

UM CASO DE KYSTO DO OVARIO

COM

TORSÃO DO PEDICULO

61/4 ENC

P.º via 21 de Junho de 1891,
pelas 11 horas da manhã.

Presidente - Ex.º V.º August.
to V.º d' Hon.º Brandão

Ex.ºs Srs

Ex.ºs } Dr. Agostinho Ant.º do Souto
Antônio d'Aguiar e Maia
Antônio Alcides da Costa
Roberto B. do Rosario Trindade

N.º 683

ALBERTO PERRY DE SAMPAIO

UM CASO
DE
KYSTO DO OVARIO

COM
torsão do pediculo

Dissertação Inaugural



PORTO

TYPOGRAPHIA OCCIDENTAL

—
1891

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO-DIRECTOR

VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

Professores proprietarios

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva geral	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira—Physiologia	Vicente Urbino de Freitas.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica	Dr. José Carlos Lopes.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica 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 therapeutica interna	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira—Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
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	Manoel Rodrigues da Silva Pinto.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral semiologia e historia medica.	Illidio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia	Isidoro da Fonseca Moura.

Professores jubilados

Secção medica	José d'Andrade Gramacho.
Secção cirurgica	Visconde de Oliveira.

Professores substitutos

Secção medica	{ Antonio Placido da Costa. Maximiano A. d'Oliveira Lemos Junior. Ricardo d'Almeida Jorge. Candido Augusto Correia de Pinho.
Secção cirurgica	

Demonstrador de Anatomia

Secção cirurgica	Roberto Belarmino do Rosario Frias.
----------------------------	-------------------------------------

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

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

Á

memoria de minha

Querida Mãe

H

MEU QUERIDO

P A E

A MINHA IRMÃ

A MINHA TIA

D. SOPHIA JULIA PERRY

A MEUS PRIMOS

Henrique Pereira d'Oliveira
Eduardo Pereira d'Oliveira

E SUAS EX.^{mas} FAMILIAS

A MINHA TIA

D. Margarida Rosa Pereira Lisboa

A MEUS TIOS

D. Carolina Carneiro Perry

Dr. Adolpho de Figueiredo Perry

AO MEU PROFESSOR

O EX.^{MO} SNR.

Dr. Antonio d'Azevedo Maia

AO EX.^{MO} SNR.

CONSELHEIRO ARNALDO ANSELMO FERREIRA BRAGA

E

SUA EX.^{MA} ESPOSA

AOS MEUS AMIGOS

Arnaldo Arthur Ferreira Braga
José Lopes dos Rios
José d'Oliveira Serrão d'Azevedo
Francisco Beirão
Carlos Alberto de Lima
Joaquim Pereira de Macedo
Arthur Vaz Pereira
Jorge Vieira.

AO MEU PRESIDENTE

o Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Dr. Augusto Henrique d'Almeida Brandão

UM CASO
DE
KYSTO DO OVARIO
COM
TORSÃO DO PEDICULO

M. J. de 33 annos de idade, casada, occupando-se no serviço de casa, natural d'Oliveira d'Azemeis, residente na Villa da Feira, entrou para a enfermaria de Clinica Medica, no Hospital da Misericordia do Porto, no dia 20 de fevereiro de 1891.

HISTORIA DA DOENTE

I

ANTECEDENTES HEREDITARIOS

O pae teve sempre boa saude e morreu velho.

A mãe morreu nova, de doença que me não foi possível apurar.

Tem uma irmã rheumatica.

Um tio paterno morreu d'um carcinoma da face.

II

ANTECEDENTES PESSOAES

Teve sarampo aos 9 annos e um typho aos 19.

Foi menstruada pela primeira vez aos 12

annos; immediatamente sobreveio um periodo d'amenorrhœia que durou dous annos; findos os quaes o fluxo menstrual appareceu de novo sem que a doente tivesse empregado qualquer medicamento.

A menstruação continuou regularmente até aos 27 annos, idade em que a doente gravidou pela primeira vez.

Aos 28 annos teve o parto, que foi natural.

Depois d'este parto esteve quatorze mezes sem ser menstruada. Então a menstruação appareceu-lhe de novo, continuando a ser normal até aos 30 annos, idade em que gravidou pela segunda vez. O segundo parto foi como o primeiro normal; a menstruação appareceu passados sete mezes, continuando normalmente.

A menstruação durou-lhe sempre trez a quatro dias, nunca sendo acompanhada de dôres.

Para o caso que me proponho tratar, os antecedentes hereditarios e antecedentes pessoas não teem importancia, porque da etiologia dos kystos do ovario pouco ou nada se sabe.

Podiam ter alguma importancia os ante-

cedentes hereditarios, se na familia da doente, se tivesse averiguado a existencia de kysto do ovario, porque tem sido notados casos curiosos de kystos na mesma familia.

Da etiologia dos kystos do ovario apenas se sabe que é no periodo d'actividade sexual da mulher que se observa sobretudo estes kystos e que não sómente o germen de muitos d'estes tumores existe no periodo fetal, mas ainda que o neoplasma principia n'esta epocha muitas vezes e fica no estado latente até ao impulso que lhe permite desenvolver-se.

III

HISTORIA DA DOENÇA

Nos fins de setembro do anno passado, a doente começou a sentir o ventre augmentar de volume, mas ella não prestou a isto grande attenção.

O ventre continuou sempre a crescer, mas sem produzir na doente grandes incommodos, a não ser um certo peso na região hypogastrica.

Mas em janeiro d'este anno foi acommet-

tida de repente, de uma dôr fortissima, no lado direito do ventre, dôr que d'aqui irradiava um pouco para o lado esquerdo.

Recolheu-se á cama, onde tem permanecido quasi sempre até á sua entrada n'esta enfermaria.

Essa dôr foi acompanhada de movimento febril e vomitos, e generalisou-se a toda a parte inferior do ventre.

Foi então que a doente reconheceu que o augmento de volume do ventre era devido a um tumor occupando a região hypogastrica e que pela pressão n'esta região as dôres eram exacerbadas.

Não podia dormir, não podia andar e perdeu completamente o appetite.

Nunca teve dysuria, nem difficuldade na micção.

Tomou grande numero de medicamentos, principalmente purgantes, mas nunca conseguiu que as dôres desaparecessem completamente.

Como emmagrecesse continuamente e as forças lhe fossem faltando, resolveu entrar para o hospital, o que fez, como já dissemos, em 20 de fevereiro d'este anno, ficando desde então debaixo da minha observação.

ESTADO ACTUAL

Os symptomas que a doente apresentava na ocasião em que entrou para a enfermaria, eram: dôres fortes na região inguino-iliaca direita, febre, inappetencia quasi absoluta, difficuldade extrema na marcha e fraqueza geral.

