

N.º 4

ALBINO CESAR MARTINS

N.º 571

OVARIOTOMIA ABDOMINAL

NOS CASOS DE KYSTO DO OVARIO

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

IMPRENSA MODERNA

4, RUA DO CARMO, 4

1887

41/4 ENC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

CONSELHEIRO VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO CATHEDRATICO

LENTES CATHEDRATICOS

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

LENTES JUBILADOS

- | | |
|---------------------------|--|
| Secção medica. | { João Xavier d'Oliveira Barros.
José d'Andrade Gramaxo. |
| Secção cirurgica. | { Antonio Bernardino d'Almeida.
Conselheiro Visconde de Oliveira. |

LENTES SUBSTITUTOS

- | | |
|----------------------------|---|
| Secção medica. | { Vicente Urbino de Freitas.
Antonio Placido da Costa. |
| Secção cirurgica | { Ricardo d'Almeida Jorge
Candido Augusto Correia de Pinho |

LENTE DEMONSTRADOR

- | | |
|----------------------------|----------------|
| Secção cirurgica | Roberto Frias. |
|----------------------------|----------------|

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

(*Regulamento da Eschola* de 23 d'abril de 1840, art. 153.º)

Amens ples

A MEUS IMRÃOS E IRMÃS

A meus cunhados e cunhada

A MEU PADRINHO

O Ex.^{ma} S.^{mo}.

Manoel Joaquim Xavier Teixeira

Testemunho de eterno reconhecimento.

AOS MEUS CONDISCIPULOS

E ESPECIALMENTE A

Antonio Cerqueira Carvalho Magro

José Rodrigues Moreira

Anthero Adelino de Sá

João Simões Ferreira Figueirinhas

Antonio Joaquim de Freitas

AOS MEUS COMPANHEIROS DE CASA

AOS MEUS AMIGOS

E PARTICULARMENTE A

Francisco José Adão

Alfredo José Ferreira

Pedro José de Freitas

Francisco da Rocha e Cunha

Delfim Ferreira da Silva.

Ao Ex.^{mo} Snr.

Dr. Antonio Joaquim de Moraes Caldas

Off.

*Como testemunho de reconhecimento
e gratidão*

Albino Martins.

AO SEU PRESIDENTE

O Ex.^{mo} Snr.

H. Pedro Augusto Dias

O discipulo agradecido,

Albino Cezar Martins.

Sem pertencões a dar a este trabalho um tom de novidade, escolhemos a ovariectomia, assumpto conhecido de todos os que lêem a medicina operatoria, para responder á ultima prova escolar do curso medico-cirurgico.

Apoz uma serie de tentativas concernentes á escolha de assumpto decidimo-nos por este, porque tivemos occasião de observar um caso de ovariectomia e notamos a multiplicidade de difficuldades com que o operador tem a lutar e a elevada importancia d'um certo numero de minudencias operatorias; mas é forçoso confessar que, como era de presumir, coisa alguma acrescentamos de novo á sciencia; faltando-nos a longa experiencia pessoal, limitamo-nos a compilar as regras operatorias, que os principaes ovariectomistas julgam indispensaveis para obter bom exito.

O nosso acanhamento intellectual, e a difficuldade extrema que temos em escrever, não nos permitem apresentar um trabalho completo e claro: que estas condições influam no espirito do illustrado jury, que o ha de julgar, de modo a obtermos o indulto.

RESUMO HISTORICO

Se a ideia de extirpar os kystos ovaricos não fosse suggerida pelo exame de numerosos casos, em que se praticou a ablação de ovarios normaes com fins e por motivos variados, necessariamente a incurabilidade d'estes tumores levaria os espiritos observadores á investigação de um meio curativo para tão funesta doença; todavia o receio exagerado de lesar o peritoneu, de o expor ao contacto do ar e de encontrar adherencias dominou por muito tempo o animo dos cirurgiões, que se limitavam a discutir theoreticamente a ovariectomia, deixando a doente entregue á sua infeliz sorte ou subjeitando-a a um tratamento simplesmente paliativo.

Schlenker em 1722, Willius em 1731, Payer em 1751 e Morgagni em 1761 foram os primeiros a fallar da extirpação dos ovarios doentes.

Quasi pela mesma epocha Delaporte e Morand defenderam energicamente esta ideia, e Theden chegou até a descrever um processo operatorio.

Já no principio d'este seculo muitos cirurgiões estavam convencidos da possibilidade da ovariotomia, mas nenhum ousava pratical'a.

Foi em dezembro de 1809 que Ephraïm Mac-Dowell, de Danville (Kentucky) praticou methodicamente a primeira ovariotomia. Fez uma incisão de 9 pollegadas ao lado esquerdo da linha branca, um pouco fora do bordo externo do musculo recto, e, para melhor extrair o kysto que era de grande volume, punccionou-o primeiro, ligou-lhe depois o pediculo e seccionou-o acima da ligadura.

A doente foi submettida a um tratamento antiphlogistico e vinte cinco dias depois estava completamente curada. Mac-Dowel, a quem a sua terra natal ha seis annos, erigiu uma estatua — ao pae da ovariotomia —, praticou até 1830 treze operações com oito successos. A partir de 1820, Natham Smith, Atlée, Peaslee, Kimball e Dunlap, cirurgiões americanos imitam o procedimento de Mac-Dowell, e colhem resultados animadores concorrendo d'este modo para o progresso da ovariotomia.

Só em 1823 foi praticada pela primeira vez esta operação na Europa, por Lizars na Escocia e por Chrysmar na Allemanha ; o mau exito obtido e a opposição dos grandes mestres da ci-

rurgia, Dieffenbach e outros, concorreram para que a ovariectomia fosse votada ao esquecimento até 1840, epocha em que Clay (de Manchester) entusiasmado com os resultados obtidos na America pratica novas operações contribuindo assim para a sua rapida vulgarisação na Inglaterra que deve ser considerada, senão como sua patria de origem, pelo menos como sua patria adoptiva, porque é effectivamente ali que a ovariectomia tem sido mais aperfeçoada e tem dado os melhores resultados. Em Inglaterra faz-se hoje uma ovariectomia com a mesma facilidade que entre nós se faz a amputação d'um membro. Spencer Wells, o vulgarizador, o rei da ovariectomia, inaugurou em 1858 uma serie de operações, que hoje ultrapassa o numero mil, obtendo successos admiraveis que impõem o silencio aos detractores da ovariectomia.

Spencer Wells foi logo seguido nas suas primeiras tentativas por Tyler Smith, Baker Brown e Bryant, de modo que em 1864 já Herrera-Vegas apresentava uma estatistica de 295 ovariectomias com 193 successos.

Já era um grande progresso; mas a cirurgia não parou aqui: em 1878 Spencer Wells apresenta a estatistica das suas ultimas operações com 80/100 de successos.

Em França, apesar dos successos obtidos na America, Inglaterra e Allemanha, da proposta de Delaporte defendida pela elevada auctoridade de Morand, d'um caso feliz de Laumo-

nier, de dous successos obtidos nas provincias, um por Voyerkowsky (de Quinge) e outro por Veaullegeard (de Condé-sur-Noireau) a ovariectomia continua a ser condemnada ao ostracismo, e com ella a unica esperanza de salvacão de muitas victimas abandonadas pela medicina e cirurgia ás consequencias fataes da doenca.

Ainda em 1856 a Academia Imperial de medicina de Paris n'uma discussão sobre o tratamento dos kystos do ovario, a que assistiram, Barth, Moreau, Hugier, Velpeau, Trousseau, Jobert de Lamballe, Piorry, Cruveilhier, Robert e Caseaux, proscrevia a ovariectomia, sem ao menos fazer um exame serio das estatisticas estrangeiras, contentando-se unicamente com deprecial'as, julgando-as imperfeitas e sem auctoridade.

Só a voz eloquente de Caseaux se levantou a protestar contra o anathema lançado por aquella especie de concilio medico sobre a ovariectomia.

Quasi todos cirurgiões francezes abandonaram então a pratica da ovariectomia, mais pelo respeito ás opiniões da primeira corporação medica, do que por serem convencidos anti-ovariotomistas.

O trabalho de Jules Worms (Gasette Hebdomadaire de medicine et chirurgie de 1860) e a lição de Nelaton em 1862 no Hospital de Clinicas mostrando quaes os resultados obtidos nos

outros paizes, animam os cirurgiões francezes a proseguir n'esta ordem de trabalhos, e conseguem que a ovariectomia seja recebida como uma operação necessaria e praticavel. Desde esta epocha os cirurgiões Francezes acceitam a ovariectomia com grande enthusiasmo; aperfeiçoam o manual operatorio; estudam com todo o cuidado o diagnostico dos kistos, e escolhem os casos; os successos augmentam e com estes o numero dos operadores.

Démarquay, Péan, Koeberlé e Boinet estão á frente d'este movimento e em menos de quinze annos a ovariectomia é geralmente acceita em França, dando ahi tão bons resultados como nos paizes, onde se praticava com grande exito.

Os cirurgiões portuguezes, que conheciam perfeitamente os successos da ovariectomia no estrangeiro, e a sua necessidade como unico recurso curativo de certos kistos do ovario, ainda não tinham praticado esta operação até 1866; mais talvez com receio de arriscar uma reputação já adquirida, subjeitando-se á critica da opinião publica muitas vezes incitada pelos collegas invejosos, do que por lhe não conhecerem as indicações e contra-indicações e o processo operatorio.

Foi o Snr. Antonio Maria Barbosa, professor da Escola Medico-Cirurgica de Lisboa, que em 1866 propoz e praticou pela primeira vez em Portugal a ovariectomia. Infeliz n'esta pri-

meira tentativa, não desanimou, praticando ainda mais duas ovariectomias também seguidas de resultado infausito.

Apezar d'estes insuccessos e da opinião adversa de muitos medicos de Lisboa não foi por isso a ovariectomia completamente proscripta em Portugal.

O habil operador, Ex.^{mo} Snr. José Maria Alves Branco, que tinha assistido ás operações do professor Barbosa, reconhecendo a alta importancia d'este tratamento e intimamente convencido da possibilidade de bom successo continuou dignamente a pratica da ovariectomia.

A 6 de outubro de 1876 extirpou um kysto multilocular do ovario direito a uma hespanhola de 27 annos de idade: a doente entrou em convalescença ao vigesimo sexto dia depois da operação. A' vista de tão brilhante resultado a repugnancia de alguns medicos desapareceu e a publicidade d'este facto fez com que novas doentes se apresentassem cheias de resolução para serem operadas. Infelizmente 5 ovariectomias que praticou em seguida foram seguidas de morte.

A que attribuir tal mortandade?

A causa parece-nos ter sido a má escolha dos casos, a avidez de fazer ovariectomias. O snr. Alves Branco reconhecendo isto mesmo ligou maior importancia ás indicações e contra-indicações, escolheu melhores casos e as opera-

ções, que depois praticou, foram seguidas d'um exito admiravel.

Começando esta nova serie de operações a 2 de outubro de 1879, já em 1883 tinha praticado dezesete perdendo unicamente duas doentes.

No Porto foi feita unicamente duas vezes pelo distinctissimo operador o Ex.^{mo} Snr. Dr. Eduardo Pereira Pimenta.

A primeira foi uma ovariectomia dupla praticada em 1883 no Hospital de Santo Antonio. Apesar de se tomarem todas as precauções antisepticas a doente morreu de septicemia aguda.

Praticar outra ovariectomia n'este Hospital seria uma imprudencia que o habil operador reconheceu e procurou evitar na segunda operação. Depois de ter empregado debalde todos os esforços com a direcção do Hospital, afim de se lhe proporcionar uma casa apropriada para esta operação, pode obter do muito digno director do Hospital de Alienados a permissão de ahi operar.

