalho da secção uterina foi afastado para diante. (Tirado da photographia de Couvelaire).

A' esquerda, emfim, algumas alças do intestino ainda lutam, enoveladas, para manter um trecho reduzidissimo da parede anterior do abdomen. Olhemos, pelas photographias juntas, algumas destas relações.

A face posterior do utero, (fig. 1) levando o peritoneo, no seu crescimento, desligou-o dos ligamentos utero-sacros desdobrados. O pediculo utero-ovariano, na ascensão, transportou-se para cima. Os vasos tubo-ovarianos abandonam a parede posterior na altura da 5ª vertebra lombar, e alcançam o ovario e a trompa por baixo da extremidade do cæcum, abraçando o appendice numa curva. Do cæcum parte o ilio, facilmente mobilizado para cima contra o duodeno, por cima do uretere e do pediculo renal, acompanhando a veia tubo-ovariana.

Menos facil foi á esquerda, (fig. 2,) o afastamento do intestino grosso, que não pode deixar o estreito superior como ao lado direito. Tambem o delgado, á esquerda, ficou preso pelo meso, atraz da alça sigmoide. Dahi o menor deslocamento do peritoneo, e o ficarem os vasos tubo-ovarianos na altura do promontorio terminados no ovario e na trompa, em situação mais anterior. Desta situação do bordo esquerdo do utero vem a differença de trajecto do ligamento redondo, ganhando, neste lado, directamente o canal inguinal, sem repousar, como á direita, sobre a fossa iliaca.

Estas relações são exactas na posição horisontal, em que foram congelados os orgãos para o corte. Na occasião em que o utero, estando a mulher em pé, descança na parede abdominal normalmente resistente, as relações pouco se alteram, as alças intestinaes ficam, em cima, um pouco mais livres que em baixo. Nas multiparas, nos ventres mais distendidos, ha condições que afastam mais o utero para diante; os pediculos utero-ovarianos, não oferecem resistencia e cedem. Assim o intestino desce e tende a tomar a linha media. Ora, é de observação commum o effeito dos abdomens flacidos sobre a situação

do utero mais para a esquerda do que normalmente. Si a mulher gravida deita-se sobre o lado esquerdo, o utero encontra toda a massa intestinal visivel na fig. II ali estavel pelas condições já notadas, porém não oppondo resistencia invariavelmente intensa. Si a alça sigmoide não pode abandonar esse lado, e, portanto o resto do colon descendente, com o cœcum não se dá o mesmo, pois elle é repellido, deslisando paulatinamente os seus ligamentos peritoneaes, e, portanto, levando consigo o ilio, e cedendo esse lado ao utero.

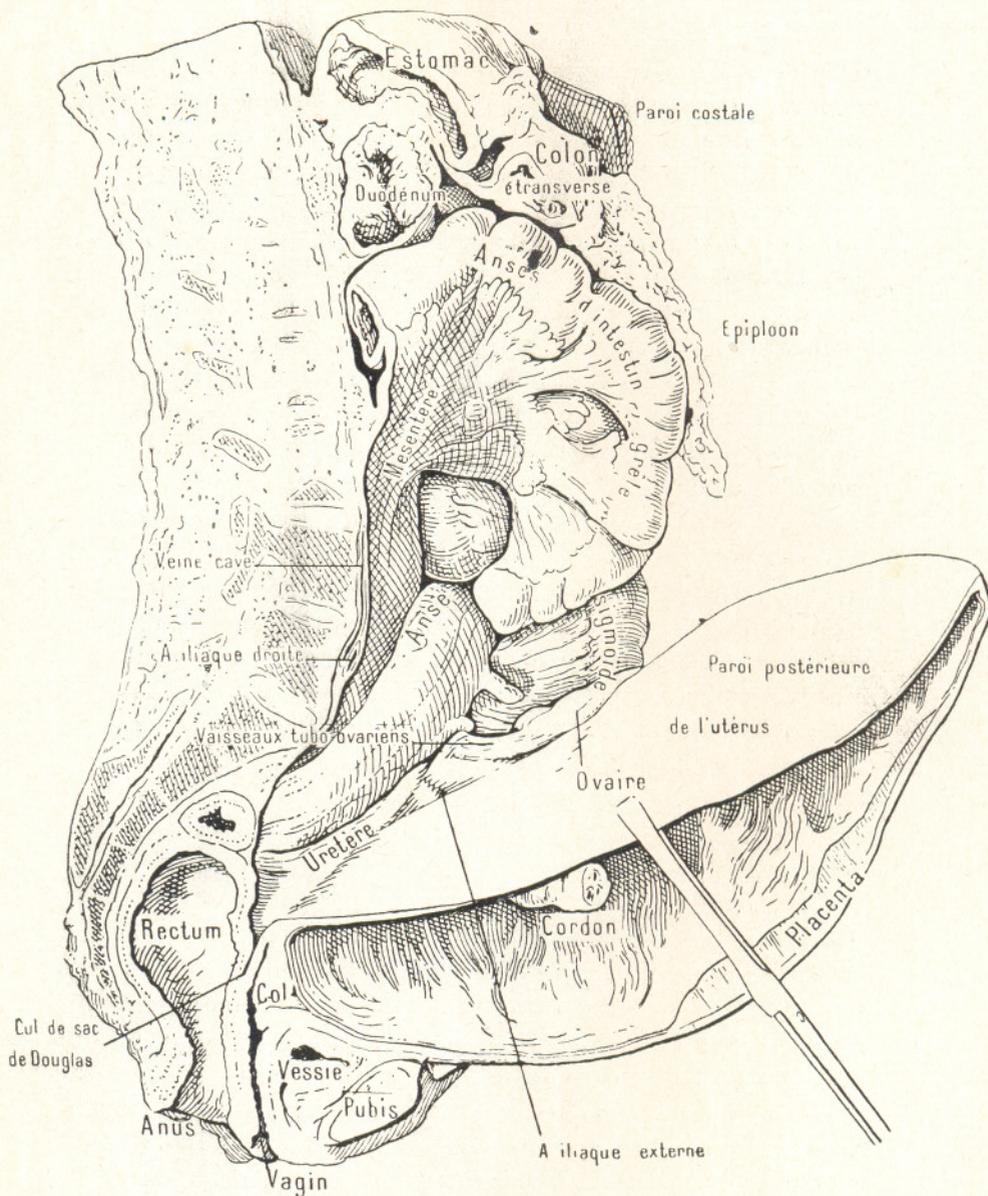
Devem-se levar, porém, em conta mais duas circumstancias—a demora maior da massa fecal no intestino á esquerda do que á direita, e o sentido dos movimentos das fezes.