Exame physico:

Pela inspecção geral reconhece-se que a doente está bastante emmagrecida e pallida, sendo de constituição regular e temperamento lymphatico.

A inspecção abdominal revela um abaulamento uniforme no hypogastro mais carregado sobre a região inguino-iliaca direita.

A palpação revela a existencia d'um tumor que se apresenta obscuramente fluctuante e absolutamente immovel.

À percussão este abaulamento apresenta som basso aureolado por som sub-basso que estabelece transição para o som tympanico intestinal.

Pela mensuração constatamos que a distancia pubi-umbilical é de 48 centímetros, a distancia do umbigo ao appendice xyphoideu de 21 centímetros e a circumferencia abdominal ao nivel do tumor 140 centímetros.

O toque combinado abdomino-vagino-rectal revela uma grande tensão nos fundos de sacco vaginaes; o fundo do utero affrontado contra o ramo horisontal esquerdo do pubis e o collo no fundo de sacco direito.

A introduccão do hysterometro no utero confirma a realidade d'esta posição e marca 8 centímetros e meio.

A doente foi então sujeita a um tratamento calmante (cataplasmas de linhaça e pomada mercurial-belladonada sobre o ventre, clysteres laudanizados, etc.) que attenuou bastante as dôres abdominaes e fez desaparecer completamente a febre.

No dia 7 de março, foi sujeita a um se-

gundo exame, que não nos forneceu mais indicações que as colhidas pelo primeiro.

Foi resolvido então fazer-se no dia seguinte uma puncção exploradora; na verdade ella foi feita com um trocate fino, introduzido na linha média do abdomen, 3 centímetros acima do pubis, e extrahiu-se meio litro d'um liquido côr de chocolate e um tanto oleoso.

A analyse d'este liquido será descripta no capitulo de *anatomia e histologia pathologicas*.

Esta puncção em nada alterou o estado da doente, a não ser, é claro, diminuição do volume do tumor.

DIAGNOSTICO

O diagnostico dos kystos do ovario é muitas vezes um diagnostico difficil e realmente no presente caso algumas difficuldades se apresentaram, mas exames e interrogatorios cuidadosos nos levaram a diagnostical-o como um kysto do ovario direito com torsão do pediculo.

O nosso diagnostico foi baseado em tres ordens de factores: a historia da doença, as perturbações funcçionaes e os signaes fornecidos pelo exame physico e punção pre-operatoria.

Passando em revista o que dissemos em capitulos precedentes, encontramos dados que justificam o nosso diagnostico.

A historia da doença mostra-nos: que a doente d'um momento para outro, sentiu o ventre augmentar de volume; esse augmento continuou progressivamente e lentamente, produzindo-lhe simplesmente um certo peso na região hypogastrica; quatro mezes depois do ventre ter começado a augmentar, foi accommettida de repente por uma dôr fortissima no lado direito do ventre, que a obrigou a acamar e que deu logar a febre e vomitos.

Essa dôr nunca mais lhe passou completamente, até á sua entrada para o hospital; tendo épocas em que se exacerbava, obrigando-a a estar sempre de cama.

Emmagreceu continuamente, perdeu completamente o appetite e as forças iam-lhe faltando, cada vez mais, de dia para dia.

Se a estes dados juntamos os signaes fornecidos pelo exame physico: emmagrecimento e pallidez bastante pronunciados, abaulamento uniforme no hypogastro, mais carregado sobre a região inguino-iliaca direita, apresentando alguma fluctuação ainda que obscura e em toda a sua extensão som basso aureolado por som sub-basso que estabelece a transição para o som tympanico intestinal; grande tensão nos fundos de sacco; fundo

do utero afrontado contra o ramo horisontal esquerdo do pubis e o collo no fundo de sacco direito, posição confirmada pelo hystero-metro; se attendermos ainda aos symptomas actuaes: dôres intermitentes mais ou menos fortes na região inguino-iliaca direita; accesos de febre de vez em quando; continuação da inappetencia, debilidade geral, parece-nos que o nosso diagnostico estava perfeitamente justificado; mas para o acabar de justificar veio a punção pre-operatoria.

O exame do liquido extrahido por esta punção, revelando á primeira vista uma origem evidentemente hemorrhagica, combinada com os accidentes subitos: dôr, febre, vomitos, etc., deveriam fazer-nos pensar n'uma gravidez extra-uterina, tendo tido a sua primeira ruptura por occasião em que a doente acamou pela primeira vez.

Reflexionando porém que não houvera uma unica falha menstrual; que os seios em vez de se desenvolverem se tinham ido atrophiando á medida do emmagrecimento geral; que ao tempo das primeiras dôres não houvera o menor fluxo hemorrhagico uterino, nem o collapso proprio das grandes hemorrhagias internas e ponderando que não ha

actualmente o menor augmento de volume do utero, fômos forçados a pôr de parte a ideia de gravidez extra-uterina, tanto mais que a febre acompanhou sempre os ataques de dôres abdominaes.

Estes factos combinados com o da existencia d'um tumor, previamente aos accidentes que adstringiram a doente ao leito, indicam claramente que estes não passaram de epiphenomeno na evolução d'esse tumor.

Além d'isto, o exame microscopico do liquido retirado pela punccção, veio nos ainda mais justificar o que temos dito, pois que como veremos no capitulo d'anatomia e histologia pathologicas, este liquido apresentava todos os caracteres dos liquidos provenientes de kystos do ovario.

N'este terreno assim limitado não era muito arriscada a hypothese, da existencia d'um kysto do ovario, de pediculo assaz comprido originariamente, cuja nutrição se fosse restringindo pela causa mais frequente — a *torsão do pediculo* — de maneira que os primeiros accidentes teriam naturalmente de apparecer no momento em que interrompida a alimentação do tumor, este actuasse como

corpo extranho, e o peritoneu visinho reagisse, inflammando-se e adherindo á parede por exsudatos, de protesto e de sympathica alimentação.

TRATAMENTO

Entre os differentes tratamentos que teem sido empregados como meios curativos dos kystos do ovario, o unico que hoje persiste, é o tratamento cirurgico — a extirpação do tumor — a *ovariotomia*.

O tratamento medico pela administração de diureticos, diaphoreticos, preparações mercuriaes e iodicas, de cravagem de centeio, etc., não faz senão perder tempo.

Hoje este tratamento está limitado á administração de tonicos, para sustentar as forças da doente ou para corrigir algumas condições que poderiam diminuir as probabilidades de successo pelo tratamento cirurgico do caso.

A este proposito podemos citar a opinião de alguns distinctos gynecologistas, como Spencer Wells, James J. Simpson, Mathews Duncan e S. Pozzi.

