

1924

1905-

CONSIDERAÇÕES PRÁTICAS
SOBRE A
SEMEIOLOGIA E A TERAPEUTICA
DOS
KYSTOS OVÁRICOS

125/2 ENC

RAUL GIRALDES DOS SANTOS

Antigo externo do Hospital de Santo Antonio

N.º 2

CONSIDERAÇÕES PRATICAS

SOBRE A

SEMEIOLOGIA

E A THERAPEUTICA

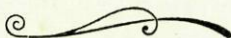
DOS

Kystos ovaricos

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO

Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão

66, Largo de S. Domingos, 67

1905

125/2 ENC

ESCOLA MEDICO - CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

SECRETARIO-INTERNO

JOSÉ ALFREDO MENDES DE MAGALHÃES

CORPO DOCENTE

Lentes Cathedaticos

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. ^a Cadeira — Anatomia descrip-tiva geral | Luiz de Freitas Viegas. |
| 2. ^a Cadeira — Physiologia | Antonio Placido da Costa. |
| 3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica | Illydio Ayres Pereira do Valle. |
| 4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa. . . . | Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |
| 5. ^a Cadeira — Medicina operatoria. | Clemente J. dos Santos Pinto. |
| 6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos | Candido Augusto Corrêa de Pinho. |
| 7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna. . . . | José Dias d'Almeida Junior. |
| 8. ^a Cadeira — Clinica medica . . . | Antonio d'Azevedo Maia. |
| 9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica. . . | Roberto B. do Rosario Frias. |
| 10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica | Augusto H. d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira — Medicina legal . . . | Maximiano A. d'Oliveira Lemos. |
| 12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica . . | Alberto Pereira Pinto d'Aguiar. |
| 13. ^a Cadeira — Hygiene | João Lopes da Silva Martins Junior. |
| 14. ^a Cadeira — Histologia normal . . | José Alfredo Mendes de Magalhães. |
| 15. ^a Cadeira — Anatomia topographica | Carlos Alberto de Lima. |

Lentes jubilados

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| Secção medica | { José d'Andrade Gramaxo. |
| Secção cirurgica | { Pedro Augusto Dias. |
| | { Dr. Agostinho Antonio do Souto. |

Lentes substitutos

- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| Secção medica | { Vaga. |
| | { Vaga. |
| Secção cirurgica | { Vaga. |
| | { Antonio Joaquim de Souza Junior. |

Lente demonstrador

- | | |
|---------------------------|-------|
| Secção cirurgica. | Vaga. |
|---------------------------|-------|

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

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

A MEUS PAES

Amor e reconhecimento.

Aos Ill.^{mos} e Ex.^{mos} Srs.

Dr. Francisco de Souza Oliveira

Dr. Julio Estevão Franchini



Ao Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Sr.

Dr. Martins da Silva

Aos Ill.^{mos} e Ex.^{mos} Srs.

Dr. Antonio Caelano Ferreira de Castro

e

Dr. José Guedes

AO MEU ESTIMÁVEL AMIGO

O *M.^{mo}* e *Ex.^{mo}* *Snr.*

Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima



Ao meu presado amigo

Dr. Antonio do Couto Soares Junior

Aos meus dedicados amigos

OS ILL.^{MOS} E EX.^{MOS} SNRS.

Francisco de Souza Oliveira

Manoel José Pires Fernandes

Bernardo de Jesus

AO MEU PARTICULAR AMIGO

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

José Soares das Neves

E a sua Ex.^{ma} Familia

Aos meus Condiscipulos
e Contemporaneos

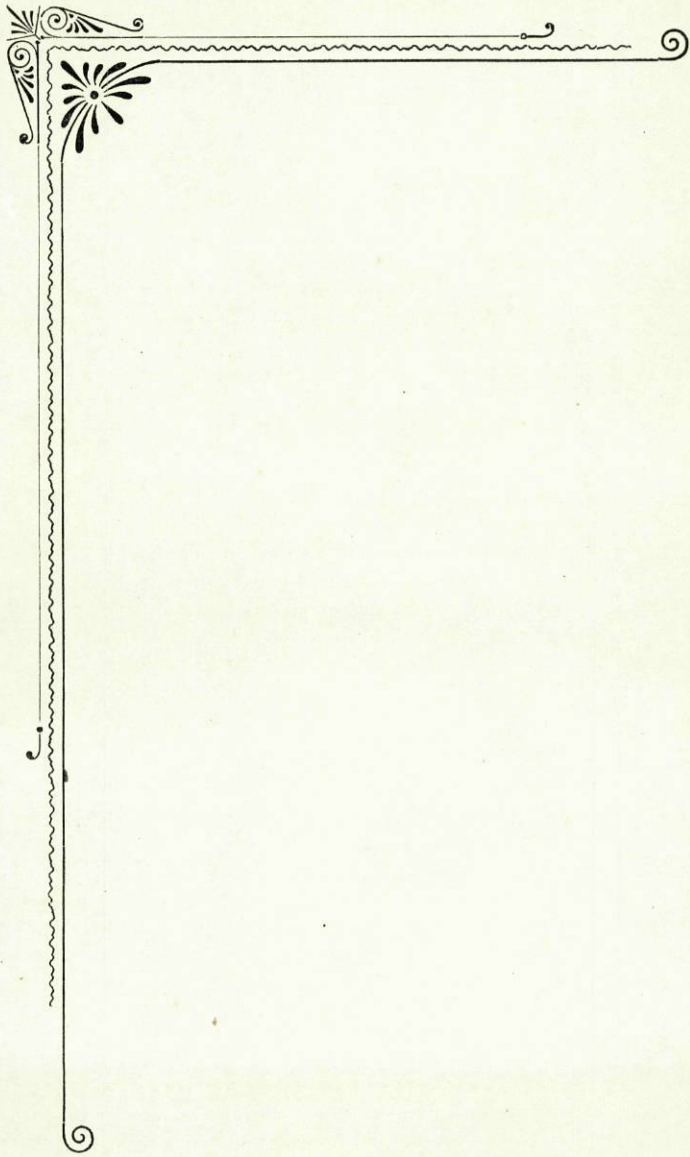


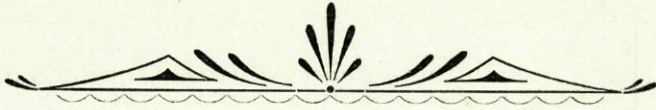
Aos meus primos

Ao meu illustrado Presidente

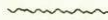
O Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Dr. Antonio Placido da Costa





INTRODUÇÃO



ASSUMPTO que escolhi para a minha these é no amplo campo da gynecologia um dos que considero mais importantes.

Importante não só pelos órgãos affectados, a que o caso diz respeito, mas também pela necessidade incontestavel de todos os que se dedicam á carreira medico-cirurgica possuirem uma bagagem scientifica sufficiente para elaborar um diagnostico tão seguro quanto possivel, sempre que taes casos se apresentem ; só isso os habilitará a uma technica operatoria não espalhafatosa mas segura e bem orientada que os guie a um resultado satisfatorio.

A ideia que me levou a emprehender este trabalho germinou com intensidade no deçorrer do meu 5.º anno, se bem que dois annos antes

não me fossem indifferentes outros assumptos da mesma especie.

Não ligando durante esse tempo a importancia que hoje ligo a tal materia, nem por isso dei-xei de colher algumas notas, que, apesar d'incompletas, me prestam um valioso auxilio na elaboração d'este trabalho.