Quanto a esta ultima circumstancia, vede na fig. I como a pressão do utero sobre o cœcum favorece a circulação das fezes, auxiliando o seu funcionamento. A pressão faz-se ao sabor do effeito da contracção intestinal. Olhemos como na fig. II, á esquerda, o meteorismo das alças delgadas, ou o accumulô fecal na sigmoide não são favorecidos pela pressão do utero, que se exerce de baixo para cima e para traz e, portanto, aqui ou alli, tende tanto mais a antepor-se á função intestinal quanto mais intensa for.

Ora, imaginemos que o utero nesta ou naquella posição, estando o intestino livre, eucontre repouso no lado esquerdo da columna. Com a alimentação, quando o intestino delgado se enche, a situação começa a tornar-se instavel. Si a mulher está deitada sobre o lado esquerdo, o utero ainda pode ficar ahí.

Releva, porém, notar que o contacto ainda assim é menos estavel, porque o delgado, mesmo que tenha tanta tendencia a ir para um como para outro lado, mais facilmente se encheria deslisando para a esquerda do que escapando para a direita pela disposição do seu meso, e porque, a sua replecção, coincidindo com o esvasiamento

FIGURA II



Corte congelado, (Museo da clinica de Baudeloque), praticado por Varniér numa primipara de 18 annos aos 7½ mezes de gravidez. Relações do utero no lado esquerdo. Uma pinça afasta o retalho da secção da parede posterior do utero. (Tirado da photographia de Couvetaire).

do estomago que esconde-se no espaço de Traube, coincide, em verdade, com uma inicial attração do intestino para o lado esquerdo. Continue o movimento das fezes no seu sentido normal. Infla, aos poucos, o intestino grosso. A' direita o cæcum recebe, na pressão do utero, um auxilio. A' esquerda, o contrario. D'ahi a tendencia do utero a tomar o lado onde as fezes não o contrariam.

Antes, porém, que a força peristaltica do intestino levante o utero, o mal estar que esse inicio de retenção produz na mulher obriga-a a mudar a sua posição, si, por outro lado, (como é facil observar, e eu estou convencido de o ter conseguido), o utero, por uma contracção reflexa partida do intestino assim premido, não obrigar o feto a mudar o dorso, facilitando, do mesmo passo, a mudança do utero para a direita, ou, creando, pela dôr muito leve da contractura uterina, nova forma de mal-estar que por si tambem contribue para a mulher mudar de posição. Toda essa série de efeitos da repleção intestinal pelo bolo fecal eu julgo ter observado com um clyster, de proposito feito, quando a paciente deita-se sobre o lado esquerdo.

Quanto á outra circumstancia, a demora maior da massa fecal á esquerda, é tambem um facto da physiologia intestinal.

Em média, segundo as experiencias de Hertz, a sombra do repasto bismuthado começa a desenhar-se no cæcum já $4\frac{1}{2}$ horas depois de ter percorrido todo o intestino delgado. Em 2 horas mais attinge o angulo hepatico do colon; dahi ao angulo esplenico leva $2\frac{1}{2}$ horas. Do angulo esplenico, para tomar a metade do descendente, emprega, em tão curto trajecto, (até ao nivel do umbigo,) 2 horas, e só seis horas mais tarde chega á porção pelvica do colon.

Do conjuncto destas causas — um primeiro effeito: o utero cai para a direita.

Desta situação á direita, e visto que ella se faz pelo corpo do utero com exclusão do segmento inferior livre della pela sua condição de escapar ás influencias abdominaes, desta posição do utero assim realisada decorre a obliquidade do seu eixo longitudinal, olhando o fundo do utero para cima, (na posição em pé,) e para a direita: direcção obliqua. Por outro lado, a face posterior do utero, repousando sobre a parede posterior do abdomem, á direita, sobre a columna no centro, e sobre a massa intestinal (visivel na fig. II) á esquerda, repousa, em realidade, sobre um plano que olha para diante e para a direita da mulher. As suas duas faces, devendo-se manter mais ou menos parallellas, por força da disposição estructural do seu arcaboço muscular, realisam, por esse mechanismo, uma rotação do utero sobre si mesmo, em torno do eixo longitudinal. E' a torsão do utero, pois, consequencia da pressão das fezes intestinaes. A simples pressão, em vista desse mechanismo, não cria a torção fóra das condições normaes acima referidas. Motiva-a. Géra-a como uma consequencia da situação para a direita, que é o effeito directo.

Aliás essa torção, como a situação que a origina, o utero as soffre quasi sempre quando um tumor lhe augmenta o volume conservando-lhe sensivelmente as relações com a vagina e a fórma ovoide. Vimol-a, varias vezes, em grandes tumores do utero.

A mesma tendencia de desvio uterino para a direita, filiada ás mesmas causas, vemos frequentemente no inicio do puerperio, tanto mais frisante quanto mais atonico estiver o musculo uterino, circumstancia que alonga o orgão e o faz em situação abdominal, levando-lhe o fundo até ao nivel do umbigo. E' a mesma consequencia da pressão intestinal, demonstravel e observavel nas mesmas condições. Sómente, mais virtual, dada a tensão menor da cavidade abdominal. E' ainda um pouco depois, quando o utero vem-se recolhendo á sua moradia pelvica, e tem o

fundo em frente ao promontório, ainda a distensão vesical realisa, aos olhos do parteiro, uma ultima prova da mesma tendencia imposta pela pressão intestinal: si a bexiga, muito distendida, leva o utero, já equilibrado sobre a linha media, contra a saliencia do promontório, o orgão foge ao aperto tomando a parte que lhe fica para a direita, pois, á esquerda, está, por ventura, a alça sigmoide...