Spencer Wells diz : « J'ajouterai que s'il « faut ajourner l'operation pendant un certain « temps, la malade ne doit être soumise à aucun traitement inutile; il est absolument « superflu d'essayer, par l'iode, le brome, la « chaux, par l'air, ou par tout autre remède, « de diminuer le volume de la tumeur ou « d'arrêter son développement. Tout cela est « absolument inutile et pourrait être très nuisible à la malade. »

Sir James J. Simpson exprime a sua opinião quando diz, « qu'il ne croyait en aucune « façon que l'iode, le mercure, le muriate de « chaux, la potasse caustique, les diurétiques ou les désobstruants fussent capables « d'absorber et de faire disparaître les éléments « compliqués et le contenu d'une tumeur kystique multiloculaire de l'ovaire. »

Mathews Duncan diz : « Nous ne connaissons aucun exemple de guerison par un « autre moyen que par l'operation d'Éphraïm « Mac Dowel, d'une hydropisie de l'ovaire « proprement dite; nous n'en connaissons

«aucun, bien qu'on puisse en trouver beau-
 «coup de décrits et quelque puisse être celui
 «qui les a décrits. Les guérisons au moyen
 «d'une ou plusieurs ponctions, les guerisons
 «par médicaments, par rupture spontanée,
 «par développement d'une grossesse, ont été,
 «sinon simplement de grosses erreurs, du
 «moins presque certainement des guérisons
 «de kystes parovariens dont l'histoire, com-
 «me je l'ai déjà montré, s'accorde absolu-
 «ment avec des allégations erronées de cette
 «espèce, et les explique.»

O distinctissimo gynecologista moderno
 S. Pozzi no seu tratado de gynecologia diz:
 «Je ne m'appesentirai point sur le traitement
 «medical: il est responsable de la mort de
 «beaucoup de femmes, qu'il a empêchées de
 «se faire opérer à temps.»

O tratamento cirurgico pela prática de
 punção pela parede abdominal ou pela va-
 gina, de punção seguida d'injecção iodada,
 da dragem e da electrolyse, está hoje posto
 de parte, porque todos estes methodos dão
 quasi sempre logar a accidentes bastante gra-
 ves.

D'entre elles, só a punção é ainda em-
 pregada, como meio palliativo, nos casos em

que não se póde praticar a ovariectomia e como meio d'exploração, nos casos em que ha alguma duvida de diagnostico.

Pelo que acabo de dizer e baseando-me na opinião de authoridades de primeira ordem, repito, o unico tratamento curativo, empregado hoje, para os hystos do ovario, é o tratamento cirurgico — a extirpação do tumor ou *ovariectomia*.

A historia d'esta operação é muito extensa e muito interessante, mas apenas direi duas palavras a este respeito.

Lawson Tait diz, no seu tratado de doenças dos ovarios, n'um capitulo referente á ovariectomia, o seguinte:

« Il est un fait qui caractérise tous les progrès qui ont été faits en chirurgie, aussi
« bien que dans toutes les autres affaires humaines, c'est que les premières phases se développent avec une extrême lenteur, en
« sorte que si nous parcourons l'histoire d'un progrès quelconque de la chirurgie, il est
« presque certain que nous devons remonter très haut pour trouver les premiers germes
« du mouvement. J'ai étudié, je crois, très complètement tout ce qui a été écrit sur
« l'ovariectomie; mais je n'ai pu trouver d'ob-

«servation relatant une tentative délibérée de
 «guérir une malade d'une hydropisie ova-
 «rienne, en lui ouvrant l'abdomen, antérieure
 «à l'année 1701.

«Ce qui démontre d'une façon singulière
 «et remarquable combien lente est la marche
 «de toute idée nouvelle, c'est qu'en 1861, un
 «des chirurgiens les plus distingués de son
 «temps ne craignait pas de dire que l'opéra-
 «tion, que avait été pratiquée avec succès
 «par Robert Houston, de Glasgow, cent soi-
 «xante ans auparavant, était une opération
 «qui devait exposer celui qui la pratiquait
 «à une accusation criminelle pour homi-
 «cide.

«Je me rappelle cependant qu'au moment
 «où j'étais étudiant à Édimbourg, on discu-
 «tait volontiers, dans les sociétés médicales
 «d'étudiants, sur le point douteux de savoir
 «si l'ovariotomie était une opération justi-
 «fiable.

«Quand, aujourd'hui, je me trouve avoir
 «une mortalité qui varie de trois à cinq pour
 «cent, il me semble parfois que ces discus-
 «sion ne sont que des rêves dont je n'ai qu'un
 «vague souvenir; car il faut reconnaître qu'il
 «n'y a pas une opération importante qui ait

«été object des mêmes critiques hostiles, du
«même examen rigoureux, et qui ait finale-
«ment été acceptée d'une façon aussi triom-
«phante que l'ovariotomie. Ceux qui la cri-
«tiquaient l'ont soumise à une épreuve statis-
«tique par laquelle aucune autre opération
«n'a passé, et elle est la seule qui se soit
«établie d'une façon aussi légitime et aussi
«complète.»

Realmente passando em revista a historia da ovariectomia, concorda-se com o que diz Lawson Tait e admiramo-nos das numerosas modalidades porque passou essa operação, para chegar á perfeição e frequencia, com que hoje é praticada.

D'um modo geral, podemos dizer que a ovariectomia atravessou tres phases successivas:

1.º uma phase de experiencia (de duvidas) que terminou na America com Altee, em Inglaterra com Baker Brown e Spencer Wells, em França com Kœberlé et Péan;

2.º uma phase curta de especialização, á qual se ligam os nomes que acabo de indicar;

3.º uma phase de vulgarização, debaixo da influencia da antisepsia.

Entre nós a prática da ovariectomia prin-

cipiou ha pouco annos, sendo os primeiros casos de resultados pouco animadores.

Só modernamente é que tem sido operados maior numero de casos, com resultados magnificos, principalmente pelo distinctissimo operador e meu dignissimo professor o Ex.^{mo} Snr. Doutor Antonio d'Azevedo Maia.

A ovariectomia, assim como todas as operações, tem indicações e contra-indicações.

Actualmente todos os gynecologos concordam que a ovariectomia está indicada, á parte as contra-indicações que dentro em breve citarei, sempre que fôr reconhecido um tumor do ovario e tanto melhor quanto mais em principio elle estiver: em primeiro lugar porque a operação em si mesma é então muito menos grave, porque é sufficiente uma pequena incisão e não ha adherencias notaveis a destruir; em segundo lugar, porque se evita á doente os perigos ulteriores da inflamação, da ruptura ou da torsão do pediculo; emfim e sobretudo porque todo o kysto do ovario é, se se pôde dizer, um neoplasma em equilibrio instavel entre a benignidade e a malignidade.

As contra-indicações são: numerosas e

fortes adherencias e degenerescencia maligna dos kystos.