Durante o meu 5.^o anno medico sendo assistente na enfermaria 8, (CLINICA CIRURGICA), de tres doentes portadores de tumôres kysticos dos ovarios, segui cuidadosamente taes casos, quer no que diz respeito ao diagnostico quer ainda, e muito principalmente, no que se relaciona com a technica operatoria que os mesmos reclamavam.

Convenci-me então de quão infundadas eram as ideias que antes me tinham avassalado o espirito sobre a facilidade e segurança com que poderiamos fazer um diagnostico completo da existencia d'um tumôr kystico do ovario.

E mais me radicou n'este convencimento a apreciação do avultado numero de diagnosticos que pude colligir, reconhecendo que na maior parte dos casos o diagnostico é incompleto.

Isto é, apalpando bem o ventre d'uma mulher affectada, não offerece difficuldade o poder affirmar-se que é portadora d'uma neoplasia ovarica ou utero-ovarica; mas o que não é facil, na grande maioria dos casos, é *precisar* o diagnostico assente.

Este o ponto delicado.

Bem sei que na pratica, uma ou outra vez, apparecem casos simples, verdadeiramente typicos isto é, correspondendo aos quadros clinicos que os tratados de gynecologia apresentam, mas o maior numero d'elles são atypicos a tal ponto que chegam a constituir verdadeiras surpresas operatorias.

Não deve, pois, preexistir no nosso espirito a ideia d'intervir sem que o diagnostico seja o mais bem formulado possivel.

D'esta fórma levaremos bem schematisadas na ideia, todas as complicações que possam co-existir com uma neoplasia préviamente diagnosticada; e assim combatel-as-hemos, com a maior segurança e sangue frio possiveis.

Deduz-se, pois, que no campo da gynecologia são faceis os enganos, mesmo nas mãos dos grandes mestres, apesar muitas vezes d'um exame cuidado e minucioso da doente.

Como exemplo, podemos citar o caso de Spencer Wells, que tendo em 1862 diagnosticado a existencia de kystos ovaricos n'uma enferma, ao praticar a operação, revelou-se-lhe uma peritonite tuberculosa. Foi um erro de diagnostico que nem por isso deixou de ter alto valor, pois veio providencialmente abrir um largo horisonte na therapeutica das peritonites produzidas pelo bacillo de Kock.

Citarei ainda, no grupo d'observações es-

trangeiras que apresento, dous casos referidos por Polaillon, em que os diagnosticos assentes eram de kystos ovaricos, quando na realidade se tratava (como se provou pela operação) de verdadeiras prenhezes, etc.

Resolvi, portanto, no decurso do meu trabalho dar-lhe uma orientação, sobretudo, pratica, servindo-me de base algumas observações pessoas que pude colligir, outras cedidas pelo snr. Dr. Pires de Lima e algumas extrahidas de documentos de cirurgiões estrangeiros, assignalados por meritos reputados e distinctos.

Deixarei, assim, de entrar em considerações theoricas sobre a etiologia, pathogenia e anatomia-pathologica dos tumores kysticos do ovario, assumptos estes assás debatidos; mas não deixarei de me referir a elles ligeiramente, uma vez ou outra, por necessidade de minha exposição.

Na parte relativa á intervenção cirurgica, exporei com tanto cuidado quanto os meus limitados conhecimentos o permittam a technica operatoria que é necessario seguir nas affecções de que vou occupar-me, ponto esse que julgo de capital importancia.

E' para além do peritoneo, delicada travessia que a muitos apavora, que a pericia manual do operador, dirigida por um raciocinio consciencioso, cumpre que se faça. E' ella que, escu-

dada com o poderoso auxilio da moderna antiseptia, concorre para que as estatisticas de ha 85 annos comparadas com as d'hoje nos deixem horrorisados com os insuccessos que n'esse tempo pullulavam.

Isto mostra sufficientemente quanto tem progredido a technica operatoria gynecologica desde 1809, epocha em que Ephrain Mc-Dowel (do Kentucky) fez a primeira ovariectomia, por kysto d'ovario, até aos nossos tempos.

Não poderei dar a este trabalho o desenvolvimento e amplitude que elle reclama; não por falta de vontade minha, antes porque insuperaveis causas varias a isso se oppuzeram, sendo entre ellas:

1.º Os restrictos e insufficientes conhecimentos que, ainda assim á custa de muito trabalho, pude adquirir durante alguns mezes.

2.º A limitada pratica hospitalar. Esta causa é para mim de superior valor.

Expôr aqui em todos os seus detalhes os motivos que obstaram a que podesse ter uma assidua e proveitosa pratica hospitalar, como aliás vivamente desejava, levar-me-hia longe em amargas considerações, que tornariam extenso em demasia e talvez mesmo enfadonho o meu trabalho.

Limitar-me-hei pois a dizer o seguinte:

O regimen tradicional e, com especialidade,

presente, que reina no Hospital de Santo Antonio é o mais anachronico e mesquinho que cerebros obsecados pela vaidade poderiam architectar.

Em toda a parte onde se pugna pelos progressos das sciencias medicas os hospitaes são facultados aos alumnos das Escholas, para alli poderem livremente praticar e adquirir conhecimentos indispensaveis á sua profissão. Aqui dá-se o contrario. Aos novos, que desejam praticamente conhecer tantos e tantos assumptos que as theorias apontam, é-lhes vedada a entrada nas enfermarias, permittindo-se-lhe apenas a sua permanencia alli durante as visitas dos respectivos directores clinicos, na companhia dos quaes devem entrar e sahir. Só á custa de subterfugios e pedidos se consegue uma ou outra vez a entrada independente n'aquella casa hospitalar.

De resto, tudo são obstaculos que surgem como phantasmas, amedrontando os mais timidos e obrigando-os a abandonar os trabalhos praticos, do que resulta sahirem da Eschola sem os conhecimentos indispensaveis.

Uma barbaridade, que, por honra da Eschola e da classe medica, urge expungir o mais breve que ser possa.

Deprehende-se, pois, do que acabo de dizer, sem entrar em novas minucias, que a falta de pratica hospitalar obsta a que possam colher-se os conhecimentos são que constituem certifica-

dos favoráveis ou não favoráveis, ás theorias que aprendemos, deixando o medico que conclue a sua formatura em difficil situação para desassombradamente poder exercer o seu *modus vivendi*, tam honroso, mas tam penoso.

Não obstante, e sob a impressão esmagadora d'estas e de muitas outras difficuldades ainda, não desanimei; reagi, conforme pude contra todos os obstaculos que se me defrontaram, e consegui elaborar emfim este pequeno trabalho como quem cumpre um dever que lhe é imposto.

Cumpre-me finalmente deixar aqui bem expresso o meu profundo reconhecimento pelo valioso auxilio que se dignaram prestar-me os Ex.^{mos} Snrs. Professores Azevedo Maia, Roberto Frias, Souza Junior e Maximiano de Lemos e os Snrs. Drs. Souza Oliveira, Franchini e Pires de Lima.

Do illustrado jury que hade apreciar-me espero toda a benevolencia para este meu desprezencioso trabalho.

Porto — 1905.

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO I

(PESSOAL)

Enfermaria n.º 8

Kysto multilocular do ovario direito, com degenerescencia sarcomatosa; ovariectomia; pediculo abandonado; drenagem pelo Mickulicz; doença intercorrente, tetano; morte.

A... Affonso, idade de 36 annos, casada, costureira, natural de Alijó, é admittida no hospital de Santo Antonio a 2 de novembro de 1904, sendo internada na enfermaria n.º 8.

Não teve doenças em creança.

Foi normalmente regulada desde os 15 annos. Teve nove partos normaes.