Por intermedio da torção do utero, a pressão intestinal realisa consequencias clinicas que nem sempre são referidas á sua verdadeira causa. Ignoram-na. Não façamos affirmações tão graves. Demonstremol-o. Vejamos os cortes congelados dos cadaveres de mulheres gravidas. O uretere, á direita é, por vezes, mais largo, mais distendido, que o esquerdo. Ha cortes onde elle está quatro ou cinco vezes mais calibroso que o esquerdo, no livro de *Convelaire — Introduction à la chirurgie obstétricale*. O facto é apontado e a conclusão não é tirada. Vejamos o inverso. A consequencia, — a pyelonephrite gravidica á direita, é estudada, mas a causa é dubiamente invocada, ou mesmo negada, por falta na observação. Em 70 casos de pyelonephrite gravidica, Legueu observou 65 á direita. A compressão ureteral é de velha data invocada, e Legueu o faz notar de inicio, (*Traité chirurgical d'urologie*.) Depois de citar a opinião que subordina a pyelonephrite não á compressão, mas á distensão ureteral pela bexiga repleta, Legueu sympathisa, enfim, com a pathogenia de Mirabeau, segundo o qual «*cependant, la préparation à la pyélonéphrite résulterait bien plus de l'hyperhémie de la muqueuse vésicale, et des changements apportés aux rapports de l'urètre, de la vessie et des uretères, changements qui modifient et troublent l'excretion de l'urine.*» Vêde a razão de Legueu: «*Parfois, en effet, la pyélo-néphrite se produit de bonne heure, à une époque où il ne peut être question de troubles mécaniques. Elle est plus fréquent vers le quatrième mois, est presque toujours unilatérale, et frappe alors le rein droit.*»

Si a alça sigmoide e o cœcum estão cheios, a bexiga, em distensão, leva o utero gravido contra o uretere direito, mesmo quando elle é ainda de pequeno volume, situação na pelvis. Acima vimos quanto é facil verificar. Porque, pois, *ne pent-il être question de troubles mécaniques?*

A pyelonephrite é mais frequente pelo quarto mez...
Dá essa allegação a infallivel impressão de que os autores querem acceitar o effeito da pressão total, quando a prenhez está no fim, e esquecem que ella é um effeito da torção do utero e, portanto, deve ser precisamente *plus fréquent vers le quatrieme mois, presque toujours unilatérale, et frapper alors le rein droit*

No *Traité de Médecine et de thérapeutique*, sob a direcção de Gilbert e Thoianot, no volume XXI, Jeanselme, Chauvard, Weil e Laederich nem sequer mencionam, (pag. 357,) na pathogenia da pyelonephrite gravida unilateral, a *exclusiva* localisação á direita, *exclusiva* em quasi todas as estatisticas, circumstancia que impressiona o espirito no induzir a pathogenia. Assim não podiam deixar de attribuir, a pyelonephrite á «congestion passive des reins» creada pela prenhez, o que é inaceitavel anatomicamente; e não é, de espantar que elles falem em compressão «*des uretères.*» o que tambem não é precisamente uma verdade brilhante. Outros ha que não têm estes insignificantes senões de pathogenia — porque não tocam no assumpto.

Taes defeitos de pathogenia, de ordem mais abstracta são de somenos importancia, não aproveitando directamente aos doentes. Assim a torção do utero em relação á cirurgia obstrectica, dictou já claramente as regras que lhe são immanentes: a technica operatoria, excluidos os casos de adherencias, para assegurar a insisão uterina sobre a linha media, mais pobre de vasos, impõe a hysterotomia — *fora do ventre*. Não nos detenhamos, nesses detalhes, já bem estudados. São bem sabidos as bases anatomicas desses preceitos, e conhecida a sua applicação pratica.

Não assim as consequencias pathologicas da pressão intestinal que se fazem sem o intermedio da torção do utero; pressão alleatoria e virtual, pedindo, na contigencia das funcções de outros órgãos, novos factores que se lhe sobreponham, silenciosamente, no compor uma enfermidade onde o complexó das causas escurece a inducção da pathogenia.

Ora, ao lado da demora fecal maior no intestino grosso, e do sentido diverso da migração do seu conteúdo á direita e á esquerda, vimos, nos cortes congelados, a fixidez da alça sigmoide em relação ao deslislamento do cœcum para cima. Vimos a importancia dos mesos na escolha da posição do intestino em relação ao utero. E basta olhar um corte transversal do tronco, passando no meio dos rins, para notar, ás vezes, o colon ascendente, envolvido pelo peritoneo, enviar um meso sobre o rim direito, emquanto á esquerda o peritonio apenas passa sobre a face anterior do descendente e o deixa para fóra do rim. Deriva deste conjuncto de condições anatomo-physiologicas a possibilidade, varias vezes entrevista e accusada, da pressão intestinal produzir mechanicamente alterações pathologicas, ou accentual-as. Entre os disturbios imputados á pressão intestinal, de velha data, encontramos, na litteratura medica, o varicocele no homem, e na mulher, e a aggravação de estados que lhe estão ligados por uma relação mais ou menos esclarecida de simultaniedade ou de successão, de presença ou de causalidade, como a *ovarite chronica* chamada *não infecciosa*, e a predominancia, á esquerda, das infecções annexiaes. Esta *possibilidade pathogenica* da pressão intestinal será examinada no capitulo seguinte. Entretanto, e posto que falámos na questão interessante da predominancia á esquerda, de longa data e unanimemente verificada, de varias affecções gynecologicas, tocaremos, antes de deixar o estudo da torção do utero, um ponto que pode ser esclarecido por essa torção. Tratando das ovarites infecciosas, Pozzi explica a sua prefe-

rencia pelo lado esquerdo, lembrando que a *ruptura do collo*, porta aberta á infecção, *predomina á esquerda*, e a infecção iria mais directamente por esse lado á trompa e dahi ao ovario. Ora, a ruptura do collo elege o lado esquerdo em virtude da predominancia da apresentação fetal, função da torcedura do utero, segundo induzimos neste capitulo.