A ovariectomia (a que assistimos com mais seis condiscipulos) foi magistralmente praticada a 21 de janeiro do anno corrente nas melhores condições hygienicas e com todas as precauções antisepticas. Apesar d'isso a operada morreu ás 2 horas da manhã do dia 24 de janeiro de peritonite. E' provavel que este desenlace se não desse, se a doente tivesse sido operada mais cedo, porque já na occasião da ope-

ração se reconheceu que o peritoneu estava alterado em consequencia do derrame de liquido kystico na cavidade peritoneal, resultante da ruptura que se tinha dado nas paredes do kysto.

Estamos convencido, que estes dous casos isolados e de mais a mais acompanhados de circumstancias que comprometteram o bom exito, não levarão o illustre operador a abandonar a pratica d'esta operação, porque lhe conhece a importancia e os resultados obtidos em todos os paizes.

Nenhum operador, por certo, se recusará hoje a prestar este recurso da medicina operatoria ás victimas de tão terrivel doença, reconhecida como é a improficuidade dos outros methodos de tratamento.

Sem querermos considerar, como fazem alguns auctores, a ovariectomia menos perigosa que uma simples amputação de membro, diremos comtudo que as estatisticas lhe dão um maior numero de successos do que á maior parte das grandes operações praticadas usualmente e acceitas por todos os cirurgiões.

A ovariectomia, que ainda ha pouco tempo seria considerada como um crime, é hoje uma das mais bellas conquistas da cirurgia moderna e uma operação perfeitamente regulada: mas, antes que assim fosse, discutiram-se pontos muito importantes que só foram definitivamente estabelecidos depois da observação de numerosos casos. Tal é a questão da hemostase, das

adherencias, do pedicelo e do comprimento da incisão abdominal: questões a que hoje, nos parece, se pode responder de um modo geral, reconhecendo que ha casos particulares em que o cirurgião terá de resolver difficuldades muitas vezes imprevistas.

CUIDADOS ANTERIORES Á OPERAÇÃO

Não sendo os kystos ovaricos affecções, que necessitem geralmente de uma intervenção urgente, como acontece, por exemplo, com a hernia estrangulada, e tendo a observação de numerosos casos de ovariectomia demonstrado, que o bom exito d'esta operação depende até certo ponto d'um grande numero de cuidados preliminares, deve o cirurgião prudente ligar-lhe a maxima importancia, e não operar senão depois de ter tudo convenientemente disposto.

O operador começará por insinuar-se no animo da doente de modo a inspirar-lhe por todos os meios a maxima confiança. Para isto é necessario convencer-a do interesse que tem pelo bom exito da operação; demonstrar-lhe que a ovariectomia é para ella o unico meio de salvação e que todos os outros meios de tratamento são impotentes para prevenir um desen-

lace fatal. Emfim deve dispor a doente de modo que não só consinta, mas até deseje e reclame a operação. Estas disposições moraes são condições extremamente favoraveis para a doente poder supportar um traumatismo tão consideravel como o que exige a ovariectomia. Ninguem hoje lhe pode contestar o valor.

Koeberlé quer além d'isto que as doentes se confessem e façam todas as disposições temporaes, com o fim de terem depois da operação o espirito completamente livre de qualquer preocupação. Não nos parece, que este conselho deva ser tomado como regra geral: é uma questão muito delicada, em que se deve ser muito prudente e reservado.

A maior parte dos ovariectomistas dizem ás doentes, qual o dia da operação.

M. Pean não obra assim. Depois de obter formalmente o consentimento da doente na operação, procura illudil'a por qualquer modo: dizendo-lhe, por exemplo, que vae experimentar se ella poderá supportar por muito tempo a administração do chloroformio, e depois de obtida a anesthesia procede á operação. O fim de Péan é poupar ás doentes as emoções desagradaveis da espera da hora marcada. E' evidentemente um modo de proceder louvavel, mas que não deve ser seguido em todos os casos, devendo ser reservado principalmente para doentes pusillanimes e que têm conhecimento da gravidade da operação.

Deve-se praticar a ovariectomia sem ter obtido o consentimento da doente?

E' esta uma questão sobre que ainda divergem as opiniões; contudo não teríamos duvida em intervir dadas as seguintes condições: se a morte está imminente pelas perturbações produzidas pelo kysto; no caso de estar convencido de que a doente recusaria formalmente a operação; e se a familia a reclamar.

Expostas as principaes disposições moraes em que a doente deve estar no momento da operação, passamos agora a indicar outras precauções relativas á escolha do lugar, onde deve ser operada, á alimentação, aos instrumentos, etc.

Depois de obtido o consentimento da doente occupar-se-ha o cirurgião da escolha do local em que ha de operar. E' esta uma questão das mais importantes; mas infelizmente nem sempre se pode escolher.

Quando o poder fazer, escolherá um compartimento nas melhores condições hygienicas: distante de qualquer foco de infecção, com capacidade sufficiente, bem ventilado, e que possa ser aquecido facilmente. Querem alguns operadores, que todas as vezes que for possivel se escolha um local, onde haja dous compartimentos, que communiquem facilmente: n'um estará simplesmente o leito, onde deve ficar a operada; o outro será o quarto da operação, onde deve estar disposto todo o appare-

lho instrumental. O fim d'estes cirurgiões é poupar a doente á má impressão que lhe causaria a vista dos instrumentos; por isso a doente só é levada para a cama em que deve ser operada depois de anesthesiada, e é mudada para o primeiro compartimento antes de accor-
dar.

Outros operadores preferem, e a nosso ver com justos motivos, que a doente fique no compartimento em que foi operada, afim de evitar que se produzam durante o transporte abalos que poderiam ser a causa de accidentes. Este compartimento deve ser perfeitamente limpo. E' prudente lavar com todo o cuidado o soalho e as paredes com agua phenicada ou outra solução desinfectante. A temperatura deve ser de 18° a 20°, afim de evitar o menor resfriamento do peritoneu ou intestinos, o que seria muito prejudicial, sobretudo se a operação é demorada. Se a doente tem de ser mudada depois da operação para outro compartimento, é necessario elevar e conservar ahi a temperatura pelo menos a 15° ou 18° afim de a não expor a uma mudança brusca de temperatura.

O cirurgião deve ser escrupuloso na escolha do compartimento, sobretudo quando por quaesquer circumstancias é forçado a operar n'um Hospital. Pode attenuar as condições hospitalares preferindo um compartimento em boas condições hygienicas, não habitado pelo

menos alguns mezes antes, e separado das outras enfermarias; e installando ahi a doente com alguns dias de antecipação afim de a acclimar e habituar ao regimen da casa. Sendo o cirurgião encarregado da escolha de pessoas necessarias para vigiar a doente deve preferir as enfermeiras habituadas a lidar com doentes d'esta ordem, e que não lhe inspirem o menor sentimento de aversão.

Spencer Wells exige que saibam pelo menos manejar a sonda e o thermometro.

Todas as vezes que o estado geral estiver alterado pelos progressos da doença é necessario levantar as forças da doente por uma alimentação e regimen apropriados: a quina, o vinho, e os ferruginosos devem constituir a base d'este tratamento preparatorio. Simpson recommenda sobretudo o tratamento ferruginoso considerando-o como alterante prophylatico das septicemias.

A distensão exagerada do ventre e a pressão exercida pelo tumor sobre os intestinos dão frequentemente origem a perturbações digestivas, que são ás vezes a causa principal de debilitação da doente. E' de grande vantagem n'estes casos fazer uma punção simples, cinco ou dez dias antes, alimentar sufficientemente a doente e operar só depois do seu completo restabelecimento. Ainda que alguns cirurgiões consideram as punções perigosas pelo facto de se poder dar o derrame do liquido kystico

na cavidade peritoneal e a producção de adherencias, não teriamos a menor duvida em a praticar, por nos parecerem exagerados taes receios e por serem numerosas as vantagens que proviriam de tal procedimento. E' assim que as perturbações digestivas cessam ordinariamente depois da punção permittindo o restabelecimento da doente; os intestinos dispõem-se normalmente na cavidade peritoneal, ficando a occupar essa posição depois da operação; obsta-se a que as perturbações de circulação e de respiração, consecutivas á sahida do liquido kystico, se vão junctar, ás que seguem immediatamente a ovariectomia, complicando assim o caso; dissipa-se o edema das paredes abdominaes, ficando assim em melhores condições de reunião; o diagnostico é mais exacto, evitando-se d'este modo uma operação grave e desnecessaria; e a incisão que se tem de fazer na parede abdominal para a extracção do kysto, não necessita ser muito grande. Todas estas vantagens concorrem, como se vê valiosamente para o bom exito da ovariectomia, sem prejudicar o estado da doente.

Nos casos de kysto multilocular basta punccionar a cavidade maior.

Todos os cirurgiões recommendam, que se não opere durante a epocha catamenial, afim de evitar os effeitos da congestão. O intervallo entre duas menstruações é a epocha preferida por todos os operadores.

Alguns dias antes da operação faz-se tomar á doente um ou mais banhos simples, afim de limpar a pelle e facilitar a transpiração. Na vespera da operação é necessario administrar-lhe um purgante leve, afim de obter o repouso do intestino por alguns dias; resultado este que se consegue facilmente, sobretudo empregando tambem o opio. Kæberlé e um grande numero de ovarioto-mistas empregam ainda com o mesmo fim nos dias seguintes á operação os absorventes: sub-nitrato de bismutho e o carvão.

Antes de principiar a operação não deve o cirurgião esquecer-se de praticar o catheterismo para evitar que os esforços da micção se produzam depois, e que a bexiga distendida pela urina se venha apresentar no campo operativo.

Instrumentos — Se nos casos simples os instrumentos indispensaveis são pouco numerosos, nem por isso o cirurgião deve deixar de estar precavido para todos os casos imprevistos, e ter á mão todos os instrumentos, porque é realmente muito difficil, e em muitos casos impossivel, precisar d'antemão o estado do kysto e as suas connexões com os órgãos abdominaes e pelvicos.

Os operadores mais habéis e experimentados não fazem escrupulo em confessar, que muitas vezes esse diagnostico é impossivel; por isso os aparelhos e instrumentos, cuja lista

parecerá muito longa, são de necessidade absoluta mesmo para os casos mais simples.

Nem todos os cirurgiões operam sobre o mesmo leito e na mesma posição. Alguns collocam a doente assentada no bordo d'um leito ordinario com as pernas affastadas, o dorso e a cabeça sobre travesseiros. N'esta posição, como diz Spencer Wells, a doente está mais exposta á syncope sob a influencia do chloroformio, é mais difficil obstar á sahida dos intestinos e ao arrefecimento da doente. Outros operam no leito Péan-Cintrat ou n'uma qualquer cama que reuna as mesmas vantagens, ou pelo menos as mais importantes, o que é facil de conseguir, fixando sobre uma mesa um pouco estreita, baixa e coberta com um oleado, goteiras que se possam conservar affastadas convenientemente. Spencer Wells e outros collocam a doente no decubito horisontal sobre uma mesa estreita. O operador fica ao lado direito da doente, porque é mais facil, diz Spencer Wells, chegar ao fundo da bacia, laquear os vasos e impedir, que os liquidos se derramem na cavidade paritoneal.

Na ovariectomia praticada a 22 de janeiro ultimo pelo Ex.^{mo} Snr. Dr. Pimenta, a doente foi collocada sobre o leito Péan-Cintrat, no decubito dorsal, a cabeça um pouco levantada, as coxas e pernas em semi-flexão fixadas ás goteiras e affastadas de modo a poder-se collocar ahi o operador. Esta posição, parece-nos não

ter os inconvenientes apontados por Spencer Wells e reunir muitas outras vantagens.