Em junho de 1904, começou a sentir ao nivel do ovario direito, dôres de certa intensidade, mas fugazes e não constantes. Nesta altura a menstruação modificou-se, quer na periodicidade, quer na quantidade.

Assim foi vivendo, até que em agosto do mesmo anno teve um aborto. Em seguida começou a ser menstruada duas vezes por mez. Uma ou outra vez, as dôres visitavam-na.

Coincidindo com as dôres, pareceu-lhe sentir um corpo volumoso que se deslocava.

Fez pouco caso, mas o augmento começou a dar-se

com tal intensidade, que a doente viu-se obrigada a entrar para o hospital.

Antecedentes hereditarios, sem importancia.

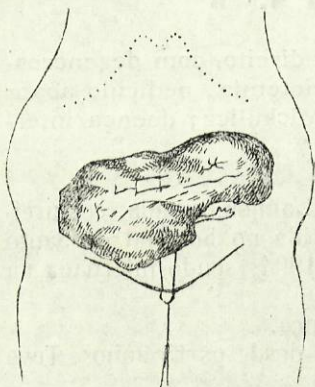
Após a sua entrada, verificou-se ter o ventre enormemente abaulado, de fórma regular, não acuminado e com uma ligeira rede venosa á superficie.

Observou-se haver tensão sensível em toda a parede abdominal. Havia liquido ascitico em grande quantidade.

A *apalpação* profunda elucidou-nos sobre a existencia d'uma neoplasia dos órgãos genitales internos.

A *percussão* dava som baço, uniformemente em toda a superficie da neoplasia.

O *toque vaginal* indicou um desvio do collo uterino para a direita e sensação de resistencia no fundo do sacco de Douglas.



Schema representando a posição do kysto, sua fórma e relações com o utero, annexos e bexiga.

Impossível era traçar um diagnóstico seguro sem fazer uma prévia punção abdominal.

Fez se-lhe a paracentese a 2 de novembro. Extrahiram-se lhe 8 $\frac{1}{2}$ litros de liquido ascitico, de côr amarella e de aspecto turvo.

Posto o ventre em melhores condições procedeu se a um novo exame que revelou o seguinte: existencia de uma neoplasia regularmente lisa e de consistencia desigual; tinha proximamente a fórma de um rim com a concavidade voltada para a fossa iliaca esquerda.

Novo toque vaginal, indicou pouca mobilidade do utero. Não se sentia a onda reflectida, por percussão abdominal.

Annexos esquerdos, livres, facilmente palpaveis e sãos.

Pressões abdominaes, um tanto exageradas, não despertavam dôres.

A doente apresentava-se um pouco abatida e com *facies ovarico*. Tinha dificuldade em obrar e urinar.

Dia 4 de novembro. — A doente foi convenientemente preparada para a operação. Foram lhe prescritas duas injeções de strychnina, uma de manhã, outra de tarde; 500 grammas de sôro physiologico foram injectadas na nadega esquerda; internamente, tomou um purgante; desinfecção rigorosa de todo o abdomen e irrigações antisepticas á vagina.

Dia 5. — Injecção de 500 grammas de sôro, ás 8 da manhã, ás 10 $\frac{1}{2}$, operação.

Chloroformisação mixta, sem incidente. Incisão de 10 centimetros de comprimento, a partir dois dedos acima do pubis.

Após a abertura da cavidade abdominal, sahida de grande quantidade de liquido ascitico, amarello e turvo. O kysto apresenta-se com aspecto violaceo e com superficie lisa. Foi punccionado e esvasiado, aproveitando-se proximamente 5 $\frac{1}{2}$ litros de liquido.

Havia adherencias ao epiploon e á parede abdominal anterior.

Libertadas e laqueadas, extrahiu-se o sacco kystico e seccionou-se o pediculo que foi suturado em cadeia e abandonado na cavidade abdominal.

Toilette do peritoneo e sutura a *catgut*. Sutura a crina, da pelle, aponevrose e musculos da parede abdominal. Fistula no inferior da incisão, para drenagem. Introduce-se lhe o dreno de Mickulicz.

Depois da operação, injectaram-se-lhe dous decigrammas de cafeina, e á noite, 500 grammas de sôro. T. 37,8; P. 90.

Dia 6. — Dôres lombares, vomitos esverdeados. Nova injeção de sulfato de strychnina. T. 38; P. 117.

Dia 7. — Estado geral satisfactorio. Levanta-se o penso, tira se o dreno de Mickulicz, cuja extracção foi muito morosa e substitue-se por um de caoutchouc.

Havia já pequena suppuração na fistula. Novo penso. Nova injeção de strychnina.

Dia 12. — Nada de notavel. A cicatrisação da incisão, exceptuando a fistula, está completa. Substitue-se o dreno de caoutchouc por uma pequena mecha de gaze.

Curativo da fistula com solução de sublimado muito diluido. T. 37,4.

Dia 16. — Nada de notavel. A doente come com appetite.

Dia 17. — A suppuração da fistula ainda continúa. Curativo com agua iodada. T. normal.

Dia 24. — Tudo bem.

Dia 25. — Queixa-se de sentir difficuldade em abrir a bocca e mastigar os alimentos. T. 37,7; P. 115.

Dia 27 e 28. — Trismus intenso. Aparecem dôres vagas na nuca com accessos de contracção dos musculos da mesma região. T. 38,5; P. 117.

O diagnostico de tetano é confirmado.

Faz-se o tratamento apropriado.

Falleceu em 4 de janeiro de 1905.

EXAME DA NEOPLASIA

Verificou-se tratar-se de um kysto multilocular, com liquido citrino turvo e viscoso, tendo na metade inferior da sua face posterior, degenerescencia sarcomatosa accentuada.

OBSERVAÇÃO II

(PESSOAL)

Enfermaria n.º 8

Kysto hematico do ovario esquerdo, acompanhado de pequenos e multiplos kystos para-ovaricos; ovariectomia; pedicelo abandonado; drenagem Mikulicz; cura.

L... Cardoso, idade de 37 annos, casada, costureira, natural de Rezende, é admittida no hospital de Santo Antonio a 11 de novembro de 1904 e internada na enfermaria n.º 8.

Passado pathologico, sem importancia. Antecedentes hereditarios, idem. Regulada normalmente desde os 14 annos.

Teve quatro partos normaes. Desde 1901 que não teve filhos.

Em fins de 1903, sentiu uma dôr violenta muito proximo da fossa iliaca esquerda que a obrigou a guardar a cama, prohibindo-lhe o andar e occupar-se nos arranjos de casa. As dôres persistiram dez dias, mudando de vez em quando de intensidade.

Passados estes dias, veio a menstruação, completamente modificada, quer na periodicidade, quer na quantidade, quer mesmo na qualidade, isto é, começou a ser menstruada mais cedo do que de costume, tinha maior quantidade e o menstruo era bastante escuro e com coagulos. Duração de 10 a 15 dias.

Não foi menstruada assim, constantemente, mas com intermittencias.

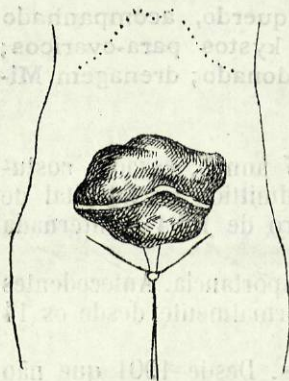
Foi passando regularmente até que em meados de julho nova dôr se lhe manifestou, sentindo ao mesmo tempo difficuldade e certa dôr ao urinar.

Tratou-se da bexiga, parecendo-lhe melhorar alguma cousa.