CAPITULO TERCEIRO

A INFLUIÇÃO PATHOGENICA DA PRESSÃO INTESTINAL

§ I — A *salpingite infecciosa* e a *ovarite*, quando unilateraes, são mais frequentes á esquerda, inórmente si atenuadas. Inicialmente bilateraes, estas affecções são quasi sempre mais intensas á esquerda. No homem, o varicocele e a epididymite elegend, no mesmo sentido, a sua localização. E' da observação classica, unanime.

A isso poderia eu accrescentar, de observações colhidas em estatistica aliás restricta, que em grande maioria das affecções bilateraes com intensidade maior á direita, ainda a predominancia recai á esquerda no tempo ou evolução: houve, no inicio, uma annexite á esquerda, unilateral, actualmente esmorecida num processo de cura, ás vezes curada. A vulgarissima *dôr do lado esquerdo*, por onde se traduz a nevralgia ovariana nessa copiosa legião das «*nervosas*», é uma expressão trivial da mesma tendencia.

A explicação etiologica do facto, vagamente esboçada aqui e ali, de eras remotas, não satisfaz o espirito impressionado com essa curiosa predilecção. Não merece que o discutamos o pretenso *traumatismo*, maior á esquerda, que soffreria o annexo no coito, consoante uma velha hypothese. A maior frequencia da ruptura do collo á esquerda, e a propagação, portanto mais rapida, da infecção pela esquerda, constituem a razão bastante. Pozzi accrescenta-lhe a influencia da estase do varicocele tubo-ovariano, mais frequente á esquerda. Quanto ao facto, a que se

recorre, da ruptura preferindo o lado esquerdo, é elle explicado, como vimos atraz, pela predominancia das variedades da posição fetal, no trabalho do parto. Releva, porém, notar que, nos casos chronicos de inicio, nos agudos onde não houve ruptura do collo, nos não infecciosos, ou como tal admittidos, essa predominancia do lado esquerdo põe-se mais em relevo. Dahi o descredito da importancia dessa etiologia pela ruptura do collo uterino.

Demais, o varicocele do homem e o da mulher, companheiros das infecções que se encontram no mesmo lado, fazem pensar na importancia dum factor mechanico que lhes seja origem. A infecção, nas annexites, tem, no factor microbiano, sobeja razão etiologica, e a questão do lado eleito pode ser resolvida para ellas ao mesmo tempo que para o varicocele com que andam sempre irmanadas.

§ II — Mais complexo torna-se o problema si passarmos á *ovarite esclero-kystica*, entidade clinica de vário e discutido dominio, a cujo proposito têm nascido hypotheses as mais desencontradas. A só frequencia della, e a sua rebeldia ao tratamento, justificam, do mesmo passo, o paradoxo de a considerarem incuravel e de a considerarem physiologica... A menstrucção não é um *encommodo* normal, na gíria commum das mulheres? A' mingua de dados, o medico copiou dellas a philosophia, deduzindo a hypothese. E, para deixar, ao lado deste, outro paradoxo, citamos a relação, tantas vezes baralhada, entre a *appendicite chronica* e a mesma *ovarite esclero-kystica*, visto que assim abre-se a introduccção ao estudo que nos occupa. Ambas de duas muito assiduas na pathologia do ventre, apresentam-se, não raro, irmanadas, respondendo á interrogação do cirurgião que abre um abdomen á cata duma lesão. Houve um tempo em que, nesta contingencia, o operador retirava o appendice deixando, intactos, os ovarios. Foi o *periodo da appendicite*, (Lapeyre, de Tours.) Houve, antes, o *periodo gynecologico*, em que o cirurgião atacava os ovarios, com o bisturi e com a doutrina, dei-

xando o appendice, simultaneamente enfermo. Brotou, de situação assim instavel, a concepção que filia a «ovarite com predominancia á esquerda» á *appendicite*, que nem sequer mudou de lado... E isso dá ideia do que tem sido a «pathogenia» da ovarite esclero-kystica, e obrigamos a prefixar um pouco de methodo na critica de ideias tão dispares.

a) A ovarite esclero-kystica é uma consequencia *directa da congestão*. O affluxão sanguineo, a favor de constante diapedese, engorgitadas as tramas conjunctivas produziria—segundo uns a fixação de cellulas e uma *nova formação*; segundo outros, por irritação mechanica, a favor da pressão intestinal, por *mechanomorphose*, — comporia essa esclerose tão irregular, tão disseminada ás vezes, ás vezes restricta a breve trecho do tecido ovariano.

Constituida a esclerose, esirangulam-se os folliculos e d'ahi a difficuldade da sua evolução, remorada, pelas alterações do tecido circumvizinho. Tal demora augmenta o volume dos folliculos e constitue o kysto, que por sua vez nova irritação mechanica produz ao redor e favorece a formação de novos kystos.

Esta opinião tem por si a constancia da ovarite nos tumores uterinos, especialmente nos fibromas.

Argumento de escasso merito. Nos fibromas, e nos outros estados que produzem a congestão annexial, as alterações do ovario, si dão symptomas da ovarite esclero-kystica, e si se verificam na operação, existiam quasi sempre antes do fibroma, ou do tumor. Dil-o a clinica. A ovarite inicia-se quasi sempre nos primeiros annos da vida genital, e, ás vezes, com ella. Os casos clinicos typicos são precisamente esses. Quantas vezes o fibroma vem tardiamente, depois de realisada a ovarite?

Alguns pathologistas, impressionados com a esclerose ao redor dos vasos, esboçando signaes de arterites, suppoem que a congestão vehicula principios toxicos. Ora, os ovarios, pelo seu tecido nob re, teriam facilidade em

alterar-se attrahindo os venenos adventicios, ou endogenos, quer se trate duma auto-intoxicação nas molestias da nutrição, quer seja um qualquer dos venenos que o organismo pode receber de fóra.