Primeiro que tudo o operador pode estar assentado, o que é de grande commodidade n'uma operação ás vezes tão demorada e laboriosa: está defronte da operada, podendo d'este modo seguir melhor a linha mediana: e finalmente, ficando livres os dous flancos da doente, os ajudantes estarão ahi mais á vontade podendo assim desempenhar melhor a missão de que estão encarregados, sem embaraçar o operador.

Os instrumentos indispensaveis são os seguintes:

Uma sonda de mulher. — Dous bisturis rectos e um botonado. — Duas sondas canelladas. — Duas pinças de dissecação. — Dous pares de thesouras rectas e curvas. — Dous retractores da parede abdominal. — Trinta ou mais pinças hemostaticas de formas variadas: modelo Péan: em T, modelo Anger e grande modelo Tillaux: fenestradas, etc. — Trocates especiaes de grande calibre munidos d'um tubo de caoutchouc e um aspirador com a capacidade de seis litros. Espatulas de marfim ou metal. — Duas grandes agulhas, rôm-ba e curva. — Agulhas de sutura. — Porta-agulhas. — Um constrictor Cintrat. Fios de seda de calibres variados.

Os fios para a sutura da parede abdominal devem ter enfiada uma agulha em cada extremidade.

Cauterios. — Doze porta-esponjas. Trinta esponjas finas grandes, cincoenta pequenas.

Estas esponjas devem ser novas e desembaraçadas com grande cuidado de todas as concreções calcareas. Muitos cirurgiões tomam ainda a precaução de as metter durante alguns dias em frascos contendo uma solução phenicada.

Doze litros de uma solução phenicada a 2^o/o, e trez litros a 5^o/o. Bacias e aparadeiras. — Um pulverizador a vapor. Cem toalhetes ou guardapos quentes. Rolos de algodão e ataduras para fixar as pernas das gotteiras. Tudo o que é necessario para o penso de Lister: protectiva, gaze phenicada, mackintosh, algodão e uma atadura de flanela de 2 metros de comprimento.

Os instrumentos e utensilios devem ser perfeitamente lavados e limpos. Os instrumentos que apresentam anfractuosidades devem ser, ainda que novos, aquecidos ao rubro, limpos enquanto quentes, e depois mergulhados algum tempo antes da operação na solução phenicada a 5^o/o. As esponjas depois de serem desembaraçadas das incrustações calcareas serão lavadas successivamente n'uma solução de carbonato de soda, de sulfito de soda, em agua, no alcool e finalmente em agua phenicada.

Ajudantes. — O operador, que deve ter escolhido os seus ajudantes, encarrega cada um de uma certa e determinada missão, recommen-

dando-lhes a maxima actividade durante toda a operação, mas dentro da esphera das suas attribuições, porque a rapidez da operação depende muitas vezes da boa ordem e divisão do trabalho.

Nem todos os cirurgiões operam com o mesmo numero de ajudantes.

Spencer Wells, por exemplo, opera apenas com dous: um fica defronte d'elle, ao lado esquerdo da doente para fazer as laqueações, e comprimir a parede abdominal contra o kysto; o outro encarrega-se simplesmente da anesthesia. Pega elle mesmo nos instrumentos que estão collocados sobre uma mesa; as esponjas são-lhe chegadas por enfermeiros ou criados.

Comprehende-se, que este numero tão restricto de ajudantes seja sufficiente em alguns casos; mas na maioria dos casos são indispensaveis pelo menos quatro. Um para o chloroformio ou agente anesthesico empregado. Dous para ficarem aos lados da doente e cujas attribuições são ajudar mais especialmente o operador, seguindo precisamente as suas instrucções sem tomar iniciativa pessoal.

As attribuições d'estes dous ajudantes são: esponjar a ferida; fazer as laqueações; evitar que os intestinos saiam da cavidade peritoneal, e no caso de saírem, cobril-os immediatamente com flannels quentes; exercer uma pressão continua e moderada sobre o ventre, de modo a favorecer a sahida do liquido e a unir os la-

bios da incisão com a parede do kysto, afim de impedir que o liquido, que poderia escapar-se por fóra da canula, se derrame na cavidade peritoneal: e, finalmente, ajudar a fazer a limpeza do peritoneu, as suturas e o penso.

Como se vê, as attribuições d'estes dous ajudantes são numerosas e delicadissimas; deve por consequencia o operador ter o maximo cuidado na sua escolha, preferindo os que tiverem assistido ás variadissimas peripecias da ovariectomia, ou que tenham pelo menos noções seguras d'esta operação. Muitas vezes a experiencia, habilidade e destresa d'estes ajudantes evitam um grande desperdicio de tempo; consideração da mais alta importancia n'esta operação em que a brevidade é reputada pelos cirurgiões mais competentes como um dos principaes elementos de successo.

O quarto encarrega-se unicamente de chegar os instrumentos precisos.

Alem d'estes ajudantes são necessarios ainda alguns criados para chegar guardanapos quentes, bacias com as duas soluções phenicadas e as esponjas. O cirurgião deve escolher para tractar especialmente das esponjas dous criados intelligentes: um fica de pé junto do operador, segurando uma aparadeira com agua phenicada quente, onde tem as esponjas lavadas, e só as passa depois de as ter espremido e verificado que estão perfeitamente limpas: o outro recebe as esponjas servidas, lava-as e colloca-as na

aparadeira. Depois de todos estarem scientes da missão que teem a desempenhar procede-se á anesthesia.

Anesthesia. — Todos os cirurgiões são unânimes em reconhecer as grandes vantagens da anesthesia na ovariectomia.

Evitam-se as emoções deprimentes durante a operação: obtem-se o repouso e a propensão para o somno depois da operação: e diminue-se consideravelmente, segundo Spencer Wells, a commoção nervosa ou *shock*, tão frequente depois da ovariectomia.

Nem todos os operadores empregam o mesmo agente anesthetico.

Spencer Wells prefere o bichloreto de methylena; apesar de o ter empregado numerosissimas vezes, nunca lhe sobreveio o menor incidente.

Os operadores americanos preferem tambem este e outros anesthetics ao chloroformio. Os francezes empregam de preferencia o chloroformio e dizem não ter os inconvenientes de que o accusam alguns cirurgiões.

O vomito, diz Nelaton, é talvez o unico accidente a receiar.

O chloroformio parece-nos ser um excellente anesthetico com a condição de ser puro e administrado com toda a attenção; mas n'uma operação tão demorada como é a ovariecto-

mia, preferiríamos o chloroformio precedido d'uma injeção hypodermica de morphina.

A anesthesia deve ser levada até á resolução muscular completa.

Preliminares da operação.—Depois de tudo estar bem disposto o operador procede ao que se poderia chamar a *toilette* da doente. Não se permittirá vestido algum apertado; a camisa ou camisola deve ser larga de maneira a poder levantar-se até ás axillas. A maior parte dos operadores vestem á doente uma camisola de flannela, comprida e aberta adeante, que é conservada depois da operação para não produzir abalos ao vestir novamente a operada; e, para evitarem que se molhe durante a operação, cobrem a doente com um oleado tendo uma abertura oval correspondente á incisão, que tem de fazer-se na parede abdominal.

As pernas e coxas devem ser envolvidas até á verilha com algodão apenas sustido por meio de uma ligadura. E' necessario ter o cuidado de cobrir todo o algodão com a ligadura, sobretudo nas verilhas, afim de impedir que se destaque algum fragmento e seja arrastado para a cavidade peritoneal pela mão do operador ou por algum instrumento. Estas precauções teem unicamente por fim evitar o resfriamento durante a operação: e como a doente tem de conservar esta especie de calças de algodão

e flanela, é bom cobrir tudo com pannos para se não molharem.

A *toilette* da doente pode considerar-se completa: o operador pôde principiar a fixal-a sobre a mesa da operação; para isso retira a parte mobil da mesa, e substitue-a pelas goteiras, onde se fixam as pernas e coxas por meio de ligaduras. Spencer Wells fixa simplesmente as coxas, e tem o costume de prender as mãos da doente de cada lado da mesa em que opera: só d'este modo poderia operar com um numero tão diminuto de ajudantes.

Depois de estarem tomadas todas as precauções para evitar o resfriamento, lava-se a parede abdominal com uma solução phenicada e pratica-se o catheterismo.

Os ajudantes e o operador lavam as mãos n'uma solução phenicada e principia a operação propriamente dicta.

O cirurgião incide camada por camada a parede abdominal sobre a linha mediana, n'uma extensão variavel segundo os casos, começando a alguns centimetros acima da symphyse publica. Entre os labios da incisão vêm-se apresentar, depois de se ter perfurado o peritoneu, o kysto que se puncciona no ponto mais saliente com um trocate, que communica por um tubo de caoutchouc com o aspirador, para dar mais facilmente sahida ao liquido. Retira-se depois o trocate, substitue-se por uma ou mais pinças proprias, e tenta-se por tracções pequenas e

repetidas a extracção do tumor, enquanto os ajudantes, que estão ao lado da doente, applicam o mais exactamente possível as paredes abdominaes sobre o kysto, para evitar a sahida dos intestinos.

Depois que o tumor está fóra do abdomen, tracta-se o pediculo segundo o methodo escolhido pelo operador. Limpa-se depois a cavidade peritoneal com o maximo cuidado, e, finalmente, faz-se a sutura da parede abdominal.

Por esta breve descripção se vê que a ovariotomia pode ser dividida em seis tempos:

- 1.º—Incisão do abdomen.
- 2.º—Puncção evacuadora do kysto.
- 3.º—Extracção do tumor.
- 4.º—Tratamento do pediculo.
- 5.º—Limpeza do peritoneu.
- 6.º—Sutura da parede abdominal.

Esta divisão é puramente theorica, porque, a não ser o primeiro e o ultimo, que ficam sempre perfeitamente distinctos, as diversas eventualidades da operação podem inverter a ordem dos outros tempos.

Adoptando para facilidade de exposição esta divisão em tempos distinctos, trataremos em capitulos separados de cada um e das difficuldades que se podem apresentar e fazer vacillar o operador.

PRIMEIRO TEMPO

Incisão do abdomen

O primeiro cuidado, que o operador deve ter em vista, é determinar perfeitamente a linha mediana, porque é de grande conveniencia, que a parede abdominal seja incidida sobre a linha branca. As incisões fóra da linha mediana, sobre o bordo externo do musculo recto ou sobre uma linha obliqua parallela ao ligamento de Fallopio, preconisadas por alguns operadores, são hoje completamente abandonadas, não só porque o diagnostico do ovario affectado é algumas vezes impossivel, mas tambem porque as incisões sobre a linha branca teem as vantagens de permittir um exame mais facil do fundo da cavidade abdominal e das relações do kysto com as visceras: a ferida é menos profunda e por consequencia mais facil a sua costura: a hemorrhagia durante a operação

é menor, porque os vasos são ahí menos numerosos e de menor calibre: e, finalmente, evita-se a formação de abcessos, tão frequentes apoz a abertura da bainha dos rectos. O unico caso, em que a incisão lateralizada está indicada, é quando a doente já apresenta a cicatriz d'uma outra ovariectomia, como aconteceu a Boinet e outros.

Não é sempre facil seguir a linha mediana, porque algumas vezes os dous rectos estão muito aproximados ou porque um d'elles se acha repellido para o lado opposto e estendido sobre o kysto. Muitos ovariectomistas, entre outros Spencer Wells e M. Péan, costumam fazer sobre o ventre um traço com tinta ou com o lapis dermatographico. E' um procedimento sem o menor inconveniente, e que deve aproveitar sobretudo aos cirurgiões noviços n'esta operação.

Um dos pontos do primeiro tempo da ovariectomia, que mais discussões tem suscitado, é incontestavelmente o comprimento que deve dar-se á incisão.