A ascite, doenças de rins, ou do coração, não são contra-indicações, a não ser que sejam muito adiantadas.

N'estes casos o prognostico deve ser muito reservado.

A idade da doente não é contra-indicação.

As estatisticas mostram, que tem sido operadas com successo crianças, assim como se tem curado pela operação mulheres muito idosas.

A technica operatoria varia segundo os kystos são pediculados ou incluídos nos ligamentos largos e retro-peritoneaes; não entrarei na sua descripção, porque a que nós seguimos, é a geralmente adoptada para os primeiros casos, e será descripta n'outro capitulo.

No caso que apresento, a ovariectomia estava claramente indicada e posso dizer urgentemente, em vista da existencia d'uma das mais terriveis complicações dos kystos do ovario, a torsão do pediculo.

Além d'isso tínhamos a contar para o bom resultado da operação, feita actualmente: a

não antiguidade do tumor e seu não muito grande volume; a doente actualmente não ter nenhuma doença do coração e dos rins; e ainda por enquanto o seu estado geral ser muito regular.

Todas estas condições mais tarde deixando de existir, fariam com que, não se podesse intervir cirurgicamente e que a doente ficasse exposta ás consequências ordinarias a que dão lugar estes tumores dentro em pouco tempo, é claro augmentado tudo isto com a existencia presente da torsão do pediculo.

Decidida a intervenção cirurgica e havendo o consentimento da doente, foi resolvido que a operação se praticasse no dia 15 de março de 1891.

Na vespera da operação a doente tomou um purgante d'oleo de ricino em capsulas e foi-lhe feita a toilette abdominal: lavagem e fricção com sabão e escova primeiramente, depois com alcool e solução de sublimado corrosivo, da região pubi-umbilical, e applicação sobre esta região de uma compressa embebida da mesma solução e mantida por uma fxa.

OPERAÇÃO

Obtida a anesthesia, foi a doente levada em braços para a sala d'operações, onde se tinha estabelecido, por meio d'uma estufa, uma temperatura proxima de 30° e onde estavam convenientemente dispostos e desinfectados, todos os instrumentos destinados á operação.

O meu dignissimo professor, o Ex.^{mo} Snr. Doutor Azevedo Maia, applicou-lhe sobre o abdomen um oleado, perfeitamente desinfectado por meio de uma solução de sublimado corrosivo a 1 por 1000, tendo uma abertura oval, correspondente á região operatoria e cujos bordos foram collados á parede

abdominal por meio de massa d'emplastro commum.

Fez uma rigorosa lavagem antiseptica d'essa região e em seguida uma incisão de 6 centímetros d'extensão, no meio d'uma linha indo do pubis ao umbigo, compreendendo a pelle e o tecido cellular sub-cutaneo.

Procurou a linha branca, dividiu-a na mesma extensão por meio de uma sonda canelada e continuou a divisão sobre a gordura e fascia transversalis.

Depois de fazer a hemostase de todos os pontos que sangravam por meio de pinças de forcipressura, abriu o peritoneu com as devidas precauções.

Immediatamente podêmos vêr o kysto.

Quando estava a abrir o peritoneu, reconheceu immediatamente a existencia d'adherencias da parte anterior do kysto ao peritoneu correspondente.

Introduzindo um dedo da mão esquerda, pela abertura, que tinha sido praticada, foi destruindo as adherencias que encontrava, até que verificou que o kysto era pediculado e dependente do ovario direito, o que veio confirmar o diagnostico que tinha sido feito.

Estas adherencias não só existiam entre

o kysto e peritoneu abdominal, mas tambem entre o kysto e o peritoneu pelvico.

Algumas eram bastante resistentes e a sua destruição deu lugar a hemorragias bastante impertinentes.

Seguiu-se a evacuação do kysto por meio d'um trocate curvo commum.

Depois de evacuado cerca de meio litro de liquido acastanhado e alguma cousa oleoso, retirou-se o trocate e immediatamente foi fechada a abertura por elle produzida, com uma pinça de Terrier, para evitar o derrame no peritoneu, d'algum liquido que ficasse no interior do kysto.

Agarrou a parede do kysto com duas pinças Nelaton e por leves tracções conseguiu trazer o kysto para fóra da cavidade abdominal, ficando ao nivel da ferida abdominal o pediculo, que estava torcido da direita para a esquerda por duas voltas ou antes duas ordens de espiras sobrepostas: uma d'ellas formada á custa da espessura do pediculo e a outra á custa do pediculo enrolado (as voltas da primeira espira eram muito mais numerosas que as da segunda).

A espira secundaria desfez-se pela tracção exercida sobre o kysto, resultando um

comprimento sufficiente para a ligadura do pediculo.

Em seguida o pediculo foi ligado com sêda n.º 4, por meio do nó de Staffordshire, seccionado pelo thermo-cauterio e abandonado no ventre.

Por meio do exame local, reconheceu-se que o ovario esquerdo estava normal e por isso foi poupado.

Como pela destruição das adherencias, algum sangue se tivesse derramado na cavidade peritoneal e continuasse ainda a correr perfeitamente em baba e além d'isso podesse ter cahido na mesma cavidade algumas gotas do liquido contido no kysto, procedeu-se á toilette peritoneal, por meio d'agua á temperatura de 40º centigrados e esponjas montadas.

Depois de bem esponjada a cavidade peritoneal, fôram collocados no fundo de sacco de Douglas dous tubos de drenagem em caoutchouc, sahindo pela extremidade inferior ou anterior da ferida abdominal.

Obstada a sahida das ansas intestinaes por meio d'uma esponja chata, foram collocados, com agulhas rectas, tres pontos de sutura profunda a fio de sêda.

Lavaram-se os bordos da ferida com agua quente e sublimado corrosivo e foi terminada a sutura depois de se ter retirado a esponja precedente.

Com a agulha de Reverdin collocaram-se quatro pontos de sutura superficial a crina de Florença.

O affrontamento dos bordos da ferida, tanto n'uma como n'outra sutura, foi feito com todo o cuidado.

Terminada a sutura e a região operatoria lavada com uma solução d'acido phenico a 5 %, fez-se o penso ordinario: iodoformio em pó, gaze iodoformada, algodão phenicado, sustentado isto por uma faixa de flanella.

A operação durou 35 minutos.

Gastou-se na anesthesia, que correu perfeitamente, 40 grammas de chloroformio.

DIARIO

ANTES DA OPERAÇÃO

22 de fevereiro

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	39°,5	140
7 h. da tarde . . .	38°,8	112

Dôres fortes no ventre, o seu apparecimento tendo sido precedido de suores e arrepios. Applicação sobre o ventre de pomada mercurial belladonada e cataplasmas de linhaça feita em decocto de cabeças de papoulas e folhas de meimendro.

Á noute administração de um clyster com dez gottas de laudano.