Mas, neste caso, quem explica a congestão? Ora, o facto clinico é a assiduidade das congestões; sinão pelos tumores, pelas condições anormaes da vida genital, pelo menos em grande parte expressas em lesões constantes ao redor dos annexos, criando um estado de varicocele pelvico que as autopsias e principalmente a clinica demonstram.

A congestão existe. O mechanismo por que actua, e a origem della é que dividem as opiniões.

Quer a hyperhemia degenerem os ovarios em kystos esclerosados, quer os kystos, primitivamente endurecidos, condicionem a hyperhemia, tal successão, essencia do mechanismo, partilha os classicos, nos dois sentidos, gratuitamente.

A principal indagação é a da origem dos estados congestivos concomitantes. Dahi poderia nascer uma base pathogenica capaz de suggerir um meio therapeutico, sobretudo preventivo, para dar a unica razão pratica a essas indagações. Ora, não se encontra uma explicação plausivel nos que têm visto, na clinica e no laboratorio, a importancia da congestão. E estes são uma legião: Richehot, L. Tait, Championnière, Doléris, Siredey, J. L. Faure, Conzette, P. Petit, Quenu, etc. Entretanto, não podemos deixar de lado a concepção dessa pleiade tão luzida. Tanto mais quanto ella se resume numa palavra — arthritismo; o arthritismo é, de facto, antes de tudo, — uma palavra... que ás vezes não exprime nada, que ás vezes exprime tudo.

Qualquer que seja o estado de nutrição, ou outro, que condicione a congestão, é preciso lembrar aqui — que o tratamento dirigido contra taes estados é o que dá melhores resultados na prophylaxia da ovarite-kystica.

E' uma base de valor, e isso faz que nos occupemos das relações do arthritismo com a ovarite. Para isso, felizmente, não se faz mister indagar a legitimidade das doutrinas pelas quaes se póde lobrigar a essencia de tal diathese. Seja ella um retardamento da nutrição, (Bouchard,) em vez, duma resultante de infecções latentes, (Guyot;) exprima, com Dyce Dackworth, desarranjos dos centros nervosos, ou vagamente reflecta, com Lancereaux, uma especie de nevrose incomprehensivel, ou enfim, mais catheterica, com Huchard e Hanot, resume-se numa vulnerabilidade do tecido conjunctivo, affrouxando-se em ptoses ou endurecendo-se em escleroses, — a primeira condição deveria ser a verificação clinica, mostrando, como ponto de partida, a estreita ou remota relação da diathese com a ovarite kystica. Ora, é isto que não se verifica em evidencia. Ainda não se apontou a asthma, a obsidade, a gotta, o rheumatismo chronico, succedendo-se á ovarite esclero-kystica, ou coincidindo com ella, num grau de frequencia tal que baste a legitimar essa hypothese.

Entretanto o pensamento dos autores francezes, aos quaes o arthritismo é tão seductor, deve conter uma parcella de verdade. E deve-se explicar, talvez, assim, a influencia favoravel que a therapeutica das molestias da nutrição, arthriticas, têm, na pratica, sobre a ovarite esclero-kystica. Parcella muito diminuta.

b) — *A ovarite esclero-kystica é uma consequencia directa da infecção.*

A histologia, pela mingua de polynucleares, pela raridade de celulas embryonarias, demonstra, na opinião dos autores francezes, a natureza degenerativa da lesão. Para outros, tal aspecto anatomico não abriga a essa opinião, em vista da variedade de inicio da esclerose, ora ao redor dos vasos, ora em torno dos folliculos, ás vezes generalisada, discreta demais ás vezes, tomando uma parte restricta do orgão. Enfim, o aspecto histologico não é sempre infallivel no fixar a origem parasitaria ou não da

esclerose. Ora, os inglezes e norte-americanos têm procurado resolver a questão pelas culturas do tecido ovariano. Rosenow e Davis, (J. A. M. ass., 1915 lxvi, 1175,) num estudo sobre *the bacteriology and sperimental production of ovaritis*, apresentam 51 casos de ovarites esclero-kysticas, em 29 dos quaes isolaram o estreptococco, «in pure culture in 7 cases, and associated in the orthers with the Welch bacillus and a few staphylococci or colon bacilli.»

Do exame desses casos, retiram os autores a hypothese justissima da origem sanguinea da infecção, podendo a torrente circulatoria trazer para os ovarios a infecção de focos longiquos e latentes. São estes os factos que induzem essa opinião:

I) A occurrencia da degeneração fibro-kystica dos ovarios duma mulher de vagina imperfurada, isolando-se pela cultura o estreptococco.

II) A historia de tonsillites seguidas de supurações pelvicas em muitos casos.

III) As infecções pelvicas seguindo-se a ataques de anginas agudas, não raramente observadas em gynecologia.

IV) As peritonites consequentes a anginas infecciosas, são muito mais frequentes na mulher do que no homem, peritonites que, segundo observações feitas, seriam devidas a uma ovarite, primeira localisação dos microorganismos transportados pelo sangue.

V) a ausencia quasi constante do bacillo do colon, o que é contrario á hypothese que filia a infecção ovariana a uma propagação local.

VI) A associação frequente da cholecystite, da appendicite e das arthrites, em varios casos de ovarites, sendo «quellas affecções frequentemente devidas a um foco infeccioso distante. Das inoculações feitas com o estreptococco isolado de ovarios esclero-kysticos concluem os autores a natureza infecciosa desta molestia e, verificando

experimentalmente a localisação do germen sobre os ovarios dos animaes inoculados, ampliam, nestas proporções, as suas inducções:

«Hence, the conclusion seems warranted that fibrocystic degeneration of the ovary even in the absence of previous acute infection is due commonly to a low grade hematogenous infection by streptococci having elective affinity for these structures.»