Dous methodos têm disputado a preferencia: um, chamado «operação maior» introduzido por Mac-Dowel e Lizars na Inglaterra em 1842 e empregado pelos americanos, consiste em abrir o abdomen do esterno ao pubis e extrahir o kysto sem o punccionar; o outro, «operação menor» introduzido na pratica por Jefferson em 1836, consiste em abrir a parede ab-

dominal n'uma pequena extensão e extirpar o kysto depois de o ter punccionado.

O primeiro tem as vantagens de se extrahir mais facilmente o kysto, de se poder terminar mais rapidamente a operação, de se reconhecer e desfazer facilmente as adherencias; mas tambem a peritonite, uma das mais graves complicações da ovariectomia sendo proporcional á extensão da ferida peritoneal, é mais frequente.

Muitos auctores apresentam estatisticas com o fim de mostrar a superioridade d'um sobre o outro methodo.

Clay dá a estatistica seguinte:

	Operadas	Curadas	Mortas	Mortalidade 0/0
Pequena incisão.....	73	36	37	50,6
Grande incisão.....	147	102	45	30,6

Spencer Wells n'uma série de 500 casos dá uma mortalidade maior á grande incisão.

	Operadas	Curadas	Mortas	Mortalidade 0/0
Pequena incisão.....	440	337	103	23,4
Grande incisão.....	60	36	24	40

A qual das estatisticas devemos dar credito? Como explicar esta contradicção nos resultados obtidos?

Parece-nos, que tanto estas como muitas outras estatisticas apresentadas com o mesmo fim não têm a importancia, que lhes querem dar

seus auctores, porque os resultados d'estas operações dependem muitissimo do volume do tumor, das adherencias e das condições anteriores das doentes, circumstancias estas que não vêm ahi indicadas, e a que se não attendeu.

A maior parte dos ovariотomistas, entre outros Kørberlé e Tillaux, fazem hoje uma incisão de 10 a 12 centímetros, não ultrapassando nunca os limites que adeante indicaremos, è, quando o tumor, ou pelo seu volume ou por causa das adherencias, não póde ser extrahido sem tracções ou sem grande perda de tempo, prolongam a incisão abdominal n'um ou outro sentido conforme as circumstancias.

E' este o procedimento dos mais distinctos operadores.

Quando por qualquer motivo a incisão precisa de passar acima do umbigo, deve ser dirigida pelo lado esquerdo e não pelo direito ou por cima para se não ferir o ligamento suspensor do figado, onde se encontram ás vezes vasos bastante volumosos, e para não interessar o anel fibroso umbilical afim de evitar as eventrações posteriores.

A cicatriz umbilical só devera ser incidida no caso de existir já uma hernia umbilical. Boinet n'um caso semelhante em lugar de contornar o umbigo pela esquerda comprehendeu-na incisão, e obteve a occlusão completa do anel umbilical.

A incisão deve ser feita camada por cama-

da, começando abaixo do umbigo para terminar a 3 ou 4 centímetros acima da symphyse pubica.

Este ultimo limite deve ser respeitado para não ultrapassar o fundo de sacco vesico-parietal do peritoneu.

O comprimento da incisão deve ser sufficiente para o operador ahi poder introduzir a mão e verificar o estado do kysto.

A' medida que os differentes planos da parede abdominal são seccionados, faz-se a hemostase por meio de pinças de pressão continua que se confiam a um ajudante.

E' muito conveniente evitar as laqueações durante este primeiro tempo, não só para se não perder um tempo muitas vezes inutil, attendendo a que os vasos, que ahi se encontram, são pequenos, e a compressão durante a operação é muitas vezes sufficiente para os obliterar, mas tambem para evitar que as ligaduras fiquem comprehendidas na sutura da parede abdominal, provocando ahi a suppuração. Seja qual fôr o meio que se empregue, a hemostase deve ser completa antes da incisão do peritoneu. N'este momento é preciso dar sahida franca ao liquido ascitico no caso de o haver. A incisão do peritoneu pode ser feita de dous modos: depois de o ter perfurado incide-se ou com um bisturí botonado seguindo o sulco de uma sonda canelada; ou com tesouras guiadas pela face palmar do index e medio da

mão esquerda. De qualquer modo, que se opere, é necessario ter o cuidado de laquear os vasos, que se vão cortando; de modo a não deixar penetrar sangue algum na cavidade peritoneal.

Nos casos, em que for preciso augmentar a a incisão do ventre, deve-se tambem cortar em massa toda a espessura da parede abdominal com thesouras.

D'este modo a hemorrhagia é muito pequena, porque as thesouras sendo ao mesmo tempo instrumentos contundentes e cortantes, comprimem e achatam os vasos antes de os seccionar. As thesouras devem ser, como precedentemente, guiadas pelos dous dedos, index e medio esquerdos.

Incidindo a parede abdominal sobre a linha mediana encontram-se successivamente os seguintes planos :

1.º Pelle: 2.º Tecido cellular subcutaneo: 3.º O encrusamento das fibras aponevroticas dos musculos abdominaes: 4.º As duas laminas do fascia transversalis, a superficial adherindo intimamente á linha branca; a profunda separada do peritoneu por uma camada de tecido cellular laxo de espessura variavel: 5.º O peritoneu.

A disposição e aspecto d'estes differentes planos pode ser modificado por uma infiltração edematosa, que dissocia as laminas do fascia transversalis, ou por uma inflamação, que,

propagada do kysto á parede abdominal, pode ter fundido as differentes camadas n'uma só massa, tornando muito difficil, em certos casos de adherencias, a distincção entre a parede abdominal e o kysto.

Outras vezes a presença de grande quantidade de gordura no tecido cellular sub peritoneal dá a esta camada o aspecto do grande epiploon: o operador julgando por isso ter aberto inconscientemente o peritoneu e estar em presença de um kysto adherente, pode descollar o peritoneu, como tem acontecido a alguns ovariomistas.

Um outro erro, que pode e tem sido realmente commettido, consiste em tomar o peritoneu ou a lamina profunda do fascia transversalis pela parede do kysto. Esta confusão pode dar-se sobretudo nos casos em que esta lamina, repellido para fora por liquido derramado na cavidade peritoneal e proveniente d'uma ascite, ou do proprio kysto, vem fazer saliencia entre os labios da incisão, similhando algumas vezes a parede do kysto. Concede-se perfeitamente o perigo e as consequencias funestas d'esta confusão. Os operadores, julgando ter aberto a cavidade peritoneal e chegado até ao kysto, descollam algumas vezes n'uma grande extensão o pretendido kysto, persuadidos que se tracta de um kysto adherente. Nos casos, em que se apresentar a menor duvida sobre uma disposição d'esta ordem, deve-se punccionar a parte

saliente, porque não pode haver n'isso grande inconveniente ainda mesmo que seja o kysto.

SEGUNDO TEMPO

Puncção do kysto

Aberto o peritoneu, apparece nos casos simples, entre os labios da incisão abdominal, o tumor, que se reconhece facilmente pela sua côr nacarada ou branco cinzenta, pela superficie lisa e pela sua consistencia mais ou menos fluctuante. Antes de praticar a puncção procede-se á exploração da superficie anterior do kysto, introduzindo dous dedos ou toda a mão entre a parede abdominal e a parede do tumor. Pode-se, por esta simples exploração, adquirir noções sobre a presença e natureza das adherencias, e repellir o epiploon ou ansas intestinaes que se apresentem adeante do kysto, de modo a deixar a superficie anterior do tumor perfeitamente livre. E' tão raro que o intestino se encontre adeante do tumor, que muitos auctores, percutindo a parede anterior do abdomen e encontrando um som tympanico, eliminam immediatamente a ideia de um kysto ovarico; en-

tretanto Spencer Wells diz ter encontrado alguns d'estes exemplares.

Feita a exploração da superfície anterior do kysto, os dous ajudantes collocados ao lado da doente exercem uma pressão branda, gradual e uniforme sobre o ventre de modo a collar a parede kystica aos labios da incisão, afim de impedir a penetração de liquido na cavidade peritoneal ou a sahida de ansas intestinaes: a parte mais saliente do tumor é fixada pelo index e pollegar da mão esquerda do cirurgião, e perfurada com um trocarte de grosso calibre que communica com um aspirador por meio de um tubo de caoutchouc.

Os trocartes destinados para este fim teem soffrido modificações muito variadas, todas tendentes a impedir a sahida do conteudo kystico por entre a parede do tumor e a canula, mas nenhuma remedeia o grande inconveniente de lacerar mais ou menos a parede do tumor em vez de a perfurar nitidamente, de modo que o conteudo do kysto, se os bordos da incisão abdominal não estão bem approximados da parede do tumor, derrama-se na cavidade peritoneal. O trocarte de Spencer Wells fixa a parede do kysto por meio de dous ganchos. O de Nelaton, modificado por Robert e Collin, fixa a parede do kysto sobre o trocarte por meio de uma lamina muito flexivel enrolada em espiral: depois de estar apertada, a sahida do liquido por entre a canula e a parede kystica é impossivel;

mas, como é sempre no momento em que o trocarte penetra no kysto e antes de estar fixo, que o derrame se faz, é por isso da maxima importancia, qualquer que seja o trocarte que se empregue, tomar todas as precauções que indicamos afim de não só impedir a penetração do liquido na cavidade peritoneal, mas tambem favorecer e seguir a retracção do tumor.

A' medida, que o conteúdo kystico é evacuado, é necessario cobrir o ventre com panos quentes para compensar a perda de calor produzida pela sahida brusca de uma quantidade de liquido algumas vezes consideravel.

Quando o tumor está sufficientemente reduzido de volume segura-se com pinças proprias e retira-se ao mesmo tempo o trocarte. Algumas vezes uma unica punctão é sufficiente, e pode-se então começar o terceiro tempo da operação isto é, a extracção do tumor; mas os casos tão simples não são frequentes, pode-se mesmo dizer que são excepçionaes.

O kysto pode adherir tão intimamente á parede abdominal que é ás vezes impossivel reconhecer vestigios de separação entre esta e a parede do tumor.

Spencer Wells recommenda, que n'estes casos se continue a incisão da parede abdominal até se encontrar um ponto livre, e que se comence a ruptura das adherencias a partir d'este ponto. Mas, pode acontecer, que toda a superficie anterior do kysto esteja como que

fundida com a parede abdominal, sendo então impossível encontrar um ponto de separação: o unico recurso, n'estes casos, é abandonar a operação, ou, como faz Houstoun, tractar o kysto como uma cavidade suppurante, fazendo uma incisão larga do kysto e a drenagem pelo angulo inferior da ferida.

Na maioria dos casos os kystos do ovario são multiloculares e a punccão simples é n'estes casos insufficiente. Acontece realmente muitas vezes, que por uma punccão simples se despeja unicamente um só loculo ficando o tumor muito pouco reduzido de volume. E' preciso então, sem retirar o trocarte, procurar outros loculos e punccional'os successivamente até o tumor ficar reduzido de modo a poder ser extrahido pela incisão abdominal. Se ainda assim a reducção é insufficiente e é necessario, para punccionar outros loculos, retirar o trocarte, por não poderem ser perfurados se não directamente pela incisão abdominal, deve-se ter a precaução de segurar com uma pinça a parede do loculo já perfurado, de modo a obturar-lhe a abertura, afim de impedir a penetração de liquido na cavidade peritoneal. Se, como succede outras vezes, a consistencia do contendo kystico é tal que, apesar da aspiração e do grande calibre de trocarte, não pode ser evacuado, ou se os loculos principaes estão cheios de pequenos e numerosos loculos secundarios, que não podem ser esvaziados

pela punção, é preciso. como aconselham Spencer Wells e Boinet, abrir largamente o kysto com o bisturi e extrair o conteúdo com a mão, ou espremer os loculos secundarios depois de ter rompido os septos com os dedos.