A sensibilidade no baixo ventre augmentava.

Não tendo melhoras sensiveis e as hemorragias sempre no mesmo estado, resolveu entrar para o hospital.

Após a sua entrada, verificou-se a existencia de abaulamento abdominal. Com relativa facilidade, chegou-se á conclusão de que se tratava muito provavelmente d'uma neoplasia utero-annexial.



Schema representando a posição do kysto, sua relação com o utero e annexos. A linha branca indica a zona de sensibilidade á pressão

A *apalpação* indicava a existencia d'um tumor de consistencia myomatosa, com uma zona de sensibilidade bastante extensa.

Annexos, quer direitos, quer esquerdos, impossiveis de atingir.

O *toque vaginal* indicava collo uterino um pouco mais volumoso do que normalmente e um pouco molle; utero fixo, fazendo corpo com a neoplasia.

Resistencia nas partes lateraes do fundo do sacco de Douglas.

Dia 23 de novembro. — A doente foi convenientemente preparada para a operação. Foram-lhe prescriptos, um purgante e duas injeções de sulfato de strychnina, uma de manhã outra de tarde, e desinfeção rigorosa do abdomen e da vagina.

Dia 24. — A's 8 horas da manhã, injeção de um milligramma de strychnina; ás 10, operação. Chloroformisação sem incidente. Incisão de $8 \frac{1}{2}$ centímetros de comprimento. Após a abertura uma massa escura se apresenta. Faz-se a apalpação, nota-se que ha liquido. Faz-se a punção e vasa-se um conteúdo hemorrhagico com coagulos. Lacera-se a parede do kysto. Extravasamento do conteúdo dentro da cavidade abdominal.

Havia adherencias multiplas, á parede abdominal

anterior, á bexiga, aos annexos direitos, á face anterior do utero, a algumas ansas intestinaes e ao epiploon.

Libertadas e laqueadas as mais importantes, foi extrahido o sacco kystico aos pedaços, seccionado o pediculo, suturado em cadeia e abandonado.

Toilette cuidadosa do peritoneo, sutura a *catgut* do mesmo, e sutura a crina, da pelle, aponevrose e musculos.

Deixou-se fistula para applicação do dreno de Mickulicz.

Dia 25. — Vomitos aquosos e esverdeados. Um pouco de agitação. Dôr na fossa iliaca esquerda. Injecção de strychnina. T. 37,9.

Dia 26. — Estado geral melhor. Nova injecção.

Dia 27. — Levanta-se o dreno de Mickulicz. Levou seguramente $\frac{3}{4}$ d' hora a sua extracção. Houve uma pequena hemorragia intra-abdominal. Substituição por um dreno de caoutchouc. T. 38,7 da tarde.

Dia 28. — Estado geral na mesma. A doente sente algumas dôres abdominaes. T. 37,8.

Dia 1 de dezembro. — Substituição do dreno de caoutchouc por um de gaze.

Sensibilidade na cicatriz e apparecimento de pús na fistula e nos tres ultimos pontos de sutura. Penso antiseptico.

Dia 4. — A suppuração da incisão é accentuada. Cortam-se os quatro pontos ultimos. Curativo com agua iodada.

Dia 7. — Manifesta-se-lhe uma gastro-enterite.

Dia 1 de janeiro de 1905. — Continua a fistula em suppuração.

Dia 19. — Sahe curada.

EXAME MACROSCOPICO DO TUMOR

Não foi possivel ultimar o exame macroscopico minucioso porque quasi toda a parede kystica se lacerou. Comtudo pelo exame que se fez, concluiu-se, que se tratava d'um kysto multilocular. N'umas cavidades havia liquido citrino, n'outras liquido hemorragico escuro e com coagulos adherentes á parede. Havia tambem kystos para-ovaricos de conteúdo hyalino.

OBSERVAÇÃO III

(PESSOAL)

Enfermaria n.º 8

Kysto multilocular muito extenso, do ovario direito, com degenerescencia papillomatosa do terço inferior; ovariectomia; pediculo abandonado; drenagem Mickulicz; morte.

M... Moura, idade de 38 annos, casada, senhora de sua casa, natural de Villa Nova de Foscôa, é admittida no hospital de Santo Antonio a 18 de janeiro de 1905 e internada na enfermaria n.º 8. Até ao anno de 1899, o seu passado pathologico não tem nada de importante.

Foi a primeira vez assistida aos 14 annos e normalmente regulada até 1899. Teve nove partos normaes. O ultimo, gemellar, foi em principios do anno de 1899. Depois d'esse parto ficou bastante fraca e passados dous mezes começou a notar que era pouco menstruada.

Em 28 de dezembro de 1903, começou a sentir um certo peso no baixo ventre, acompanhado de dôres vagas, com accentação sobre o ovario direito.

Foi passando regularmente até que em 25 de outubro de 1904 teve uma colica. Essa dôr formou-se em volta do umbigo e generalizou-se a todo o ventre, accentuando-se sempre para a região do ovario direito.

Durou essa dôr tres dias, mas com intermittencias no que diz respeito á intensidade.

Não obrou durante o tempo que as dôres duraram e ficou immensamente abatida.

Poucos dias depois da colica, o ventre começou a augmentar com bastante rapidez e ao mesmo tempo percebeu a existencia de um corpo com certa dureza, que

se estendia do umbigo para baixo, e obliquamente para a direita. E' preciso notar que tres mezes antes da colica, portanto em meados de julho, agosto e setembro, a menstruação apparecia-lhe duas e tres vezes por mez, durante tres e quatro dias. O crescimento do ventre desde fins de outubro de 1904 foi extraordinario.

Desde novembro de 1904, por deante, deixou de ser menstruada. Tinha difficuldade em urinar e obrar.

Antecedentes hereditarios, nada de importante.

Após a sua entrada, notou-se o ventre muito abaulado e acuminado, muito tenso, dando a sensação de onda liquida á percussão.

A *apulpação* superficial não revelava nada de notavel; a profunda levava a crêr que se tratava d'uma neoplasia utero-annexial, cuja situação e natureza não pôde ser confirmada, pois a immensa ascite prejudicou o exame.

O *toque vaginal* revelou: collo do utero normal, um pouco desviado para a direita e o utero fixo. Toque rectal deu a impressão d'um corpo não muito volumoso, que devia ser o utero propellido para traz. Fundo do sacco de Douglas tenso e resistente.

A doente apresentava o *facies ovarico*.

Dia 27 de janeiro.—Preparação conveniente da doente para a operação. Tomou um purgante. Applicaram-se-lhe duas injeções de sulfato de strychnina. Desinfecção rigorosa de toda a parede abdominal e da vagina. T. 37; P. 77.

Dia 28.—A chloroformisação correu sem incidente.

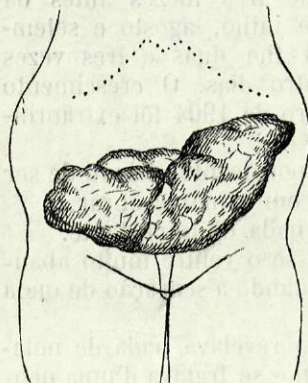
Incisão de 20 centímetros de comprimento, a partir dous dedos acima do pubis.

Sahida de grande quantidade de liquido ascitico turvo e sanguinolento, proximamente 8 litros.

Introduzida a mão, encontra-se uma extensa neoplasia dirigindo-se obliquamente da fossa iliaca direita ao hypocondrio esquerdo, recobrando n'este percurso a região do ovario direito, toda a face anterior do utero, propellido-o para traz, e ainda quasi toda a região do ovario esquerdo.