A ideia da infecção hematogenica era já admittida pelos gynecologistas actuaes. Webster, Findley, entre outros. Assim se explica a possibilidade da infecção na ausencia dum passado uterino, repontando a molestia especialmente nas virgens e nas jovens ao abrigo da metrite primitiva. Entretanto os autores mais antigos já admittiam essa pathogenia, especialmente nos paizes onde o arthritismo não fornece os seus amplos recursos doutrinarios. Assim pensaram Virchow, Gerhard, Abel, Kolb, Ruge, Pfannenstiel, Amann, Martin e Frankel (Findley).

Outros elementos, secundarios e posteriores, por intermedio da congestão passiva, «are to be considered as predisposing and not as etiological factors.»

A essa apreciação de H. Davis ajusta-se a de Findley que não vê numa diathese a causa sufficiente das congestões, mas procura-a em «sexual excesses, menstrual congestion, subinvolution, malpositions of the uterus, habitual constipation, incompetence of the vascular system, pelvic and abdominal tumors, and the disorders of the organs of digestion.»

Si ao lado da infecção hematogenica ha a congestão, que a attrae, decorre, dahi, a razão da preferencia pelo lado esquerdo. O problema transforma-se em indagar a causa da congestão maior á esquerda, ou á esquerda apparecendo primeiro. E fica assim esclarecida a influencia da pressão fecal sobre as veias utero-ovarianas, veias que já por si têm, no lado esquerdo, regiões anatomicas de sofrer uma pressão maior do seu conteúdo. Deixamos, pois,

aqui, dois elementos etiologicos a indagar — a questão anatomica das veias utero-ovarianas, e a questão da pressão das fezes sobre ellas.

c — *A ovarite esclero-kystica é uma dystrophia ovariana perturbando a evolução do folliculo.*

Esta explicação, por demais hypothetica, inspira-se na frequencia de estados dystrophicos, ou como tal admitidos, e que acompanham as manifestações da lesão: o varicocele pelvico, por um lado, e, noutro sentido, accentuando os effeitos delle, as ptoses que deslocam os órgãos abdominaes, as colites, as congestões uterinas. Emfim ao lado destas alterações ao redor dos ovarios, admite-se uma dystrophia primitiva do folliculo, sem se lhe vislumbrar, siquer, a etiologia provavel. Este ponto de vista, mesmo assim, não é em absoluto despido de fundamento. Elle lembra os estados dystrophicos que na infancia repontam nas familias que mais contribuem para os esclero-kystos ovarianos. Especialmente quanto ás glandulas endocrinicas, particularmente o thymus, a thyroide, as supra-renaes e a pituitaria, ella poderia seduzir o espirito com o intrincado, confuso ainda, onde se começam a precisar os signaes frustos daquellas glandulas em dysfunction. Emfim, no laboratorio, esta interpretação nada encontra a seu favor, e deixa suspensa a questão da preferencia pelo lado esquerdo, eleição tão notavel que muitos, ao denominar a molestia, gravam-na dentro da definição do typo clinico:

«Des ovaires scléro-kystiques douloureux avec maximum des lésions à gauche, sans lésion de la trompe, sans métrite, chez les vierges ou les nullipares.» (Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie, mars, 1913.) (L. N. Lapeyre.)

Nestes tres grupos de theorias sobre a etiologia das ovarites esclero-kysticas, vimos notar-se o varicocele pelvico ao lado dessa molestia, sem se lhe dedicar, mórmente entre os francezes, uma demorada attenção.

§ III Ora o *varicoccele pelvico* como o *varicoccele no homem*,

prefere abertamente o lado esquerdo. E' da verificação clinica. Não é sómente uma nova fórmula do mesmo problema, é, talvez, um passo para a solução d'elle, o varicocele favorecendo as congestões, e podendo, ou localisar uma infecção que dilata a sua possibilidade ao longo da arvore circulatoria, ou auxiliar uma tendencia virtual, diathesica ou outra, e compondo, assim, uma complexa resultante clinica.

Ha um varicocele *secundario* a causas mechanicas muito claras, como os tumores pelvicos. Não é o que nos deve occupar. O varicocele *primitivo* é um estado pouco conhecido praticamente, disfarçado, não raro, na clinica, sob as apparencias duma congestão uterina mais ou menos inexplicavel, duma appendicite que não existe, ou de uma situação vaga que veste as roupagens protectoras do arthritismo

Para J. A. Wall, (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, July, 1916.) «The coexistence of varicose veins in the lower legs and labia will be of assistance in the defferential diagnosis.» As varizes dos membros preferem o lado esquerdo tambem, em grau talvez menos accentuado. Wall, quanto ao varicocele pelvico, filia, consoante outros autores, a preferencia para o lado esquerdo á posição dos vasos utero-ovarianos atraz da alça sigmoide do colon, e á anastomose com a veia renal, que se faz, á esquerda perpendicularmente. Esta disposição da veia utero-ovariana ao terminar na renal foi primeiro apontada como etiologia do varicocele no homem, e não apresenta explicação bem clara do mecanismo de sua influencia. Esta causa parece ter importancia, mórmente para os casos do varicocele em jovens, onde as condições determinantes da estase intestinal pouco fazem levar em conta a compressão pelo colon iliaco. A meu ver ella tem uma defesa no facto clinico do varicocele como symptoma, no homem, de um cancer do rim. Entretanto neste caso o meio de acção é claro, constrictos os vasos na massa lymphatica que os estrangula. Não assim para os casos primitivos. Ahi não ha re-

correr mais que ao facto physico da terminação da veia espermatica perpendicularmente á esquerda, obliquamente á direita. Nunca vi, por mais que tenha procurado, uma explicação clara para esta influencia, dada essa disposição perpendicular. Aliás a hydraulica, como sciencia dos movimentos, não raro recorre a dados empiricos particularizados para cada problema isolado, na falta de grandes leis de conjuncto que directamente se applicuem á solução desses problemas, mutaveis em extremo, como se apresentam, os dados variabilissimos delles. A facil accettazione *á priori* daquella influencia, dá-lhe ares de postulado evidente mas indemonstravel fóra dos recursos geraes da logica, como a anomalia geometrica do de Euclides.

A demonstração parece-me vir da consistencia maior que tem a corrente venosa renal do lado esquerdo, não absoluta e real, mas ficticia e relativa á direcção dos movimentos que se encontram: perpendicularmente á esquerda, obliquamente á direita.