Se, lacerando os kystos pequenos, sobrevem uma hemorragia no interior do kisto proveniente da ruptura dos vasos que ahi se encontram, é necessario immediatamente procurar o pediculo e fazer a ligadura temporaria em massa.

TERCEIRO TEMPO

Destruição das adherencias e extracção do tumor

E' com certeza no terceiro tempo da ovariectomia, que aparecem as complicações mais serias e as difficuldades maiores: é tambem n'este tempo, que a missão a cargo dos dous ajudantes collocados ao lado da doente se torna mais melindrosa, sendo por consequencia necessaria a maxima attenção da parte d'estes. Reduzido o tumor convenientemente de volume, o cirurgião puxa-o pouco a pouco para fora

com uma pinça reforçada pelos dedos, tendo o cuidado de exercer as tracções de modo a fazer sahir primeiro a parte superior.

Os ajudantes exercem uma pressão leve sobre o ventre, e applicam exactamente os labios da incisão abdominal sobre as paredes do kysto, que deve escorregar docemente por elles sem os contundir.

O ponto capital é impedir a sahida dos intestinos; mas, quando isto se não poder evitar, devem os ajudantes cobril-os immediatamente com uma toalha quente, prevenindo ao mesmo tempo a sahida de nova quantidade e reservando-se para fazer mais tarde a reduccão. Nos casos mais simples, (kysto sem adherencias) e quando a operação é bem feita, é muito raro, que este incidente se dê. Se nenhuma outra complicação vem difficultar este tempo da operação, o cirurgião passa a occupar-se do pediculo; mas é muito raro encontrar casos tão simples.

Indicaremos em seguida as complicações mais communs e o procedimento do operador em presença de taes difficuldades.

Succede algumas vezes que, apesar de se fazerem punccões multiplas, ficam na espessura das paredes do kysto massas solidas consideraveis: é necessario n'estes casos augmentar a incisão abdominal para extrair facilmente o tumor.

Esta, diz Spencer Wells referindo-se á inci-

são abdominal prolongada, é menos perigosa que outra qualquer tentativa feita com o fim de fazer passar um tumor volumoso por um orificio estreito, porque o kysto pode romper-se e o seu conteúdo derramar-se na cavidade peritoneal: os labios da ferida abdominal são contundidos a ponto de ser impossivel a sua reunião por primeira intenção: e as lesões do peritoneu são taes, que a maior parte das vezes sobrevem uma peritonite mortal ou a gangrena.

E' muito raro, que o volume d'estas massas seja tal, que seja impossivel extrail-as através uma incisão prolongada até acima do umbigo; mas, se isto succeder, é necessario proceder á divisão e extracção do tumor por pequenas fracções.

Atravessa-se no ponto mais proximo da parede abdominal com uma haste comprida e delegada a parte do tumor, que se pôde tirar para fóra do ventre sem exercer grandes tracções; passa-se abaixo d'esta haste uma ligadura de fio de ferro torcida e apertada com o constrictor Cintral, e secciona-se a porção do kysto situada acima.

Esta ligadura apertando o tumor e produzindo uma especie de pediculisação artificial, permite a extracção de uma nova porção de kysto, que se liga e secciona do mesmo modo. Repetindo esta operação tantas vezes quantas for necessario, pode-se extrair assim o tumor sem produzir hemorrhagia, e sem lesar muito os

bordos do peritoneu. Não se deve fixar o tumor durante estas manobras com errinas para não lacerar vasos ou romper pequenos kystos que se encontram n'estas massas solidas.

Não são estas as unicas, nem as maiores difficuldades, que se encontram durante o terceiro tempo da ovariectomia: as mais serias, as mais impervistas e por consequencia as que necessitam de maior sangue frio da parte do operador, são as que provêm das adherencias do kysto aos órgãos visinhos—utero, ovario do lado opposto, cavidade pelvica, mesenterio, intestino, estomago, figado, baço, e bexiga; mas as mais frequentes são incontestavelmente, as que o unem com a parede abdominal e o epiploon. E' rarissimo extrair um kysto do ovario sem encontrar algumas d'estas adherencias. As adherencias com o epiploon são na maioria dos casos bridas compridas e delegadas, que se podem destruir lacerando simplesmente a adherencia ou ligando e seccionando ainda uma porção de epiploon, o que é preferivel, porque expõe menos ás hemorragias.

As da parede abdominal são dispostas umas vezes em placas, outras vezes em bridas ou filamentos mais ou menos compridos.

Alguns ovariectomistas costumam desfazer estas adherencias antes de fazer a punção.

Esta pratica não tem inconvenientes e deve até ser seguida nos casos, em que ellas são fracas e pouco vasculares, porque podem ser

facilmente laceradas pelo bordo cubital da mão sem se produzir hemorragia importante; mas, muitas vezes sendo estas neomembranas fortes e muito vasculares, e sendo necessario seccional'as entre duas ligaduras ou duas pinças hemostaticas, é melhor esvasiar primeiro o kysto antes de tentar destruil-as. As pinças hemostaticas em T prestam n'estes casos grandes serviços, permittindo não gastar tempo com ligaduras, que são prejudiciaes e algumas vezes inuteis, porque a compressão exercida por estas pinças é frequentes vezes sufficiente para suspender a hemorragia; e, quando o não seja, reserva-se a ligadura para o fim da operação. Quando se collocam ligaduras, é sempre conveniente cortar immediatamente os fios rentes ao nó para não deixar corpos extranhos inuteis na cavidade peritoneal. Se estas adherencias são largas e resistentes, é necessario dividil-as em muitas fracções com uma agulha munida d'um fio dobrado, e ligar em separado cada uma d'estas massas: a hemostase fica assim mais segura.

Se as adherencias são extensas, resistentes e muito vasculares, deixa-se a operação por terminar, ou faz-se a incisão larga do tumor, e tracta-se como uma cavidade suppurante.

As adherencias com as visceras, pela sua união intima e pelos accidentes a que podem dar lugar, vêm ainda complicar mais a ovario-

tomia. Acontece muitas vezes, que o kysto adhere em placa ás differentes visceras, que no momento, em que se rompem ou seccionam as neomembranas com o bisturi ou thesouras, são interessadas, sendo preciso fazer a sutura da parte ferida.

Para evitar estes accidentes recommenda Spencer Wells que, quando estas adherencias são resistentes a ponto de não poderem ser descolladas com a mão ou com uma espatula, se seccione uma parte do kysto, que se deixa adherente á viscera, depois de ter dissecado cuidadosamente com thesouras finas a parede interna ou secretora.

Por diversas vezes uma porção de kysto tem sido deixada no abdomen sem occasionar o menor accidente. Ainda ha pouco tempo M. Tillaux, extraindo um kysto ovarico, cuja parte inferior estava intimamente unida á bexiga, teve de dissecar e abandonar uma parte do kysto na cavidade peritoneal, sem comtudo sobrevir perigo para a doente.

A hemostase tem sido feita por modos variadosissimos.

A ligadura é o meio seguido pela maior parte dos ovariotosomistas; e os fios preferidos para este fim são o catgut e a seda. E' ao fio de seda que dariamos a preferencia, porque não sendo escorregadio como o catgut é de mais facil emprego, e é tão rapidamente reabsorvido como elle. Em vez da ligadura teem outros ope-

radores empregado as serras finas de pressão continua munidas d'um fio de prata para se poderem encontrar mais facilmente.

Alguns operadores teem-se servido da compressão metalica de Dix nos casos de hemorragia rebelde, e dizem ter obtido algum resultado. Koeberlé dá a preferencia ás pinças de pressão continua, e, se ao tiral-as os vasos ainda sangram, suspende essa hemorragia com uma solução de perchloreto de ferro a 30 %. Simpson emprega a acumpressura com exclusão da ligadura: outros preferem a torsão. Estes dous ultimos processos não devem n'estes casos ser empregados, porque nem sempre suspendem a hemorragia d'uma maneira completa.

Ultimamente alguns ovariometistas empregam a secção pelo cauterio actual. Não nos parece ter este meio grandes vantagens, porque se por um lado se não deixam fios na cavidade abdominal, tambem a hemostase não é tão segura, e as partes escharificadas não são menos inoffensivas que o catgut ou a seda.

A' medida que o tumor sai pela abertura abdominal, o cirurgião segura-o com uma das mãos e com a outra destaca as adherencias no caso de serem fracas.

Succede algumas vezes que a parede do kysto, sendo muito pouco resistente, se lacera ás mais leves tracções, derramando-se o liquido na cavidade peritoneal.

N'estas circumstancias tentar impedir a sa-

hida do liquido, obturando o orificio com uma pinça, é augmentar o mal, porque lacerando-se o kysto facilmente o unico resultado que se obtem, é a producção de uma abertura mais larga. A principal preocupação do operador n'estes casos é terminar o terceiro tempo o mais depressa possivel, não hesitando em prolongar a incisão abdominal para mais rapidamente extrair o tumor.

Dissemos no principio d'este capitulo, que as tracções sobre o kysto deviam ser exercidas pela parte superior e não pela inferior. A razão é a seguinte: exercendo as tracções pela parte inferior, os intestinos encontram a cavidade pelvica vazia, precipitam-se ahi e vêm fazer hernia pelo angulo inferior da incisão abdominal, que é sempre menos protegido pelos ajudantes do que o superior.

O cirurgião, que opera, deve ser o unico, que introduz os instrumentos e esponjas na cavidade peritoneal. Esta precaução não é superflua attendendo a que tem acontecido algumas vezes deixarem-se esponjas no ventre.

Não entra no plano do nosso trabalho descrever a ovariectomia nos casos complicados de prenhez, tumores do abdomen, etc., mas é evidente que o manual operatorio é um pouco differente para cada um dos casos.

QUARTO TEMPO

Tratamento do pediculo

Destruídas todas as adherencias quer parietaes, quer visceraes, resta, para separar completamente o kysto, desembaraçal-o do unico ponto de inserção aos órgãos genitales—o *pediculo*.

Tem-se aconselhado e posto em execução modos variados de tratar o pediculo, que podem ser agrupados em dous methodos principais:

1.º — Methodo extra-peritoneal.

2.º — Methodo intra-peritoneal.

No primeiro o pediculo é puxado para fora com o kysto, cortado rente com a parede abdominal e fixo entre os labios da ferida por meios e instrumentos variados.

No segundo methodo o pediculo é considerado como uma adherencia e tractado como tal; isto é, seccionado e abandonado na cavidade do peritoneu depois de ter sido ligado, torcido ou cauterisado.

Os cirurgiões partidarios de um ou outro methodo empregam processos variados.

No primeiro entram:

1.º — O *Clamp* ou constrictor.

2.º — A transfixão e a ligadura combinados.

O *clamp* é fundamentalmente um instrumento de duas hastes metálicas paralelas ou de curvatura opposta, reunidas em uma das extremidades por uma charneira e na outra por uma haste ou parafuso, que regula o grau de afastamento. O primeiro *clamp* empregado por Hutchinson, era um simples compasso de carpinteiro, que depois foi successivamente modificado: pode-se dizer que cada ovariometista partidario do methodo extra-peritoneal tem o seu *clamp* que considera o mais perfeito.

Tem-se empregado o constrictor em forma de compasso curvo e dentado (Boinet), o constrictor de cadeia (Mathieu), o esmagador linear, e o *clamp* de corda metálica (Péan); mas o que satisfaz melhor é o de Spencer Wells.

E' terminado n'uma das extremidades por uma charneira e na outra por duas hastes compridas, que se podem desarticular depois de obtida uma constricção sufficiente, fixando-se o instrumento por meio d'um parafuso.