Havia adherencias do epiploon á metade superior

da neoplasia e proximo do pediculo uma ansa intestinal estava comprehendida no mesmo processo.



Schema representando a posição occupada pelo kysto, a sua fórma, qual a porção papillomatosa e quaes as relações com o utero e annexos.

Libertadas e laqueadas, punccionou-se o tumor por tres vezes, esvasiando se seguramente 6 litros de conteúdo.

Em seguida extrahiu-se o kysto para fora da cavidade abdominal.

Apanhado o pediculo, foi seccionado e suturado em cadeia. Comprimento do pediculo, proximamente 6 centimetros; largura, 4,5 centimetros.

Toilette do peritoneo, sutura d'este a *catgut* e sutura a crina, da pelle, aponevrose e

musculos.

Deixou-se fistula para applicação do dreno de Mikulicz. Feito o penso, foi-lhe injectado um milligramma de sulfato de strychnina e um decigramma de cafeina e passadas duas horas, quinhentas grammas de sôro.

Noute de 28. — Vomitos abundantes. T. 37,2; P. 80; R. 22.

Dia 29. — Bem.

Dia 30. — Prescreveu-se-lhe um clyster de oleo de ricino. Obrou alguma cousa. Foi-lhe extrahido o dreno, que deu muitissimo trabalho, levando quasi uma hora a sua extracção.

Houve sabida de grande quantidade de liquido ascitico e consecutivamente á sua extracção, hemorragia que não foi pequena.

Substituição do dreno por um de caoutchouc. T. normal.

Dia 31. — Brusca elevação da temperatura. T. 39,2; P. 130. Obrou pouco, e vomitou 3 lombrigas.

Dia 1 de fevereiro. — T. de manhã, 37,8; P. 114; T. de tarde, 38,2; P. 118.

Dia 2. — Encontrou-se suppuração na fistula e n'uma

pequena porção da cicatriz. T. de manhã, 36,9; P. 112; T. de tarde, 38; P. 119.

Dia 3. — Substituição do dreno de caoutchouc por uma mecha de gaze. Penso antiseptico na sutura.

Dias 3 e 4. — Nada de notavel. Temperatura baixa.

Dia 4. — T. de tarde, 39,2; P. 124. Leves dôres, disseminadas por todo o abdomen e um pouco de tympanismo.

Dia 5. — T. de manhã, 37,5; T. de tarde, 39,6; P. 140. Peritonite manifesta.

Dia 6 e 7. — Estado gravissimo.

Dia 8. — Falleceu.

AUTOPSIA

Procedi á autopsia no dia 9, em presença do snr. dr. Pires de Lima.

RESULTADO

Ventre abaulado e tenso. Cicatriz perfeita até um dedo abaixo do umbigo. D'ahi para baixo cicatriz com algum pús.

Aberta a cavidade abdominal, viu-se que a massa intestinal estava reduzida a um bloco unico.

Destacados os intestinos, encontrou-se o pediculo bastante extenso, adherente ao recto.

Essas adherencias trouxeram como consequencia a ruptura do recto e oclusão intestinal parcial na curvatura do S iliaco.

Entre a face lateral do pediculo e o fundo do sacco de Douglas, encontrou-se uma collecção hemorrhagica, com coagulos alterados.

Disseminados entre as ansas intestinaes, focos de pús.

Morte por peritonite septica devida á ruptura do recto.

Causa: cicatriz viciosa do pediculo, um tanto extenso, com a face anterior do recto.

EXAME MACROSCOPICO DO TUMOR

A fôrma do tumor é a mais irregular possível.

O exame macroscopico revelou-nos tratar-se de um kysto multilocular, com degenerescencia papillomatosa, no terço inferior, para a direita da linha branca.

As cavidades eram variadissimas quer na fôrma quer no tamanho, quer mesmo no conteúdo.

Continha cinco variedades de liquido. Um transparente como agua e esse em maior quantidade, outro leitoso, outro amarello citrino, limpido, outro idem levemente hemorrhagico, outro côr de café e finalmente um hemorrhagico. O terço inferior era solido e o restante era propriamente kystico.

OBSERVAÇÃO IV

(PESSOAL)

Enfermaria n.º 8

Kysto do ovario direito com quatro torsões no pediculo; ovariectomia; pedicelo abandonado cura.

F... Rosa, idade de 35 annos, solteira, natural de Villa do Conde, é admittida no hospital de Santo Antonio a 7 de fevereiro de 1905 e internada na enfermaria n.º 8.

Nenhum passado pathologico, digno de menção. Idem no que diz respeito aos antecedentes hereditarios.

Assistida a primeira vez aos 15 annos e normalmente regulada.

Em março de 1903, manifestou-se-lhe uma dôr no flanco e fossa iliaca direita, cuja duração variava entre algumas horas e alguns dias, para desaparecer em seguida.

A existencia d'um corpo estranho dentro do ventre percebeu-se n'essa occasião.

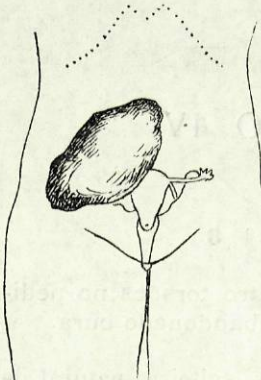
Foi passando regularmente, até que, em meados de dezembro de 1904, manifestou-se-lhe uma violenta dôr no mesmo logar da primeira.

Após a sua entrada, verificou-se que o ventre estava alguma cousa abaulado. Volume d'uma prenhez de 5 mezes.

Abaulamento apreciavel desde o pubis até proximo do umbigo, com accentuação para o lado direito.

Foi facil, pela *apalpação*, reconhecer um tumor de fórma ovalar de extensão de 17 centimetros, com certa mobilidade, assentando sobre a metade superior do utero e encobrendo os annexos direitos. Sensivel á pressão, na base.

A limitação lateral e superior foi simples; inferiormente não.



Schema representando a posição do kysto, sua forma e relações com o utero e anexos.

O *toque vaginal*, indicava o collo uterino desviado para diante; havia sensação de resistência no fundo de sacco de Douglas e a sensação de onda líquida era pouco perceptível.

Dia 6 de março. — A doente foi convenientemente preparada para a operação. Prescreveu-se um purgante. Foi-lhe feita uma desinfecção rigorosa do abdomen e vagina.

Dia 7. — Procedeu-se á operação. Anesthesia pelo chloroformio, sem incidente. Incisão media de 9 centímetros. O kysto apresenta-se com uma parede violacea.

Punccionado, deu proxíamente 1700 grammas d'um liquido levemente hemorrhagico.

Feita a tracção da parede, notaram-se algumas adherencias perto da base, á parede, abdominal e á porção antero-lateral do utero. Na parte media do kysto a trompa estava laxamente adherente.

Verificou-se ser um kysto do ovario direito, com quatro torsões no pediculo.

Pediculo curto com tres centímetros de largura. Foi suturado em X e abandonado. Toilette do peritoneo, sutura a *catgut* e sutura a crina, da pelle, aponevrose e musculos.

Dia 8. — Alguns vomitos. T. 37,5; P. bom.

Passados doze dias appareceu uma pequena suppuração sub-cutanea na cicatriz, na extensão de tres centímetros para a parte inferior. Curativo apropriado.

Sahiu curada a 11 de abril.

EXAME MACROSCOPICO DO TUMOR

Kisto ovarico unilecular; paredes espessas com soffusões sanguineas na face interna; liquido citrino, filante, levemente tinto de sangue; pediculo com quatro torsões no sentido da esquerda para a direita.