Dieta constituida de caldos e um litro e meio de leite. Para beber, agua chalada.

23 de fevereiro

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	39°	124
7 h. da tarde . . .	38°,9	108

As dôres continuavam, mas menos fortes. Medicação, a precedente.

24 de fevereiro

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	37°,6	100
7 h. da tarde . . .	37°,9	92

As dôres diminuíram bastante. Continuou a mesma medicação.

25 de fevereiro

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	37°	88
7 h. da tarde . . .	37°,4	88

As dôres continuaram a diminuir. Medicação, a mesma.

26 de fevereiro

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	37°,2	80
7 h. da tarde . . .	38°,5	88

As dôres appareceram de novo com a intensidade do principio. Não foi modificada a medicação.

27 de fevereiro

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	38°,3	96
7 h. da tarde . . .	39°,5	112

As dôres não se modificaram. Não tem vontade de comer. Continuou a mesma medicação.

28 de fevereiro

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	38°	104
7 h. da tarde . . .	38°,6	108

As dôres diminuíram alguma coisa á tarde.

Além da medicação precedente, tomou um purgante d'oleo de ricino em capsulas.

A doente está bastante fraca.

1 de março

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	38°	100
7 h. da tarde . . .	38°,6	96

As dôres fôram diminuindo successivamente durante o dia. Medicação, a primitiva. Pouca vontade de comer.

A dieta já indicada foi augmentada com uma pequena porção de costelleta com batatas fritas ao jantar, pão e chá ao almoço.

2 de março

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	37°,8	88
7 h. da tarde . . .	38°,2	92

As dores quasi que desapareceram. Algum appetite. A medicação, ainda a mesma.

3 de março

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	37°,3	92
7 h. da tarde . . .	37°,5	84

As dores desapareceram completamente. Melhor aspecto. O appetite augmentou.

4 de março

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	36°,6	84
7 h. da tarde . . .	37°,2	76

Não tem dores. Tem bom appetite e por isso pediu mais alimentos.

5 de março

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	36°,8	84
7 h. da tarde . . .	37°,2	84

A alimentação foi augmentada com dous ovos ao almoço.

Boa apparencia.

6 de março

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	37°	76
7 h. da tarde . . .	36°,8	80

Continua bem.

7 de março

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	37°	96
7 h. da tarde . . .	37°,2	60

Foi-lhe feito um segundo exame abdominal, abdomino-vaginal e vaginal com o speculo e hysterosmetro.

Ficou um pouco dorida do ventre.
Apezar d'isto continua bem.

8 de março

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	36°,8	76
7 h. da tarde . . .	37°,1	80

Puncção exploradora com um trocate fino e aspirador. O trocate foi introduzido na linha media do abdomen, 3 centímetros acima do pubis.

Extrahiu-se meio litro d'um liquido côr de chocolate e um tanto oleoso.

Não houve alteração no estado geral.

9, 10, 11, 12 e 13 de março

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	37°	68 a 80
7 h. da tarde . . .	37° a 37°,4	72 a 88

Continua perfeitamente.

Tem muita vontade de comer.

Desde o dia 5 que a medicação até ahi feita foi posta de parte.

Durante todo este tempo conservou-se na cama.

14 de março

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	36°,8	80
7 h. da tarde . . .	37°,1	72

Administração de 50 grammas d'oleo de ricino em capsulas.

Alimentação reduzida a caldos e um litro e meio de leite.

15 de março

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	38°,3	68

DEPOIS DA OPERAÇÃO

15 de março

	Temperatura	Pulso
11 h. da manhã . . .	36°,1	80
3 h. da tarde . . .	36°,7	96
7 h. da tarde . . .	37°,1	96

Logo depois da operação foi-lhe dada uma injeção hypodermica de 2 centigrammas de chlorhydrato de morphina.

Bastantes dôres no ventre.

Muitos vomitos durante a noite.

Não tolera os caldos e o leite, mas sim agua quente com cognac.

16 de março

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	36°,7	120
12 h. da manhã . . .	37°,4	102
3 h. da tarde . . .	37°,6	102
7 h. da tarde . . .	37°,6	100

Às 10 horas da manhã foi-lhe dada uma injeção hypodermica de 2 decigrammas de citrato de cafeína.

Levantou-se o penso que foi renovado, havendo vestigios de pequena hemorrhagia.

Os vomitos diminuíram muito, tolerando algumas colheres de caldo e leite.

As dôres no ventre diminuíram igualmente.

17 de março

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	37°	100
12 h. da manhã . . .	37°,4	100
3 h. da tarde . . .	37°,2	98
7 h. da tarde . . .	37°,1	88

Não teve vomitos de manhã.

As dôres persistiram.

Levantou-se o penso; havia leve exsudação; tirou-se um dos drenos e renovou-se o penso.

Administraram-se 30 centigrammas de calomelanos, tendo n'esta occasião alguns vomitos.

Dejecções abundantes.

Alimentação muito regular por meio de caldos e leite.

18 de março

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	37°,1	92
12 h. da manhã . . .	36°,9	90
3 h. da tarde . . .	36°,7	87
7 h. da tarde . . .	36°,4	88

Dôres muito diminutas.

Vômitos, nenhuns.

Apresenta bom aspecto e sente-se bem disposta, accusando já vontade de comer; contudo a alimentação continúa a mesma.

A agua com cognac é substituida por agua chalada.

19 de março

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	37°	88
1/2 h. da tarde . . .	36°,7	80
3 h. da tarde . . .	37°,3	80
7 h. da tarde . . .	37°,1	82

As dôres desapareceram.

Alimentação, a mesma.

Levantado o penso verificou-se que a ferida estava perfeitamente secca e com magnifico aspecto.

Retirou-se o outro dreno e o penso foi renovado.

20 de março

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	36°,9	82
1/2 h. da tarde . . .	37°	72
3 h. da tarde . . .	37°	68
7 h. da tarde . . .	37°	70

Continúa bem.

Tem muita vontade de comer, mas ainda não foi alterada a alimentação.

21 de março

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	36°,8	70
1 h. da tarde . . .	36°,6	70
3 1/2 h. da tarde . . .	36°,8	70
7 h. da tarde . . .	36°,8	76

Nada digno de menção.

Alimentos solidos pela primeira vez.

Sente-se bem disposta.

22 de março

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	36°,8	70
3 h. da tarde . . .	37°,3	80
7 h. da tarde . . .	37°	80

Augmenta o appetite.

Sente as forças voltarem-lhe.

23 de março

	Temperatura	Pulso
8 h. da manhã . . .	36°,6	74
3 h. da tarde . . .	37°,4	80
7 h. da tarde . . .	37°	80

Levantou-se o penso e tiraram-se os pontos.

Deu-se a cicatrização por primeira intenção.