O *clamp* tem por fim fixar o pediculo fora da cavidade abdominal, e prevenir a hemorrhagia, apertando e esmagando os tecidos que o formam. O *clamp* tem alem dos inconvenientes proprios, todos os do methodo extra-peritoneal em geral.

Fallaremos por emquanto só dos primeiros.

Para obter uma constricção sufficiente, o *clamp* achata muito o pediculo, allongando-o

transversalmente, de modo que a ferida abdominal é distendida na parte inferior, circunstancia extremamente desfavoravel para a reunião por primeira intenção.

Fizeram-se modificações para obter uma constricção circular: mas, alem de nenhuma d'ellas ser efficaz, o inconveniente da distensão presiste sempre mais ou menos.

Succede algumas vezes que o clamp se desaperta, ou que o pediculo muito tenso e fortemente esmagado se escapa para a cavidade peritoneal produzindo accidentes mortaes.

O emprego do clamp, comprimindo a parede abdominal, tem ainda o inconveniente de provocar dores algumas vezes insuportaveis.

Para obstar a alguns d'estes inconvenientes têm-se procedido á laqueação dos vasos do pediculo ou á ligadura em massa; apezar d'isso alguns dos inconvenientes apontados persistem.

A ligadura applicada com o constrictor Cintrat combinada com a transfixão tem dado bons resultados a Terrier e Périer, e parece-nos preferivel ao clamp por alliar a torção á constricção.

Por debaixo da ligadura de fio de ferro applicada com o constrictor Cintrat atravessa-se o pediculo com duas hastes compridas e perpendiculares uma á outra, que sustentam o pediculo pelo centro, apoiando-se pelas extremidades sobre a parede abdominal.

A tensão do pediculo é d'este modo exercida sobre quatro pontos da parede abdominal diametralmente oppostos.

Para evitar que a compressão exercida em pontos limitados produza escharas, introduz-se debaixo das hastes fios de linho ou taffetas gomado.

Qualquer que seja o meio de constrição empregado, é necessario applical-o immediatamente abaixo do tumor e seccionar o pediculo só depois de o ter sufficientemente apertado afim de prevenir qualquer hemorrhagia no momento em que se destaca o kysto.

O pediculo é fixo no angulo inferior da ferida.

O segundo methodo comprehende os seguintes processos :

1.º—Ligadura perdida.

2.º—Cauterisação.

3.º—Esmagamento.

4.º—Torsão.

5.º—Enucleação.

6.º—Um processo mixto em que o pediculo é abandonado na cavidade do peritoneu, conservando-se as extremidades do fio, que serviu para a ligadura, entre os labios da ferida abdominal. Este processo tem sido empregado por Clay de Manchester, Lane e Baker Brown.

A ligadura do pediculo pode fazer-se laqueando isoladamente os vasos d'este antes de o seccionar ou tractando-o como uma

simples adherencia. N'este caso o manual operatorio é o que descrevemos no capitulo antecedente a proposito das adherencias largas.

Algumas vezes uma simples ligadura é sufficiente; mas, é sempre mais prudente dividir o pediculo em muitas fracções, ligal-as separadamente, e passar abaixo d'estas uma ligadura abrangendo o pediculo em massa.

As extremidades dos fios devem ser conservadas até ao fim do quinto tempo para se poder encontrar facilmente o pediculo seccionado ao fazer a ultima exploração, antes da sutura do abdomen.

Acontece ás vezes que o pediculo está implantado directamente sobre o utero ou outras visceras não existindo por assim dizer pediculo: n'estes casos é necessario formal-o á custa das paredes do kysto.

Atravessa-se a base do tumor com duas agulhas em cruz e secciona-se a parte que fica para cima: desembaraça-se a parte que fica abaixo do conteudo e disseca-se a parede secretora de modo a deixar só o envolvero do kysto, que forma o novo pediculo.

A cauterisação do pediculo é empregada pelos ovariometistas inglezes e americanos, que imaginaram para isso constrictores-cauterios, isto é, pinças aquecidas ao rubro, cujas hastes approximando-se cauterisam e seccionm o pediculo. A este processo faremos as mesmas objectecções que fizemos á cauterisação das adhe-

rencias, accrescentando mais, que é impossivel introduzir o cauterio na cavidade pelvica sem perigo de lesar os órgãos visinhos.

O esmagamento, proposto por Boinet e empregado por Braxton Hicks, deve ser feito n'uma grande extensão (2 a 3 centimetros), e ser completo afim de evitar as hemorrhagias.

Este processo, que a principio foi considerado como um grande aperfeiçoamento para a ovariectomia, porque se podia reduzir o pediculo e suturar o ventre sem ahi deixar ligaduras, é hoje abandonado por todos, não só porque o meio hemostatico não é seguro, principalmente quando existem vasos volumosos, mas porque os tecidos esmagados e mortificados não são menos inoffensivos que as ligaduras animaes.

O processo da torsão, empregado ordinariamente para a castração de animaes, só poderia ser applicado nos casos de pediculo comprido, e ainda mesmo assim teria grandes inconvenientes, porque algumas vezes encontram-se no pediculo vasos volumosos não sendo por isso a hemostase completa; outras vezes existem adherencias extensas com as visceras pelvicas, produzindo-se muito facilmente lacerações ou descollamentos no acto da torsão.

A enucleação foi empregada pela primeira vez em 1869 por Miner de Buffalo.

Diz Miner que a união do kysto com o pediculo pode ser rompida facilmente introduzin-

do um ou dous dedos entre um e outro: e obtem-se a separação do pediculo executando pe-que nos esforços de elevação e fazendo-lhe seguir os vasos, que se estendem sobre as paredes do kysto. Este processo não tem sido empregado, talvez por não ser tão facil a enucleação como diz Miner.

Qual dos dous methodos se deve preferir?

A maior parte dos ovariотomistas partidarios do methodo extra-peritoneal, reconhecendo as vantagens do methodo intra-peritoneal e os inconvenientes d'aquelle, o têm abandonado. O methodo extra-peritoneal só poderia ser empregado nos casos de pediculo comprido. Quando o pediculo é curto, torna-se impossivel fixal-o na parede abdominal sem exercer sobre o utero tracções, que muitos cirurgiões julgam a causa de vomitos, dores intensas e accidentes nervosos. Alem d'isto ficando o pediculo fixo á parede abdominal forma uma brida, que pode impedir o desenvolvimento do utero nos casos de gravidez posterior á operação, ou ser a causa de um estrangulamento.

Um outro inconveniente, que todos os ovariотomistas reconhecem a este methodo, é a suppuração da porção extra-abdominal e a impossibilidade de obter a reunião da ferida por primeira intenção.

O receio de deixar na cavidade do peritoneu ligaduras, que actuando como corpos extranhos podiam provocar a peritonite, desap-

pareceu graças ao emprego de ligaduras animaes antisepticas.

Stelling, auctor do methodo intra-peritoneal, demonstrou por experiencias feitas em animaes que algumas horas depois da operação, a parte do pediculo para cima da ligadura não se mortifica, contrahe adherencias com os tecidos visinhos, e que as ligaduras animaes são reabsorvidas no fim de trez ou quatro dias.

Smith teve occasião de observar na autopsia de uma operada, morta alguns dias depois da operação de uma affecção aguda do peito, que o coto do pediculo e a ligadura estavam cercados de adherencias com a porção visinha do peritoneu.

Os resultados obtidos pelos diversos operadores vêm ainda mostrar quanto são infundadas as objecções que se têm feito ao methodo intra-peritoneal. As estatisticas de Clay dão o resultado seguinte:

	Operadas	Mortalidade 0/0
Pediculo fixo na ferida abdominal....	45	55,5
Pediculo abandonado com a ligadura.	171	33,9

Spencer Wells, o operador que maior numero de ovariectomias tem praticado, e que até 1877 era um dos partidarios mais convictos do methodo extra-peritoneal, abandonou-o desde esta epocha para empregar só a ligadura peridida. Desde então chegou a reduzir a mortali-

dade a 10,6 % e até a 9,7 % nas suas ultimas operações, ao passo que empregando o methodo extra-peritoneal nunca pode reduzir a mortalidade abaixo de 20,73 %.

Por todas estas razões é ao methodo intra-peritoneal que damos a preferencia, escolhendo entre os seus differentes processos a ligadura com fios animaes antisepticos.

QUINTO TEMPO

Limpeza e exame do peritoneu

Ligado e seccionado o pediculo affastam-se os bordos da incisão abdominal para passar um exame minucioso á cavidade do peritoneu e visceras ahi contidas.

Examina-se primeiro o ovario do lado opposto, e extrae-se no caso de não estar normal; mas deve haver o cuidado de não tomar por doente o que é normal, como pode acontecer nos casos em que a menstruação está proxima.

Examinam-se em seguida todos os pontos onde houver pinças destinadas a fazer a hemostase temporaria e pratica-se, se é necessa-

rio, a hemostase definitiva. A pressão d'estas pinças durante a operação é sufficiente para obliterar os vasos; mas se ao tiral-as ainda ha hemorrhagia, recorre-se a outro meio hemostatico-torção, cauterisação, perchloreto de ferro ou laqueação preferindo um ou outro segundo os casos; mas, qualquer que seja o meio empregado, o ponto mais importante é não proceder á costura do ventre sem haver a certeza de uma hemostase completa.

Nunca se deve recorrer a qualquer d'estes meios hemostaticos sem ter lavado e verificado que se tornam necessarios. Comprehende-se quão importante é para o bom resultado da operação o deixar poucos corpos extranhos no ventre. .

As pinças collocadas nos bordos da incisão abdominal só se devem tirar depois de tudo estar prompto para a costura do ventre.

Tomadas estas precauções passa o operador a occupar-se da limpeza (*toilette* dos francezes) do peritoneu.

Esta parte da ovariectomia é incontestavelmente de uma importancia capital: deve por isso ser feita com todo o cuidado, ainda que alguns ovariectomistas, entre outros Bryant, tenham sustentado, que é util deixar á superficie do peritoneu uma camada delegada de sangue para agglutinar as ansas intestinaes e estabelecer adherencias provisórias, contentando-se para es-

te fim em espremer, sem lavar, as esponjas de que se servem para a limpeza do peritoneu.

Contra este modo de ver se insurgiram Koeberlé e Spencer Wells, mostrando que os liquidos derramados no peritoneu, sangue, serosidade ou liquido kystico, e que estiveram ao contacto do ar, entram em decomposição dando lugar a complicações graves,—peritonite e infecção putrida. Spencer Wells, attribuindo uma grande parte dos seus successos ao cuidado com que faz a limpeza do peritoneu, insiste muito sobre a importancia d'este tempo da ovariectomia.

«J'ai regretté, diz Paul Rodet, de n'avoir pas assez épongé, jamais d'y avoir apporté trop de soin.»

Este tempo da operação parece tão importante a Serres d'Alais, que recommenda que se deixe fazer a outro cirurgião que não tenha soffrido a fadiga da operação.

E' preciso pois, se ha algum derrame na cavidade do peritoneu tiral-o com esponjas finas, que para este fim se têm reservado mergulhadas em agua phenicada. Os pontos, onde mais facilmente se accumulam os liquidos, são os flancos e a bacia : é aqui, que o cirurgião precisa de empregar o porta-esponjas para chegar ás partes mais profundas. O operador depois de ter bem limpo os intestinos passa successivamente as esponjas adeante e atraz do utero, na goteira dos flancos, adeante dos rins e por

todos os pontos em que se tiver destruido adherencias. A *toilette* do peritoneu só poderá ser considerada completa, quando uma esponja ahí introduzida sahir completamente limpa.

Ha casos, ainda que muito raros, em que o kysto não tem adherencias e não ha derrame de liquidos: a *toilette* do peritoneu é n'estes casos desnecessaria e inutil.