OBSERVAÇÃO V

(PESSOAL)

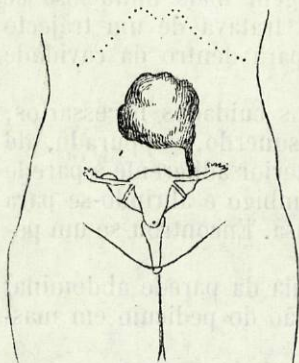
Enfermaria n.º 13

Kysto ovarico esquerdo, suppurado com trajecto fistuloso para a parede abdominal

A . . . Cruz, idade de 28 annos, solteira, creada de servir, natural da Pesqueira, foi admittida no hospital de Santo Antonio a 30 de novembro de 1903 e internada na enfermaria n.º 13.

Antecedentes pathologicos e hereditarios, sem importancia.

Assistida a primeira vez aos 15 annos e sempre regulada normalmente.



Schema indicando a posição occupada pelo kysto, sua forma e relações com o utero e annexos.

Teve um parto normal em fins de novembro de 1902.

Em fins de fevereiro de 1903 sentiu uma dôr no lado esquerdo (alturas do ovario). A sua duração e intensidade foram pequenas, chegando a desaparecer por completo. Falto-lhe n'esse mez a menstruação, para voltar nos seguintes sem mudança apreciavel, quer na quantidade quer na qualidade.

Nunca deu pela existencia do tumor.

Foi passando sem incidente até que, em fins de julho, sentiu uma pequena dôr na parede abdominal, 4,5 cen-

timetros para fóra do umbigo e 2 centímetros para baixo. A dôr ia augmentando gradualmente.

Mais tarde notou sensibilidade na pelle e percebeu uma zona vermelha de fóma circular.

Passados alguns dias observou uma tumefacção com certa dureza. Consultou um medico que lhe prescreveu emollientes. Formou-se um abcesso, que foi aberto, dando sahida a uma grande quantidade de pús, não espesso, mas um tanto liquido.

Ficou com uma fistula de descarga, que durou bastante tempo aberta. Depois fechou; novo abcesso, nova abertura. Assim andou n'este estado desde setembro de 1902 até á data de entrada.

A doente apresentava-se magra, tinha falta de appetite e a lingua saburrosa.

A' tarde, diariamente, apresentava uma elevação de 0,5 de grau, havendo dias em que o movimento febril era muito irregular.

Dia 6 de novembro. — Foi convenientemente preparada para a operação.

Dia 7. — Procedeu-se á operação. Chloroformisação sem incidente. Foi sondada a fistula com um estylete, dando a impressão de que se tratava de um abcesso da parede abdominal. Nova sondagem mais minuciosa se fez. Viu-se, finalmente, que se tratava de um trajecto fistuloso, com communicacção para dentro da cavidade abdominal.

Feita a laparotomia com os cuidados necessarios, extrahiu-se um kysto ovarico esquerdo, suppurado, de paredes flaccidas, com a face anterior adherente á parede abdominal, muito proximo do umbigo e abrindo-se para o exterior por uma fistula tortuosa. Encontrou-se um pediculo extenso, estreito e laxo.

Fez-se a curetagem da fistula da parede abdominal e sutura. Procedeu-se á laqueação do pediculo em massa por meio de laço.

Em seguida procedeu-se a toilette do peritoneo, sutura a *catgut* e sutura a crina, da pelle, aponevrose e camada muscular.

Consequencias post-operatorias sem importancia.

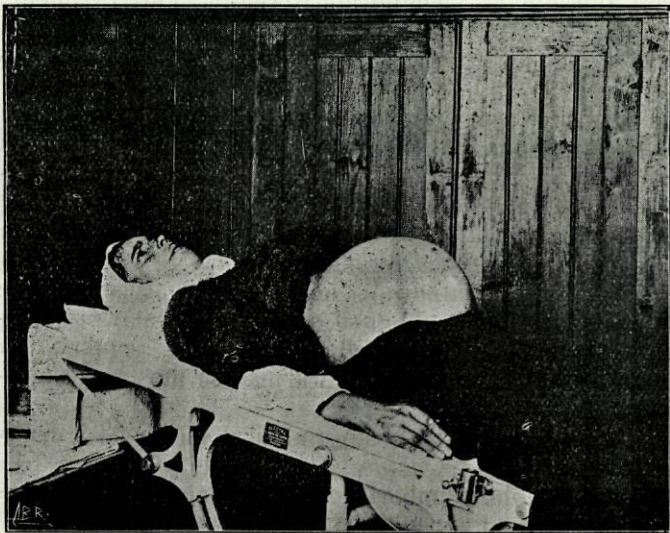
Sahiú curada a 17 de janeiro de 1904.

OBSERVAÇÃO VI

(PESSOAL)

Enfermaria n.º 13

Volumoso kysto unilocular (do ovario direito?); mar-
zupialisação; morte.



Simili-gravura da photographia da doente.

R... Pinho, idade de 45 annos, casada, creada, natural de Ovar, foi admittida no hospital de Santo Antonio a 26 de agosto de 1905 e internada na enfermaria n.º 13.

Antecedentes pathologicos, sem importancia. Antecedentes hereditarios idem. Assistida a primeira vez aos

17 annos. Aos 20 parou-lhe a menstruação, voltando a apparecer dos 22 para os 23, sendo então sempre bem regulada até principios de dezembro de 1904. D'ahi por deante novamente lhe parou.

Teve quatro partos normaes; o ultimo foi a 2 de agosto de 1905.

Em fevereiro do corrente anno, estando a lavar no rio, molhou-se, enxugando a roupa no corpo. No dia seguinte começou a sentir dôres na fossa iliaca esquerda, com propagação até ao umbigo.

Disse a doente andar gravida de tres mezes quando notou o ventre a crescer desmesuradamente.

Por causa das dôres que se lhe manifestaram, viu-se obrigada a conservar-se de cama durante seis semanas. Durante esse tempo appareceu-lhe um corrimento vaginal, esbranquiçado e com mau cheiro, desapparecendo quando se encontrou melhor e se levantou do leito.

Após o parto de 2 de agosto, o volume do ventre pouco diminuiu, voltando, passados dias, ás dimensões primitivas, e reaparecendo-lhe leves dôres, com accentuação na fossa iliaca direita e flanco do mesmo lado.

Não sentia difficul tade em obrar nem tão pouco em urinar. Tinha alguma dyspnêa.

Depois da sua entrada no hospital e procedendo-se ao exame da lesão, notou-se que o ventre estava immensamente desenvolvido. Tinha uma fórma regular, era acuminado e a cicatriz umbilical não se mostrava deprimida.

A circumferencia costo-umbilical media 94,5 centimetros.

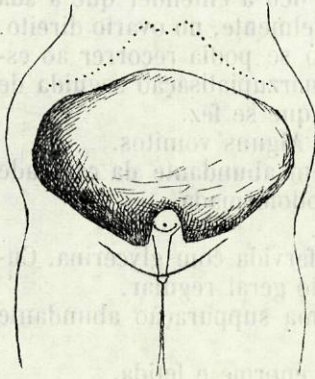
Da symphise publica ao umbigo media 32 centimetros e d'este ao appendice xyphoideo 18.

Da espinha iliaca superior direita ao umbigo e d'este á espinha iliaca esquerda superior media respectivamente 30 e 28 centimetros. Havia, pois, uma ligeira altura para o lado direito.

A *apalpação* superficial, revelava um abdomen uniformemente tenso; profunda, não indicava sensação de corpo extranho.