Desde que foi operada até este dia, as urinas foram-lhe tiradas por catheterismo.

No dia 2 de abril a fxa de flanela foi substituída pelo cinto abdominal.

No dia 7 do mesmo mez levantou-se pela primeira vez.

A temperatura não tornou a ultrapassar 37°,2.

RESULTADO DA OPERAÇÃO₅

Dôres espontaneas continuas, tornando-se mais fortes frequentemente — crises muito approximadas de peritonite — estado geral indo peiorando progressivamente — eram os principaes phenomenos que a doente apresentava antes da intervenção e que mais uma vez repetimos, para mostrarmos os bellos resultados colhidos pela ovariectomia.

Como já dissemos, considerada esta como o unico meio de cura radical, e devendo ser praticada quanto antes, realisou-se como já expozemos.

Os resultados obtidos foram successivamente: supressão completa das dôres, não

se repetirem as crises de peritonite e finalmente melhora progressiva do estado geral.

A doente recuperou pouco a pouco as forças perdidas, foi engordando sensivelmente e quando se retirou do hospital tinha todo o aspecto de boa saude.

Sabemos, por um irmão da nossa doente, que reside no Porto, que ella desde que sahiu do hospital tem continuado a passar perfeitamente.

ANATOMIA E HISTOLOGIA PATHOLOGICAS ⁽¹⁾

O tumor é unilocular (2); tem o volume d'uma cabeça de feto de termo (3); a forma é quasi regularmente espherica; a superficie externa da parede é pergaminhada, e mais ou menos lisa em alguns pontos; a superficie interna apresenta varios aspectos, segundo as regiões consideradas: precisamente ao ni-

(1) Esta parte da nossa these foi feita na nossa Escóla Medica, no Laboratorio d'Histologia e Bacteriologia, a cargo do nosso Presidente, o Ex.^{mo} Snr. Dr. Almeida Brandão, Professor proprietario de Anatomia pathologica.

(2) Tomamos aqui a palavra unilocular, no sentido clinico.

(3) Este volume é o do tumor tal qual entrou no Laboratorio; antes da operação, porém, era maior, porque como já dissemos na parte clinica, continha approximadamente um litro de liquido.

vel do ponto em que foi introduzido o trocate, por ocasião da ovariectomia, o aspecto d'esta face é lisa, macia e tem o aspecto d'uma mucosa; a olho nú ou com uma lente, observam-se n'este ponto delgadas fibras brancas, entrecruzadas em todos os sentidos, formando algumas vezes turbilhões; n'outros pontos, principalmente junto do pediculo, a superficie interna apresenta numerosas vegetações, mais ou menos extensas e salientes, formando pregas irregulares, que fazem lembrar as circunvoluções cerebraes vistas atravez d'um binoculo invertido; entre estas pregas destaca-se principalmente uma situada mesmo sobre o pediculo e que tem 6 centimetros de comprimento; no vertice d'algumas d'estas vegetações ha pequenas placas transparentes, vitreas, amarelladas, d'alguns millimetros de comprimento, quebrando com ruido.

Ainda n'esta face e no vertice do tumor encontra-se uma cavidade kystica do tamanho d'uma tangerina approximadamente e espalhados por toda esta face outros kystos secundarios, não pediculados, de diferentes tamanhos, desde um pequeno grão de milho, até ao d'uma avellã.

A *espessura* das paredes da bolsa principal e dos kystos secundarios é muito variavel: de 2 millimetros ao nivel do ponto onde a superficie interna é inteiramente lisa, chega até 3 ou 4 millimetros onde existem as vegetações a que nos referimos; a parede dos kystos accessorios, principalmente do kysto maior, que dissemos estar no vertice do tumor, é extremamente delgada, não attingindo 1 millimetro d'espessura.

O *liquido* fôra já examinado, depois d'uma punção preoperatoria, ao microscopio e o resultado d'este exame communicado ao Ex.^{mo} Snr. Professor Antonio d'Azevedo Maia n'uma nota onde se liam as seguintes palavras:

« O liquido enviado, d'uma côr acastanhada escura, revela ao microscopio possuir os seguintes elementos: grande numero de cellulas (algumas de enormes dimensões: 2 a 3 vezes o tamanho d'um globulo rubro) cheias de globulos e granulações de gordura; laminas de cellulas epitheliaes achatadas e globulos rubros e brancos, aquelles em pequena quantidade.

Se o liquido foi tirado do abdomen e se se tivessem encontrado pellos ao microscopio,

seria provavel que se tratasse d'um kysto dermoide do ovario.»

O leitor que queira fazer uma boa ideia das grandes cellulas a que se refere a nota precedente, pôde vêr a fig. 68 (d) inserida a pag. 194 do *Manual de microscopia clinica* de Bizzozero e Firket (3.^a edição, Bruxellas, 1888).

Um excellente desenho que se pôde tam-bem vêr com proveito é o da fig. 9 da plancha X, do tomo 8.^o da 2.^a serie (1881) dos *Archivos de physiologia* de Brown Séquard, Charcot e Vulpian; esta plancha vem appensa á memoria de Malassez e Sinety, sobre a *Estructura, origem e desenvolvimento dos kystos do ovario*, que foi começada a publicar nos *Archivos* de 1878 e terminada nos de 1881 (1).

Os kystos accessorios eram cheios d'uma substancia pulverulenta, gordurosa, que, ao exame microscopico, mostrava ser composta de cellulas epitheliaes de differente fôrma, muito alteradas.

O kysto accessorio de maior volume, a que nos referimos, tinha tambem alguns pe-

(1) Como a nossa Escóla Medica ainda não possui um Laboratorio de chimica biologica, não podémos conseguir fazer o exame chimico do liquido.

quenos kystos em via de desenvolvimento, visíveis na superfície interna.

O *pediculo* tem a espessura d'um dedo minimo pouco mais ou menos; tem o comprimento de 3 a 4 centímetros e possui numerosos vasos. Achava-se torcido segundo o seu eixo maior e da direita para a esquerda, apresentando duas ordens de espiras sobrepostas: uma d'ellas formada á custa da espessura do pediculo; a outra formada á custa do pediculo enrolado (as voltas da primeira espira muito mais numerosas que as da segunda).

A implantação do pediculo no kysto fazia-se por uma larga base; na outra extremidade o pediculo cederia á menor tracção.

Cortamos pequenos retalhos da parede do kysto do tamanho d'um centimetro quadrado, em differentes pontos: onde a superfície interna era lisa; onde a mesma superfície era mamillonada; no ponto onde havia a grande prega a que nos referimos acima; e finalmente onde havia os pequenos kystos do tamanho d'um grão de milho; cortamos tambem pequenos pedaços do pediculo. Depois de endurecer esses retalhos e fragmentos pela acção successiva do alcool e gomma, dando os

córtes perpendiculares á superficie do kysto e ao eixo maior do pediculo, fizemos a coloração pelo carmim aquoso de Grenacher (24 horas) e pelo picrocarminato de Ranvier (alguns minutos); lavamos sempre os córtes em agua, deshydratamos, clarificamos pela essencia de cravo e finalmente montamos as preparações em balsamo do Canadá dissolvido em xylol.