A accumulacão de liquidos nas pregas do mesenterio ou na bacia é considerada como a causa, que ainda hoje compromette os resultados da ovariotomia. Com o fim de prevenir esta accumulacão, ou remedeal-a se existe, alguns ovariotomistas praticaram, e ainda hoje praticam a drenagem pelo angulo inferior da incisão abdominal ou pela vagina.

Maisonneuve preocupado com a estagnacão e decomposicão dos liquidos no ventre tinha por systema irritar o peritoneu por meio de attrito com o fim de modificar a natureza das suas secreções albuminosas, facilmente putresciveis, tornando-as fibrinosas organisaveis.

Não foi porem muito feliz com o seu systema porque o unico resultado, que obtinha, era uma peritonite intensa, que ordinariamente era fatal.

Marion Sims, Koeberlé e Keith tendo observado casos, em que um tubo de drenagem ficou em contacto com o peritoneu sem o inflammam declararam-se partidarios da drenagem.

Spencer Wells entende que a drenagem só

deve ser empregada, quando houver perigo de accumulação de líquidos, e prefere para este fim um tubo de vidro de um centimetro de calibre, comprido, e curvo n'uma das extremidades para chegar á parte mais profunda da cavidade pelvica e não escorregar. Juncta-se ordinariamente á drenagem a aspiração e as lavagens antisepticas.

Alguns operadores, julgando que a presença d'um tubo na cavidade do peritoneu não tem o menor inconveniente, e que é sempre facil collocar e substituir estes tubos, têm querido generalisar a drenagem e empregal-a em todos os casos.

Ainda que a drenagem dá muitas vezes bons resultados, prevenindo um certo numero de accidentes, deve comtudo ser reservada unicamente para os casos em que ha um derrame bem nitido, porque a presença de um corpo extranho e que demais permite a penetração do ar até ao peritoneu, não é sempre inoffensiva.

Antes de proceder á costura da parede abdominal o cirurgião passa um exame rapido á cavidade peritoneal para se certificar de que nada lhe esqueceu. Spencer Wells por duas vezes deixou uma esponja na cavidade peritoneal; um ovariotoromista francez deixou uma toalha! Para se não darem d'estes accidentes, que compromettem a vida da doente, é bom contar antes da operação e no fim do quinto tempo to-

das as esponjas, toalhas e instrumentos que tenham de ser introduzidos no ventre. Accidentes d'esta ordem succedidos a um ovariometotomia tão imminente como Spencer Wells justificam todas estas precauções, que poderiam parecer superfluas.

Se os intestinos ou o epiploon se herniaram no decurso da operação é necessario fazer a taxis, que algumas vezes se torna difficil e laboriosa pela distensão dos intestinos por gazes; aconselha-se n'estes casos fazer a punção com um trocate capillar ou augmentar a incisão do abdomen para mais facilmente se fazer a redução.

SEXTO TEMPO

Costura da parede abdominal

Para terminar a operação falta unicamente fazer a hemostase definitiva e a costura dos bordos da incisão abdominal.

Debaixo dos bordos da incisão e sobre os intestinos colloca-se uma esponja comprida e pouco espessa destinada a proteger o intestino, e a absorver o sangue, que pode apparecer ao

levantar as pinças hemostaticas ou ao perfurar os bordos da incisão. Como o calibre dos vasos da linha branca é ordinariamente pequeno é conveniente, se se torna necessario, recorrer aqui simplesmente á torção para mais facilmente se obter a reunião por primeira intenção.

Nem todos os ovariотomistas praticam a costura do mesmo modo: Clay, Brown e Koberlé não comprehendem o peritoneu na costura, porque, dizem, atravessando-o produz-se uma peritonite; Spencer Wells, Tyler Smith, Simpson, Keith, Butcher, Perrier e Tillaux, notando que a inflamação do peritoneu produzida pela sua costura não é tanto para temer, como julgam alguns operadores, comprehendem-o na costura com receio de que os bordos da serosa ficando afastados constituam o ponto fraco, por onde se podem produzir eventrações, ou contrahindo adherencias com os órgãos abdominaes formem bridas, que podem ser a causa de estrangulamentos.

Para a oclusão do ventre ser completa emprega-se ordinariamente duas suturas: uma profunda, e outra superficial. O processo empregado para a sutura profunda tem variado segundo os operadores: uns preferem a sutura por pontos separados, outros a de cavilha, servindo-se para isso de fios metalicos, deseda, catgut, ou linho. Estas differenças não têm grande importancia porque o ponto capi-

tal é obter a occlusão perfeita. O numero de pontos de sutura profunda é variavel com a extensão da ferida : ordinariamente principia-se á distancia de 1 centimetro de um dos angulos da ferida e collocam-se os outros de 3 em 3 centimetros. Para fazer o primeiro ponto de sutura levanta-se com os dedos ou com uma pinça o bordo da ferida para dirigir convenientemente á ponta da agulha, de modo a atravessar o peritoneu a meio centimetro do bordo incidido e não lesar o intestino ou o epiploon.

Os operadores que empregam os fios metalicos servem-se de uma agulha tubulada e atravessam a um centimetro ou dous dos bordos da incisão, segundo a espessura das paredes abdominaes, todas as camadas do lado esquerdo da ferida comprehendendo o peritoneu, que estando ás vezes retrahido é necessario puxal-o para a linha mediana antes de o atravessar: passando ao bordo direito procedem do mesmo modo, mas perfurando de dentro para fora, isto é, começando pelo peritoneu para acabar pela pelle, mas tendo o cuidado de atravessar estes planos em pontos symetricos aos do lado oposto para que a reunião seja perfeita.—Pela tubuladura da agulha passa, impellido por um mecanismo qualquer, o fio metalico, que depois de ser retirada a agulha se torce com uma pinça sobre a linha mediana. Procede-se do mesmo modo aos outros pontos de sutura, mas antes de passar o ultimo ponto

retira-se a esponja preservadora da cavidade abdominal.

Spencer Wells desde 1878 emprega fios de seda com uma agulha enfiada em cada uma das extremidades: perfura cada um dos bordos da incisão de dentro para fora com cada uma das agulhas, de modo a atravessar o peritoneu a meio centimetro e a pelle a centimetro e meio do bordo incidido.

A segunda sutura ou superficial tem por fim completar a oclusão de modo a evitar a menor suppuração: pode ser feita por pontos separados como a profunda ou em 8.

Os pontos da sutura superficial podem ser mais numerosos que os da profunda, mas devem interessar só a pelle e o tecido cellular subcutaneo.

PENSO E CUIDADOS CONSECUTIVOS

No estado actual da cirurgia os effeitos maravilhosos dos pensos antisepticos são incontestaveis: se não são uma condição *sine qua non* á qual se deva attribuir todos os successos, e se alguns cirurgiões ainda discutem as

vantagens ou necessidade de todas as precauções minuciosas descriptas por Lister, não é menos verdade que os pensos antisepticos se impõem hoje, sobretudo quando se tracta d'uma das operações mais importantes da cirurgia moderna, — a ovariectomia.

Os resultados obtidos modernamente estão tão intimamente ligados com a antiseptia que não se poderia separar o methodo antiseptico do processo operatorio da ovariectomia. O penso de Lister é hoje empregado por quasi todos os ovariectomistas. Antes de o applicar tiram-se todos os vestidos que se molharam durante a operação, e lava-se o abdomen, vulva e pubis com uma solução de acido phenico. Alguns ovariectomistas, julgando desnecessario todas as minuciosidades do penso de Lister rigoroso, applicam apenas a *protectiva* e por cima camadas de algodão phenicado, que sustentam com uma ligadura de flanella.

Para diminuir as tracções sobre as suturas pelos esforços de vomito, que sobrevêm frequentemente depois da operação, aconselham alguns operadores a applicação de tiras collodionadas sobre os bordos da linha de incisão abdominal; mas o emprego do algodão parece-nos que substitue perfeitamente o collodio reunindo alem d'isso outras vantagens: pode applicar-se e retirar-se muito facilmente, e, nos casos em que o ventre fica muito retraido depois da operação, preenchendo essa cavidade pro-

tege as cristas iliacas e sobretudo as espinhas iliacas anteriores e superiores, que sem isto supportariam uma compressão que poderia ser a causa de dores ou mesmo de escharas.

Applicado o penso conduz-se a doente para o leito que se lhe tem destinado e colloca-se ahi no decubito dorsal com a cabeça e dorso um pouco levantados e as pernas e coxas em semi-flexão sobre travesseiros ou almofadas.

Esta posição deve ser conservada n'uma immobildade absoluta pelo menos os dous ou trez primeiros dias; e, ainda que a cicatrisação da ferida se faça em pouco tempo e que tudo corra bem, só passadas 3 semanas ou 1 mez se poderá permittir que a doente se levante da cama: uma antecipação maior não tem vantagem alguma, e pode ser a causa de graves accidentes.

Como a doente se resfria mais ou menos durante a operação, e mesmo para auxiliar a reacção, rodeiam-se as pernas e tronco de esquentadores e conserva-se a temperatura do recinto a uma temperatura nunca inferior a 17° ou 18°. O compartimento deve ser ventilado, mas evitando as correntes d'ar, que poderiam ser a causa de doenças do apparelho respiratorio; e as contracções espasmodicas do diaphragma na occasião da tosse produziriam, pelo augmento de pressão que determinam do lado do ventre, a desunião da ferida, hemorragias ou mesmo a peritonite.

Immediatamente depois da operação admi-

nistram-se algumas colheres de vinho do Porto, não insistindo comtudo muito nos excitantes se o pulso ou outros signaes de prostração os não indicam.

Nos 4 ou 5 primeiros dias deve-se praticar o catheterismo de 4 em 4 horas, porque a doente é ordinariamente incapaz de urinar de per si em consequencia da paralyisia vesical, que determina o traumatismo peritoneal; mas, ainda que a doente possa urinar, é conveniente sondal-a para evitar qualquer movimento da parede abdominal.

As dejeccões podem deixar de se produzir os 5 ou 6 primeiros dias, não só porque se purgou a doente antes da operação e porque o opio que se lhe administra, produzem a constipação, mas tambem em consequencia da paralyisia dos intestinos determinada pelo traumatismo operatorio. Ha toda a vantagem de respeitar e até de auxiliar essa constipação, afim de evitar os movimentos da doente e do intestino, que poderiam ser a causa de variadas complicações; mas, se passados 6 dias as dejeccões se não produzem naturalmente, é necessario provocar-as por meio de clysteres de agua morna ou glycerina.

Péan, empregando 40 a 50 grammas de fel de boi n'um clyster emoliente, diz ter provocado as dejeccões sem a menor colica.

No primeiro dia sujeita-se a doente a uma dieta absoluta, administrando apenas gelo e be-

bidas geladas se sobrevêm náuseas ou vomitos. Se a febre é pouco intensa pode-se no dia seguinte começar a alimentação por via estomachal, por meio de leite e caldo gelados; e por via rectal com clysteres alimentares. Nos dias seguintes a alimentação será cada vez mais abundante, proscrévendo todavia os alimentos que deixam muito residuo ou produzem grande desenvolvimento de gases, até que ao decimo dia pode já ser quasi a usual. Alguns cirurgiões costumam empregar sempre as preparações opiadas, sob a forma de injeccões hypodermicas de morphina, de clysteres laudanisados, de pilulas ou poção com o duplo fim de prevenir as dores e immobilisar o intestino; a maior parte porem só as empregam quando as dores são intensas.

Péan, Koeberlé e outros applicam sobre o ventre, como meio preventivo da inflammação, bexigas cheias de gelo; outros cirurgiões, temendo o esphacelo dos bordos da ferida, só recorrem a este meio quando sobrevem uma inflammação intensa.