A *percussão* dava uma zona de som baço, de fórma

quasi ellipsoide e occupando a extensão que muito proximamente o *schema* indica. A zona de som baço era immutavel, qualquer que fôsse a posição da doente.



Schema representando a extensão da zona de som baço e a relação do kysto com as visceras, utero e annexos.

Não havia corôa de som tympanico, mas sim meio arco de circulo, estendendo-se do hypocondrio direito ao esquerdo.

Sensação de onda liquida, bem apreciavel, mas parecendo ser de ascite e não de kysto.

O *toque vaginal* revelou o collo uterino um pouco molle e volumoso; corpo do utero em ante-flexão; fundo de sacco de Douglas cheio; resistencia nas paredes lateraes.

A sensação de onda liquida obtida pela percussão abdominal, era muito pouco nitida.

O estado geral da doente era soffrivel. Notava-se-lhe viva anciedade, produzida pelo enorme volume do ventre.

Nos cinco dias que antecederam a intervenção, a doente queixou-se de exacerbação da dôr do lado direito; febre variando entre 38 e 38,8 e suores profusos.

Houve, pois, necessidade de intervir a quente, o que tornava o prognostico operatorio mais grave.

Dia 31.—Foi convenientemente preparada para a operação.

Dia 1 de setembro.—Procedeu-se á operação. Chloroformisação, sem incidente. Esvaziamento da bexiga com algalia. Incisão media de 8 centímetros e meio de extensão. Rapidamente se chega a uma cavidade jorrando liquido turvo, e com exsudatos inflammatorios. Verificados com cuidado os tecidos, viu-se que a parede do kysto estava intimamente adherente ao peritoneo parietal, prejudicando assim a sua libertação. As adherencias eram uniformes.

Mais se notou que o kysto se estendia para o fundo

de sacco de Douglas; contrahindo adherencias com os intestinos, recobria por completo os annexos esquelidos e direitos.

A *apalpação* intra-kystica deu a entender que a sua implantação era, muito provavelmente, no ovario direito.

N'estas circumstancias, só se podia recorrer ao esvaziamento do conteúdo e á marzupialisação seguida de drenagem intra-kystica. Foi o que se fez.

Dia 1. — T. á tarde, 38,7. Alguns vomitos.

Dia 2. — T. 38,2. Lavagem abundante da cavidade kystica. Drenagem com gaze iodoformada.

Dia 3. — T. á tarde, 39,3.

Dia 4. — Clyster de agua fervida com glicerina. Curativo. T. á tarde, 37,4. Estado geral regular.

Dia 12. — Estabelece-se uma suppuração abundante no sacco kystico.

Dia 15. — A suppuração é enorme e fetida.

Dia 23. — Falleceu.

OBSERVAÇÃO VII

(PESSOAL)

Enfermaria n.º 14

Kysto prolifero glandular do ovario direito, com aspecto areolar; ascite gelatinosa e um pouco turva; ovariectomia; pediculo fixo á parede abdominal; drenagem do fundo de sacco de Douglas com tubo de caoutchouc cheio de gaze; doente em via de cura.

A... Coutinho, idade de 52 annos, viuva, natural de Amarante, foi admittida no hospital de Santo Antonio a 27 de Agosto de 1905 e internada na enfermaria n.º 14.

Foi sempre saudavel. Antecedentes hereditarios, sem importancia.

Não se lembra quando fôra a primeira vez assistida, mas disse ser sempre bem regulada.

Em novembro de 1904, deixou de ser menstruada. Uma ou outra vez, um pequeno corrimento, levemente tinto de sangue, apparecia. Passados dous mezes desapareceu-lhe por completo.

Teve nove partos normaes.

Em fevereiro de 1905, notou que o ventre lhe inchava do lado direito, chegando porêem algumas vezes a desinchar.

Assim foram passando uns tantos dias até que o avultamento começou a accentuar-se e a doente deu pela existencia de um corpo extranho e com algum movimento dentro do ventre.

Nunca teve dôres. Custava-lhe alguma cousa a urinar. Obrava bem.

Consultou varios medicos e, por fim, resolveu entrar para o hospital.

Após sua entrada, verificou-se ter o ventre alguma coisa abaulado, mas não proeminente.

A circunferencia costo-umbilical media 82 centímetros.

Da symphise ao umbigo tinha 22 centímetros de extensão e do umbigo ao appendice xyphoideo 18.

Do umbigo á espinha iliaca direita superior, marcava 23 centímetros e do umbigo á esquerda 20.

Conclue-se, pois, que a forma do ventre não era regular, pois do lado direito havia saliencia manifesta, com accentuação na fossa iliaca, flanco, parte da região umbilical e todo o hypogastro.

A *apalpação* revelou a existencia de uma neoplasia, situada em grande parte para a direita da linha branca, de fórma irregular, de consistencia semi-molle, de superficie bosselada e movel.

A *percussão* accusava uma zona de som baço, abrangendo quasi toda a fossa iliaca direita, uma parte do flanco do mesmo lado, uma grande parte da região umbilical, todo o hypogastro* e um pequeno espaço da fossa iliaca esquerda.

Não havia onda liquida nitida nem no tumôr nem na cavidade abdominal.

O *toque vaginal* indicou: collo do utero pequeno, corpo movel; fundo de sacco de Douglas cheio e resistencia na parede lateral direita.

Estado geral satisfatorio.

Dia 6. — A doente é convenientemente preparada para a operação.

Dia 7. — Procedeu-se á operação. Chloroformisação, sem incidente. Incisão media de 13 centímetros de comprimento. O kysto apresenta-se. Grande quantidade de liquido ascitico gelatinoso turvo, sahe. Tenta-se a extracção em massa, o que se consegue.

Fóra da cavidade abdominal, notou-se que na face posterior havia adherencias laxas ao intestino. Libertadas, procedeu-se á laqueação do pediculo, que era extenso, largo, muito vascularizado e friavel. Fixo n'um clampo, foram laqueados todos os vasos importantes. A hemorragia não cedia facilmente. Procedeu-se á sutura em cadeia. Nem mesmo assim se conseguiu uma

hemostase perfeita. Por ultimo, applicaram-se-lhe compressas bem quentes e, consequentemente, procedeu-se a laqueação em massa.

Não havendo ainda assim confiança absoluta na hemostase, devido á friabilidade dos tecidos, resolveu-se fixar o coto pedicular á parede abdominal. Assim se fez. Seguidamente, lavou-se a cavidade abdominal com agua bem quente. Não podendo, por completo, esponjar algum liquido, que se juntava no fundo de sacco de Douglas, resolveu-se drenar. Feita a sutura do peritoneo a *catgut* e dos restantes planos a crina, deixou-se uma fistula na extremidade inferior, por onde se introduziu um tubo de caoutchouc.

Consequencias post-operatorias, sem importancia.

A doente vae em via de cura.

EXAME MACROSCÓPICO DO TUMOR

O exame macroscopico revelou-nos tractar-se d'um kysto prolifero glandular, com aspecto areolar.

A sua fórma, como o mostra as simili-gravuras n.^{os} 1 e 2, é assás irregular.

A face anterior (Fig. 1), apresenta algumas superficies lisas e outras boceladas, devido á proeminencia de pequenos kystos.

A face posterior (Fig. 2), é a mais irregular possível. Toda a superficie é repleta d'altos e baixos, devido á enorme quantidade de pequenos kystos appensos e inclusos na massa total.