Examinando-se os primeiros córtes a olho nú ou com uma lente, pôde-se verificar a existencia de duas camadas, quasi da mesma espessura: uma interna, menos densa e menos córada, pontilhada; outra externa, mais densa e mais intensamente córada pelo carmim.

Com uma amplificação de 250 diâmetros (1), os córtes apresentam a seguinte estrutura: uma camada externa de tecido conjunctivo modelado, onde se veem tambem fibras musculares lisas, em pequeno numero (2); uma camada média de tecido conjun-

(1) Objectiva apochromatica 0,95 abertura numerica e ocular compensadora n.º 4, de trabalho (Zeiss).

(2) Depois de ter escripto a nossa these demos córtes da parede, junto ao pediculo, e verificamos ahi a presença de grande quantidade de fibras musculares lisas.

ctivo lacho, de feixes ondulados muito evidentes, com poucas cellulas; e uma outra interna, epithelial.

Na camada externa e media ha vasos de diferentes calibres e principalmente na primeira, numerosas *trainées* de globulos com dimensões variaveis, desde finas granulações até quasi o tamanho d'um globulo rubro, amarellados, muito refringentes (degenerescencia atheromatosa).

A camada interna epithelial, apresenta em alguns pontos a disposição typica d'um epithelio pavimentoso estratificado, com simples achatamento das cellulas superficiaes; n'outros, porém, as cellulas da camada interna apresentam uma fôrma mais ou menos polygonal, devido talvez á queda das cellulas da zona interna.

Os pequenos kystos possuem uma camada epithelial identica á da parede do kysto principal; no centro apresentam uma massa amarellada onde se vê, de quando em quando, um nucleo córado intensamente pelo picrocarmim; esta massa não enche completamente a cavidade do kysto; ha um espaço quasi completo entre a cavidade e aquella

massa celular, que faz lembrar disposição identica de certos epitheliomas.

A cavidade d'estes pequenos kystos é circundada completamente por tecido conjunctivo lacho; este, portanto, sustenta ainda, da parte de dentro, o epithelio da face interna do kysto principal; em alguns pontos este tecido conjunctivo lacho estende-se até á face interna da parede do kysto principal.

As vegetações da superficie interna são formadas pela proliferação do tecido conjunctivo lacho, que perde, por vezes, o revestimento interno epithelial; contribue tambem a formar estas vegetações uma substancia de côr castanha clara, vista por reflexão a olho nú e amarellada escura, vista por transparencia; macroscopicamente e microscopicamente tem o mesmo aspecto da substancia que se encontra dentro dos pequenos kystos.

A grande prega situada ao nivel do pediculo, era constituída por tecido conjunctivo lacho sem revestimento epithelial.

Os vasos do pediculo apresentavam a *degenerescencia atheromatosa*, em alto grau.

Devemos notar que no kysto não havia o menor vestigio d'ovario.

Do conjunto dos caracteres histologicos que acabamos de mencionar, parece-nos legitimo concluir que se trata d'um *kysto mucoide* (tumor fetal do endoderma).

Esta designação é a adoptada por Bard (Resumo de anatomia pathologica) e perflhada pelo seu discipulo Trévoux (Dos tumores de tecidos multiplos); adoptamol-a por nos parecer excellente; com effeito, ella estabelece, ao mesmo tempo, não só as semelhanças, mas tambem as differenças que existem entre este grupo de tumores e os kystos dermoides.

Apressamo-nos, porém, a observar, com os dous auctores lyonezes, que a palavra *mucoide*, n'este caso, quer significar simplesmente que estes tumores se desenvolvem á custa do revestimento mucoso do embryão; é, portanto, tomada n'um sentido restricto e não comporta nenhuma ideia das que se têm querido ligar á palavra mucoide, em especial a degenerescencia mucosa.

Outro tanto não acontece com a designação de kystos proligeros ou proliferos, com que vulgarmente se denominam estes tumores, que nos parece acanhada e impropria.

Quanto ao modo de desenvolvimento dos *kystos accessorios*, parece-nos poder concluir, tanto quanto possível, dos exames histológicos praticados, que se fazia pelo processo indicado por Förster, processo que é citado, entre outros auctores, por Cornil e Ranvier no seu *Manual d'histologia pathologica*. Desnecessario, porém, será dizer que esta conclusão não pôde ser referida senão ao caso presente.

O tumor acha-se conservado no Museu de Anatomia pathologica da Escola Medica; a observação clinica acha-se transcripta nos Registros do Laboratorio de Histologia e Bacteriologia, a cargo do nosso Presidente o Ex.^{mo} Snr. Dr. Almeida Brandão e as preparações histologicas archivaram-se no mesmo Laboratorio.

EXPLICAÇÃO DAS ESTAMPAS ⁽¹⁾

Um desenho, em histologia, deve ser sempre o *retrato* fiel d'uma preparação; é por isso que um desenhista nunca pôde ser substituído ao histologista, que conhece os pontos essenciaes que podem estabelecer a *semelhança*. Por este motivo e por ser quasi sempre inútil e mesmo algumas vezes prejudicial, representar n'um desenho as côres dadas a uma preparação pelos diversos córantes, fizemos os desenhos a preto e não os confiamos a um artista de profissão.

Todos os desenhos fôram feitos á camara clara de Oberhäuser.

A lente do tubo horisontal tem uma amplificação approximadamente igual á da ocular de trabalho n.º 4 de Zeiss e como nos servimos das objectivas $\frac{1}{4}$ de polleg. (Beck) para o desenho n.º 1 da estampa I e da objectiva 0,30 abert. num. (Zeiss) para o desenho n.º 2 da mesma estampa e para o da II, os desenhos foram feitos com uma amplificação approximada de 90 diametros para o primeiro e 62 para os dois ultimos.

(1) Os desenhos originaes acham-se archivados no Laboratorio d'histologia e Bacteriologia da Escola Medica e foram reproduzidos pela phototypia, na casa Emilio Biel & C.^a

A distancia do pequeno prisma da camara á prancheta do desenho, foi em todos os casos de 82 $\frac{m}{m}$.

ESTAMPA I

Fig. n.º 1 — Corte perpendicular á superficie da parede do kysto no ponto em que a face interna era completamente lisa. Veja-se a pag. 80 da these, a descripção das preparações sobre as quaes se fez este desenho.