Não se precisa, para demonstral-o, recorrer ao principio puramente especulativo da solidez da materia filiada ao movimento ionico na extractura dos atomos, consoante os principios da physica hodierna. A influencia dessa direcção diversa dos movimentos, criando um inicio de solidez relativa, estriba-se em conhecidas demonstrações de Lebon, onde se verifica a resistencia crescente duma columna liquida que tomba. A resistencia augmenta na razão directa do seu diametro e da altura da queda, isto é, da *rapidez* do movimento. O calculo, levado a proporções collossaes de altura e diametro da columna liquida, demonstra collossal resistencia, resistencia de solidez, podendo atacar um collossal projectil, como um material solido, desde que caia perpendicularmente á direcção da corrente. Por mais logica, porém, que seja a terminação da veia como causa do varicocele, as autopsias e a clinica, no sentir, quasi unanime, dos autores, não lhe dão valor

maior. « These mechanical elements, (as relações da veia com o colon e com a veia renal), are not, however, pathogenic; we have to take into consideration the condition of chronic inflammation of the fibrous tissue, wick English authors call fibrosis or fibrositis and wick is usually produced by a slight infection. »

Multiplas são as causas apontadas ás lesões que elegem o lado esquerdo, multiplas, e diversas, as naturezas dessas lesões. Não existe nenhum estudo de conjuncto sobre este assumpto, pesando o valor de causas e efeitos. Quasi todos os que se occupam delle consideram exclusivamente alguns dos problemas e abraçam a doutrina que mais lhes é sympathica. Fizemos até agora uma avaliação critica do valor das varias hypotheses, e da significação dos raros factos bem observados. Resta-nos observar que cada uma dessas affecções tem-se procurado explicar invocando pathogenias differentes para cada uma dellas. Ha uma excepção : no conjuncto das causas, a influencia mechanica apparece em todas ellas, especialmente nos estados chronicos, ou nos não infecciosos. Esse *factor mechanico*, expresso na assiduidade do varicocele pelvico, condição das outras affecções ou com ellas concomitante, é, tambem por si, complexo. Si por um lado determina a eleição dos processos infecciosos á esquerda, elle tambem, segundo vimos acima, prende-se mais tarde a um leve espessamento do tecido connectivo que agrava a tensão das veias.

Tal ligação a uma origem na *fibrositis* não é frequente no inicio do varicocele no homem. Verifica-se no varicocele pelvico na mulher? Em uma serie de autopsias em mulheres com varicocele ou ovarites á esquerda verifiquei o espessamento da trama conjunctiva do meso no ponto em que o intestino cruza as veias utero-ovarianas.

A minha impressão ligava a esse endurecimento do tecido conjunctivo algum valor. Novas pesquisas fize-

zam-me verificar o mesmo estado em cadaveres onde não havia varicocele pelvico nem ovarites. Ora, a observação directa, vale, aqui, todas as induções especulativas.

Desta base tiro as razões para não dar importancia de factor primitivo á «fibrositis» que vimos acima invocada, pelos autores inglezes, como elemento na formação do varicocele e outros estados a elle subordinados. Pelo menos não o consideremos primitivo. O varicocele no homem acompanha-se dum enducecimento do tecido conjunctivo que é claramente secundario. Excluido, nessas condições, esse elemento, ficam apenas os dois problemas acima formulados, como os unicos factores capazes de condicionar electivamente, no lado esquerdo, as affecções até aqui examinadas :

- a) pressão fecal na alça sigmoide do colon ;
- b) a questão anatomica das veias utero-ovarianas.

1) *Influencia da pressão fecal no colon.* Esta influencia não é frequente, como pareceria, á primeira vista. Hertz, entre outros, verificou multiplos casos de constipação, sem producção de varicocele, mesmo com retenção extraordinaria de fezes. Entretanto, quando o individuo tem a affecção, a constipação a aggrava. E' da observação clinica. Por outro lado, não é essencial a constipação, para que as fezes contribuam para a producção do varicocele, ou da ovarite. A demora, normalmente maior, dellas, nas ultimas posições do colon, basta como elemento secundario. Na pathogenia das hemorrhoides esse factor é, de facto, quasi exclusivo, e directamente influente. Sobram-lhe razões na disposição anatomica especial das empolas venosas no recto. No resto do colon a anastomose das veias é mais livre e escapa, em parte, áquella influencia. Uma lavagem intestinal, que exonere uma dysmenorrhoeica esclero-kystica das suas fezes, pode

attenuar-lhe as dôres, e pode minorar soffrimentos numa congestão uterina secca, acompanhada de varicocele pelvico. Dil-o a clinica.

Mas diz apenas isso. Alguns, porém, vêm, na constipação, a causa directa do varicocele pelvico na mulher. Howard Kelly verificou muitas vezes grandes varizes dos ligamentos largos, e attribuiu á constipação, essencialmente. Ha varizes pelvicas do lado direito. Ha-as duplas, predominando á direita. Cito o facto porque elle é em abono da etiologia pela constipação, deixando em segundo plano a relação das veias utero-ovarianas com as renaes. Esse modo de ver adoptei-o até ha tempo, mais ou menos pela evidencia apparente da logica e da seducção de conclusões clinicas. Pesquisa de auptosias mudou a minha opinião mais tarde. Ella resume a questão, que passo a examinar, da anatomia das veias utero-ovarianas.

IIº — *As veias utero-ovarianas.* Depositei no Instituto Oswaldo Cruz uma peça anatomica onde se vê o rim direito, a metade direita do utero, os annexos do mesmo lado, o ligamento largo, a veia cava inferior em parte, as veias utero-ovarianas e arteria homonyma, e os vasos renaes.

Ritirei-a do cadaver duma mulher moça, fallecida de tuberculose pulmonar, com aparelho genital macroscopicamente são.