Se a febre se eleva acima de 38° e o pulso a 120 combate-se pelo sulfato de quinina incorporado nos clysteres alimentares, porque a administração d'este medicamento por via estomachal produz muitas vezes vomitos.

O primeiro penso só poderá ser feito ao septimo dia com as precauções antisepticas habituaes; pode até addiar-se para o decimo dia

tirando n'essa occasião tambem os fios da sutura.

Boinet, Terrier e outros cirurgiões notando a suppuração juncto dos fios deixados por tanto tempo, preferem tiral-os mais cedo—ao terceiro ou quarto dia. Se, como é frequente nas mulheres magras, a espessura da paredes abdominaes é pequena, poderá a reunião da ferida ser completa aos 4 dias, não havendo n'estes casos o menor inconveniente em tirar os fios de sutura; mas, se a espessura das paredes abdominaes é grande, a reunião immediata não pode fazer-se antes de 7 ou 8 dias: tirar os fios antes d'este tempo é arriscar-se á reabertura da ferida.

Os fios de sutura são substituidos por tiras de linho collodionadas, applicadas sobre os lados da ferida afim de impedir a laceração da cicatriz já formada e a reabertura da ferida.

Por cima reapplica-se novo penso e renova-se todos os 6 ou 8 dias até á reunião completa da ferida.

Quando por uma circumstancia qualquer se empregou o methodo extra-peritoneal, o primeiro penso deve ser feito ao terceiro ou quarto dia, e renovado todos os dias afim de evitar a accumulção e decomposição do pus. Empregando a ligadura ou o *clamp* é necessario esperar que se destaquem espontaneamente, o que se dá geralmente aos 15 ou 20 dias: a ferida que fica não exige tratamento especial.

Desde que se julga a reunião solida pode-se permittir á doente o *levante*, applicando-lhe uma cintura abdominal por cima do penso. Por alguns mezes deve a doente conservar ainda uma cintura elastica afim de sustentar o ventre e prevenir as eventrações.

COMPLICAÇÕES APOZ A OPERAÇÃO

Alem das complicações communs a todas as feridas, como são o tetano, a erysipela, a septicemia, etc., podem manifestar-se apoz a ovariectomia trez grandes accidentes que são hoje quasi exclusivamente a causa de morte das operadas: são o *shock*, a hemorragia consecutiva e peritonite.

Shock.— O *shock* (commoção nervosa), resultado d'uma hemorragia abundante, d'uma operação muito demorada, do resfriamento dos intestinos e dos traumatismos sobre o peritoneu, sobrevem ordinariamente nas primeiras 24 ou 48 horas podendo produzir a morte no fim de algumas horas: manifesta-se sobretudo nas mulheres enfraquecidas pela miseria e pela doença. Para prevenir o *shock* subjeita-se a

doente antes de a operar a um regimen tonico, e no caso de se manifestar, recorre-se aos excitantes e tonicos. Envolver incessantemente a operada de pannos quentes, friccional-a com uma escova aspera, insistir nas bebidas alcoolicas, vinho do Porto, Champagne, cognac e rhum, e administrar caldos quentes e clysteres alimentares, taes são os meios geralmente empregados, que muitas vezes chegam a reanimar a doente. As injeccões subcutaneas de ether como agente estimulante estão modernamente muito em uso. A morphina está contra-indicada, porque vae augmentar a prostração da doente.

Hemorrhagia consecutiva. Accidente muito raro, mas muito grave sobretudo nos cosos de tratamento do pediculo pelo methodo intra-pitoneal, sobrevem ordinariamente nos primeiros dous dias, podendo apparecer aos 15 ou 20 dias quando o pediculo é extra-peritoneal, no momento da queda do *clamp* ou das ligaduras.

O tratamento varia segundo a hemorrhagia se faz por este pediculo ou na cavidade abdominal: no primeiro caso comprime-se a superficie sangrenta com os dedos até se poder cauterisar com o ferro em braza ou com o perchlorreto de ferro; se ainda assim se não consegue suspender a hemorrhagia, lacera-se a cicatriz e laqueia-se o vaso (ordinariamente a arteria ovarica) que dá sangue; no segundo caso o unico recurso é abrir de novo a ferida, não só

para procurar e ligar o vaso, mas também para limpar o peritoneu do sangue ahi derramado que decompondo-se determinaria a peritonite e a infecção putrida.

N'uma operada de Koeberlé declarou-se ao duodecimo dia uma hemorragia, que sustida por uma compressão methodica se reproduziu dois dias depois. N'estas circumstancias Koeberlé lacerou a parte inferior da cicatriz, comprimiu a arteria ovarica com uma pinça de pressão contínua e extrahiu os coagulos que já exalavam um cheiro ammoniacal muito pronunciado. A cura era completa ao trigesimo segundo dia.

E' para prevenir um accidente tão desastroso que muitos cirurgiões empregam a compressão algodoadada sobre o abdomen.

Peritonite. — E' incontestavelmente o accidente que mais frequentes vezes vem complicar a ovariectomia e produz a morte das operadas. A peritonite manifesta-se ordinariamente do terceiro ao septimo dia, mas nem sempre se apresenta com symptomas caracteristicos; deve por consequencia o cirurgião observar a operada attentamente, logo que se manifeste algum symptoma suspeito. O arrepio inicial, a tympanite, a dôr espontanea e mesmo á pressão, o pulso filiforme faltam algumas vezes; os symptomas geraes são ordinariamente pouco accentuados, a febre pouco intensa. Os primeiros

symptomas que muitas vezes despertam a attenção são os vomitos e as perturbações de respiração: a doente accusa uma sensação de abafamento, e faz as inspirações pouco profundas para evitar as dôres. O vomito, quando existe, é porraceo ou simplesmente pituitoso, mas só tem valor, quando coincide com a tympanite ou se repete muitas vezes.

A peritonite pode ser devida ás causas seguintes:

1.º — Ás tracções e rasgaduras do peritoneu ao romper as adherencias, sobretudo as do útero, bexiga, recto, e mesenterio.

2.º — A' extensão da ferida abdominal.

3.º — Ao derrame e demora do sangue ou liquido kystico na cavidade peritoneal.

4.º — A's ligaduras perdidas dos vasos e do pediculo. Depois do emprego das ligaduras annuaes phenicadas os casos de peritonite são mais raros.

5.º — A' duração da operação e exposição dos intestinos ao ar.

6.º — Aos movimentos desordenados da doente depois da operação.

Deve o cirurgião ter sempre presentes estas causas afim de prevenir a peritonite tanto quanto for possivel.

O tratamento é o mesmo que o da peritonite ordinaria, modificado segundo as circumstancias especiaes da doente. O opio em doses fraccionadas, os calomelanos associados ao opio

e o gelo interiormente são os medicamentos empregados mais geralmente.

Knowsley recommenda a applicação de gelo sobre o ventre. Baker Brown e Smith empregam a sangria que Spencer Wells julga nociva preferindo o emprego do sulfato de quinina em altas doses. Quaesquer que sejam os meios empregados, a terminação é ordinariamente fatal, quando a peritonite se generalisa.

Se a inflammação se circumscreve, produzem-se nas diversas regiões do abdomen collecções purulentas, que é necessario fazer desaparecer pela drenagem e lavagem antisepticas. N'estes casos a doente pode salvar-se.

Observam-se ainda outras complicações em seguida á ovariectomia, umas leves e passageiras, outras muito graves, como são a septicemia, o tetano e a oclusão intestinal; mas infelizmente os meios de que se pode dispôr são impotentes para prevenir um desenlace fatal.

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

Querendo operar com as maiores probabilidades de successo, diremos com Koeberlé que a ovariectomia está indicada quando a doente tem

uma constituição boa, o estado geral é satisfactorio e o enfraquecimento não é consideravel. Mas, como é duvidoso que taes doentes consultem o medico e sobretudo consintam n'uma operação, cuja gravidade se lhes não deve occultar, convir-se-ha que com taes restricções raras vezes se praticaria a ovariectomia. Que estas condições são vantajosas e as mais favoraveis para o bom exito da operação, ninguem o pode contestar, não obstante Clay e Nelaton considerarem as mulheres fracas como sendo as que curam mais depressa; mas tambem se não deve fazer da sua ausencia uma contra-indicação formal, attentos os successos obtidos n'estas condições, a não ser que a doente esteja de tal modo depauperada que não possa supportar o traumatismo operatorio.

O mesmo se pode dizer relativamente ao estado do kysto e do peritoneu.

A natureza purulenta do liquido kystico, a ascite e a peritonite não devem ser consideradas hoje como uma contra-indicação formal. Se n'estas condições o prognostico é sem duvida mais grave e as probabilidades de successo menores, tambem os perigos a que importa remediar são consideraveis e urgentes. Tal é a conclusão a tirar do exame das estatisticas e numerosas observações publicadas nos diversos paizes.

Duplay numa memoria *«Des indications et contre-indications de l'ovariotomie dans le traite-*

ment des kystes de l'ovaire» lida na Academia de Medicina, chega ás seguintes conclusões:

«1.^a—Antes de estabelecer as indicações e contra-indicações, é necessario fazer um diagnostico rigoroso e praticar a punção exploradora.

2.^a—Relativamente á epocha em que convem operar, a ovariectomia precoce deve ser regeitada formalmente: a ovariectomia só está indicada quando o kysto, pelo seu volume ou pelos accidentes locais e geraes que determina, é causa imminente de morte.

3.^a—A ovariectomia tardia, ainda que não deva ser adoptada como regra geral, não é contudo contra-indicada pela existencia de complicações locais ou geraes das mais graves—peritonite, ou inflamação, suppuração e gangrena do kysto.

4.^a—As diversas condições locais relativas ao estado do kysto, ás adherencias e ao estado do peritoneu têm pouca importancia debaixo do ponto de vista das indicações e contra-indicações da ovariectomia.

5.^a—A ovariectomia está formalmente contra-indicada nos casos de kystos do ovario, complicados de doenças geraes ou locais, independentes da presença do kysto, podendo pela sua evolução ulterior produzir a morte das doentes.»

Como se vê, ao passo que o campo das in-

dicações se vae alargando, restringe-se cada vez mais o das contra-indicações.

Só um depauperamento profundo, a existencia de adherencias muito extensas, resistentes e vasculares, e as doenças capazes de produzir de per si a morte em breve tempo, devem ser consideradas como contra-indicação formal; e ainda ha casos, que parecem justificar até certo ponto a intervenção n'estas condições desesperadas.

Spencer Wells operou com successo doentes tuberculosas e cancerosas prolongando-lhes assim a existencia; mas, n'estas condições, não é a uma indicação cirurgica que se obedece, é a uma indicação *vital*, em presença da qual cada um pode e deve obrar segundo a sua consciencia.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — O primeiro metacarpo é semelhante pelos seus caracteres e modo de desenvolvimento às primeiras phalanges.

Physiologia. — Não admittimos a theoria de Kuss sobre o mechanismo de secreção urinaria.

Materia medica. — Durante a administração da digitalis é indispensavel a vigilancia do aparelho urinario e do pulso.

Pathologia geral. — A thermometria é um elemento precioso de diagnostico.

Anatomia pathologica. — Não admittimos a especie de tumores — *sarcoma osteoide*.

Pathologia externa. — Reprovamos a sondagem precoce das feridas perforantes do abdomen.

Medicina operatoria. — Na operação da ovariectomia preferimos o tratamento do pediculo pelo methodo intra-peritoneal.

Pathologia interna. — Condemnamos o methodo rigoroso de Brand no tratamento da febre typhoide.

Partos. — Ovulação e menstruação são phenomenos independentes, mas simultaneos no estado normal.

Medicina legal. — A presença do hymen não exclue a possibilidade de prenhez.

Approvada

Pedro A. Dias

Presidente

Pode imprimir-se

O DIRECTOR,

Visconde d'Oliveira.