A pequena cavidade que se vê na zona epithelial é puramente accidental e aproveitamol-a para representar as cellulas epitheliaes isoladas que se encontram dentro d'ella.

Fig. n.º 2 — Corte perpendicular á superficie da parede kystica, n'um ponto em que havia um pequeno kysto accessorio a que nos referimos a pag. 78 da nossa these.

No desenho vê-se ao lado esquerdo um pequeno kysto em via de formação e em baixo e á direita dois outros ainda menores e menos distinctos. Vide pag. 81-82.

ESTAMPA II

Corte perpendicular ao eixo maior da prega descripta a pag. 76 da nossa these.

Sobre a estrutura, veja-se pag. 82.

Est. I

Fig. n.º 1

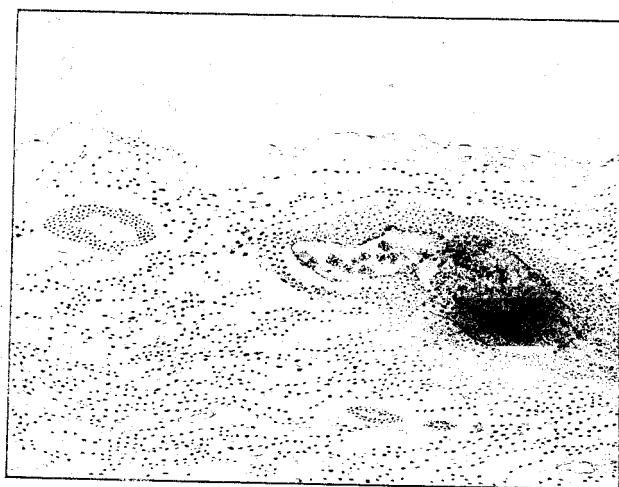
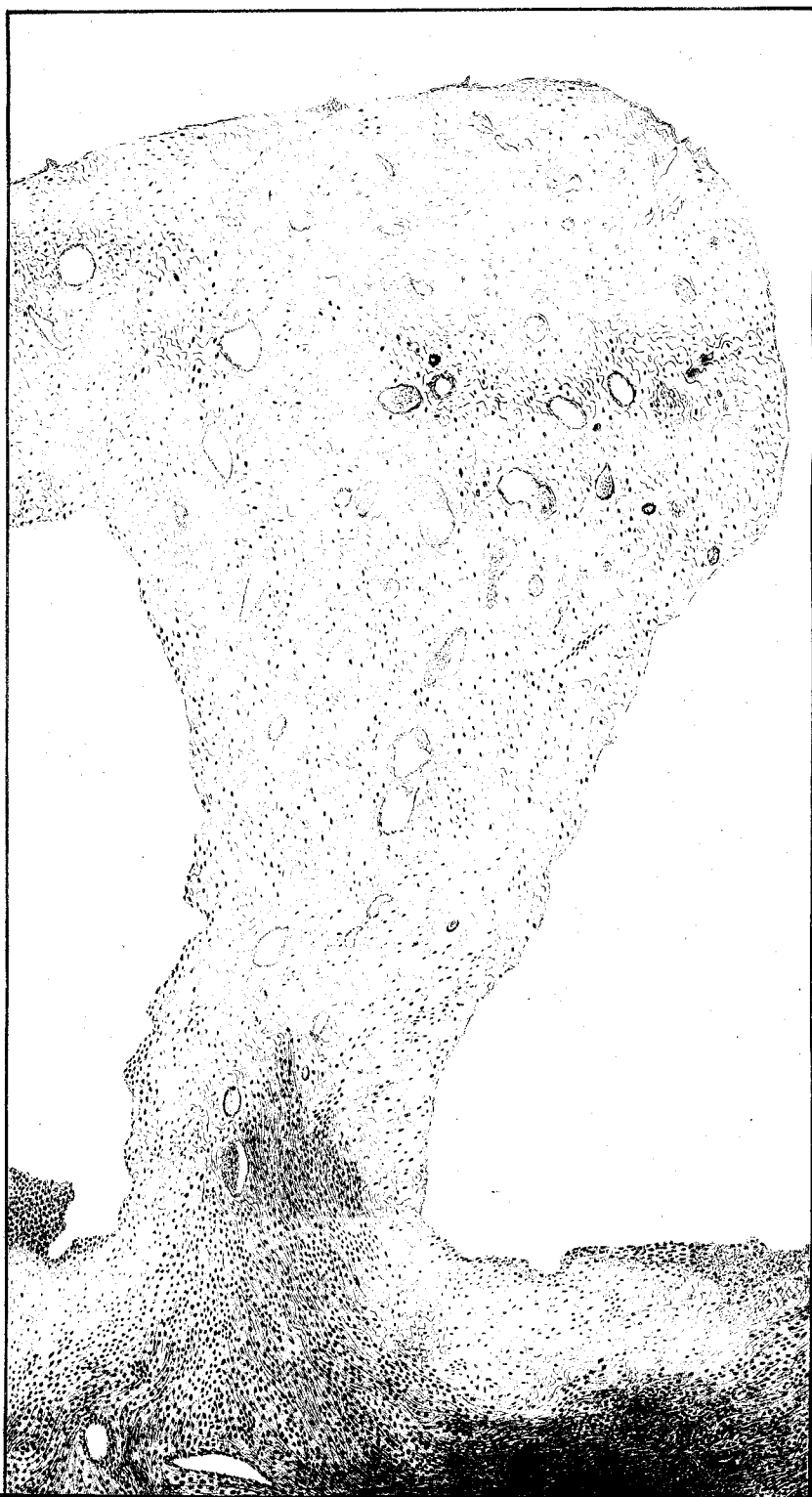


Fig. n.º 2



PROPOSIÇÕES

Anatomia — Sob o ponto de vista histologico, o corpo do homem é essencialmente um vasto sacco lymphatico.

Physiologia — O cerebello é *simplesmente* o receptaculo das sensações e a séde da sensibilidade psychica.

Anatomia pathologica — A histologia pathologica póde, por si só e sem o auxilio da bacteriologia, caracterisar a natureza especifica d'uma doença.

Materia medica — A pharmacia chimica nem sempre constitue um progresso sobre a pharmacia galenica.

Pathologia geral — Na genese das doenças admitto só duas ordens de causas efficientes : os traumas e as perturbações trophicas.

Operações — Regcito o methodo classico de administração do chloroformio em doses macissas.

Pathologia externa — O melhor methodo de tratamento das fracturas da rótula é o de Lister (abertura da articulação e costura dos fragmentos).

Pathologia interna — A trepanação é o tratamento mais efficaz da epilepsia.

Partos — O emprego do chloroformio é sempre legitimo em t dos os partos.

Hygiene — Reprovo os cordões sanitarios.

VISTO

PÓDE IMPRIMIR-SE

A. Brandão.

Visconde d'Oliveira.