Aberto o ventre, encontrei um utero em ante-flexão talvez um pouco exaggarada, pequeno, infantil. As veias do ligamento largo, normaes de aspecto junto ao utero, dilatadas, emmaranhadas num tecido conjunctivo endurecido, junto aos annexos, á direita. A' esquerda, normaes. Como era a primeira vez que encontrava um varicocele unilateral á direita, e como o cadaver era um dos que de longos annos venho abrindo para estudar a preferencia dessas affecções para o lado esquerdo, não perdi a occa-

sião preciosa de estudar, na causa desta excepção, a possível confirmação da causa geral.

Não encontrei no intestino disposição ou estado morbido capaz de ser responsabilizado. A doente, por outro lado, não deixára observação na sua enfermaria com a minucia desejavel para reconstituir o seu passado intestinal. Aliás não se notava nenhuma causa anatomica a que mechanicamente attribuir alguma relação.

As veias utero-ovarianas do lado esquerdo lá iam ter á veia renal do seu lado. No lado direito ellas subiam e anastomosavam-se por uma veia transversal que especialmente as unia um pouco acima da metade do trajecto dellas. E terminavam, uma *sobre a veia renal direita*, a outra sobre a veia cava inferior. Revendo a litteratura medica mais completa sobre a etiologia do varicocele pelvico, encontra-se a terminação das veias utero-ovarianas á esquerda como a explicação da predominancia quasi absoluta do varicocele-unilateral nesse lado. O varicocele unilateral á direita só o vemos em observações onde a causa é um tumor ou outra causa que do mesmo modo opere a compressão das veias. Ora, no balançar a importancia das duas causas frequentes no individuo moço — a terminação das veias e a situação dellas atraz do intestino, mesmo á luz da clinica, encontram-se muitas opiniões que dão á terminação das veias o valor primitivo e mais importante.

E uma das razões contra isso é a differença anatomica e funccional, para esse effeito, entre o colon á direito e á esquerda, differença sobre que não insisto, já tendo-me demorado sobre elle neste trabalho e a proposito da torção do utero. Nestas condições, esta peça anatomica é uma prova, por deducção, da lei de causa induzida no lado esquerdo. Não encontrei em parte nenhuma este factio anatomico, nem mesmo referido sob a côr discreta de curiosidade, relacionado ao varicocele.

Esta relação verificada, da terminação sobre a veia

renal e da dilatação do plexo de Santorini, visível de facto, poderia talvez, a um exame superficial, ser levado á conta de pura coincidência, attendendo a que uma das veias vai para a cava inferior e portanto por ella se derivaria o effeito da terminação sobre a renal que tem a outra veia utero-ovariana a ella anastomosada. As considerações de ordem abstracta valem menos que o facto material. Entretanto, a base que implicaria aquella objecção não assenta bem no terreno, alias movediço, da hydraulica venosa applicada. Si a corrente, retardada no ramo que vai á renal, encontra um derivativo pelo que vai á cava, encontra-o á *custa de um augmento real* da pressão sobre a parte inferior, e, pois, sobre o plexo pampiniforme. Porque tal refluxo, ainda que leve o sangue para a cava, onde a pressão é menor do que na veia renal, levá-lo-ia dentro das leis *de escoamento em tubos de diametro variavel e ramificados*: o segmento da utero-ovariana que se destina á renal, trazendo de lá o sangue, teria, no ponto da anastomose, o effeito de *um tubo de escoamento que se ramifica* — um ramo, que é a anastomose, com a outra utero-ovariana, e outro, que é a continuação para baixo, da mesma utero-ovariana. Mais adiante, o refluxo do sangue realisaria o effeito de *dois tubos de escoamento que se unem*: é quando o sangue do ramo de anastomose junta-se ao da veia utero-ovariana que vai á cava. Estes dois effeitos de tal escoamento têm como consequencia *crear novas resistencias*, por meios inversos, donde o augmento da pressão venosa propicia ao varicocele. Uma outra objecção podia nascer do papel das valvulas que evitariam o effeito da pressão recebida com a resistencia maior na renal que na cava. Em realidade, qualquer effeito dellas, que não fosse o normal de dividir o peso da columna liquida, segmentando-a momentaneamente, quando ha oscillação habitual da pressão em cima, seria um effeito que redundaria, uma vez realisado o refluxo ou a tentativa d'elle, na consequencia de *crear novas resistencias*, agindo,

pois, ao sabor das causas de pressão que compõem o varicocele. ¹⁾

CONCLUSÕES ORIGINAES

I

As condições anatomicas que originam a situação do utero gravido productora da torção delle consistem na resistencia que o intestino offerece contra o utero; maior á esquerda do que á direita no estado normal do utero gravido e da cavidade virtual do abdomem.

II

Esse augmento de resistencia á esquerda subordina-se á consistencia e ao trejecto physiologico, normal, das fezes. Razão funccional.

III

Uma outra causa, de ordem anatomica, é a disposição do intestino relativamente ao peritoneo e aos mesos, disposição que faz menos movel o intestino, em geral, á esquerda do que á direita.

IV

A pyelite gravidica unilateral, «que é sempre no lado direito», é devida á pressão do utero em consequencia da sua torção habitual, e não á pressão em consequencia do volume em si do utero, como pensam os raros autores que lobrigaram essa pathogenia.

¹⁾ Essa peça anatomica foi apresentada á Sociedade de Medicina, acompanhando um estudo sobre a influencia possivel das valvulas na genese da predominancia do varicocele á esquerda.

V

A pressão intestinal influe de maneira secundaria e variavel na predominancia á esquerda que manifestam as annexites infecciosas, a ovarite esclero-kystica, a orchite, a epididymite e o varicocele: essa preferencia de lado é, porém, devida ao varicocele primitivamente e principalmente.

VI

De todas as causas apontadas á predilecção do varicocele pelo lado esquerdo, a primitiva, e mais constante, é a terminação das veias utero-ovarianas sobre a veia renal á esquerda e sobre a cava á direita.

VII

As veias utero-ovarianas podem excepcionalmente lançar-se na veia renal e na cava do lado direito. Num dos casos assim descriptos, havia um varicocele do mesmo lado, subordinavel a essa disposição anatomica.