O córte transversal (Fig. 3), mostra uma infinidade de pequenas cavidades kysticas, que continham liquido viscoso e d'aspecto leitoso. Disseminadas na massa neoplasica, encontraram-se cavidades kysticas volumosas, contendo tambem liquido leitoso.

OBSERVAÇÃO VIII

(PESSOAL)

Enfermaria n.º 13

Kysto suppurado do ovario direito multilocular, com extensas adherencias ás ansas intestinaes e á face posterior do utero; intimamente adherente ao fundo de sacco de Douglas e á pequena bacia; trompa completamente desapparecida; laparotomia; marzupialisação; doente em via de cura.

A . . . de Jesus, idade de 27 annos, casada, natural de S. Martinho da Gandra, foi admittida no hospital de Santo Antonio a 6 de setembro de 1905 e internada na enfermaria n.º 13.

Antecedentes pathologicos e hereditarios, sem importancia.

Assistida a primeira vez aos 19 annos e sempre regulada normalmente até principios de julho de 1904. D'esta epocha por deante deixou de ser menstruada.

A doente andava grávida. Em março de 1905, teve o parto, que correu sem incidente.

Por informação do clinico da terra, de onde a doente é natural, soube que após a expulsão do feto houve sahida abundante de liquido purulento.

Quinze dias depois do parto, a doente notou na linha media e por cima do pubis um corpo um tanto duro e mais pequeno do que a cabeça de um feto de termo. Depois do parto deixou de ser menstruada. Uma ou outra vez apparecia-lhe um corrimento, levemente amarelado e turvo, com algum cheiro.

O tumor foi crescendo gradualmente, nunca lhe causando incommodo apreciavel, a não ser uma sensa-



Fig. 1— Simili-gravura da photographia do tumor
(FACE ANTERIOR)



Fig. 2— Simili-gravura da photographia do tumor
(FACE POSTERIOR)



Fig. 3 — Simili-gravura da photographia do tumor
(CORTE TRANSVERSAL)

ção de peso no baixo ventre e alguma dificuldade ao abaixar-se.

Nunca teve dificuldade em urinar nem tão pouco em obrar.

Aspecto geral da doente, bom.

Após a sua entrada para a enfermaria, verificou-se pela *apalpação* a existencia de um corpo de volume superior a uma cabeça de feto de termo, assás consistente, fixo e indolente á pressão. A sua superficie era desigualmente lisa, sobretudo para a esquerda. Era proxima-mente espherico e estava situado na linha media por cima do pubis, occupando todo o hypogastro e uma pequena porção da região umbilical e inclinando-se um pouco para a fossa iliaca esquerda.

A *percussão* dava uma zona de som baço comprehendida, pouco mais ou menos, dentro dos limites que acabo de descrever.

A sensação de onda liquida era provavel mas não certa.

O *toque vaginal* revelou: collo do utero muito pequeno, duro, e o annel externo semi-aberto; corpo do utero fixo, resistente e fazendo corpo com a neoplasia. O fundo de sacco de Douglas estava duro e as paredes lateraes resistentes á pressão.

Dia 8. — A doente foi convenientemente preparada para a operação.

Dia 9. — Procedeu-se á operação. Chloroformisação, sem incidente. Incisão media de 12 centimetros de extensão. O tumor apparece, com côr um pouco violacea. Não havia adherencias na face anterior. A configuração e a vascularisação do tumor fizeram pensar, á primeira vista, um utero gravido.

A *apalpação* da face posterior veio-nos esclarecer que se tratava de uma neoplasia do utero ou annexos.

Houve difficuldade em encontrar o corpo do utero, pois estava bastante desviado para a esquerda e a sua face posterior e bordo direito adheria intimamente á massa do tumor, que se verificou ser um kysto do ovario direito.

A face posterior do kysto estava adherente n'uma grande extensão á face anterior das ansas intestinaes e

profundamente fixo á pequena bacia. A trompa tinha-se fundido, por completo, com a parede kystica.

As firmes adherencias do kysto fizeram pôr logo de parte a ideia da sua extracção, e a marzupialisação foi o processo de escolha.

Depois de convenientemente protegida a cavidade peritoneal, praticou-se uma punccção. Esvasiaram-se cerca de 1.800 grammas de um liquido purulento, de còr branco-esverdeada muito denso e de cheiro fetido. Praticou-se a marzupialisação e drenagem da cavidade kystica com um duplo tubo de caoutchouc.

Penso iodoformado.

Consequencias post-operatorias, sem importancia.

A doente está apyretica e tem boa apparencia.

Dia 18 e seguintes.—Temperatura de manhã 36,9, 37, 37, 3; de tarde 37, 9, 38 e 38,8. (Temperatura de suppuração).

Dia 25.— A doente conserva-se apyretica.

OBSERVAÇÃO IX

(PESSOAL)

Hospital do Carmo

Kysto dermoide do ovario direito, com duas e meia torsões no pediculo; pediculo abandonado; cura.

X... idade de 27 annos, solteira, é admittida no hospital do Carmo a 2 de abril de 1905.

No passado pathologico temos a registar sarampo aos 10 annos e febre typhoide aos 25. Constituição geral, fraca.

Antecedentes hereditarios, sem importancia.

Foi a primeira vez assistida aos 18 para os 19 annos, sendo normalmente regulada.

Em dezembro de 1904, deu pela presença, no lado direito, proximidades do ovario, de um tumor do tamanho de uma noz. Não sentia dôres, nem lhe causava o minimo encommodo.

Foi-se desenvolvendo gradualmente, não produzindo mais do que a impressão de um peso estranho dentro do ventre. A menstruação não soffreu modificação alguma.

Perturbações geraes, dignas de importancia, nenhuma.

O exame do ventre indicou a existencia de uma neoplasia de fôrma ovalar, de volume não superior á cabeça de um feto de termo, situada do lado direito, entre o umbigo e a fossa iliaca.

A superficie era lisa; notava-se resistencia das paredes, quando se fazia uma pressão maior; era movel e estava situada um pouco para traz e por cima do fundo do utero.

A onda liquida obtida por *percussão*, era pouco nítida.

Dia 3. — A doente foi convenientemente preparada para a operação.

Dia 4. — Procedeu-se á operação. Chloroformisação sem incidente. Incisão, na linha media, de oito centímetros de extensão.

O kysto apresenta-se. Não havia adherencias. Protegida a abertura do peritoneu, fez-se a punção do kysto. Sahida de liquido grumoso misturado com cabellos.

Extracção das paredes do kysto, seguida de laqueação do pediculo em massa. Pediculo abandonado.

Toilette do peritoneu, sutura a *catgut* e sutura a crina, da pelle, aponevrose e musculos.

Consequencias post-operatorias, sem importancia.

Sahiu curada.

EXAME MACROSCOPICO DO TUMOR

Kysto unilocular, contendo um liquido grumoso e se-laceo; parede externa, lisa; na parede interna, haviam implantados numerosos cabellos e inclusos na espessura do tecido, dentes, dous mollares, dous incisivos e um rudimento de alveolo. Disseminados, encontravam-se, aqui e alli, excrescencias cartilagineas.

OBSERVAÇÃO X

(PESSOAL)

Enfermaria n.º 13

Voluoso fibroma kystico do ligamento largo esquerdo, acompanhado de degenerescencia fibromyomatosa do utero e de distensão da bexiga até dous centímetros acima do umbigo; descapsulação e ablação do tumôr; hysterectomia sub-total abdominal; ovariectomia esquerda; cura.

C... Costa, idade de 35 annos, solteira, do Porto, costureira, foi admittida no hospital de Santo Antonio a 7 de junho de 1905 e internada na enfermaria n.º 13.

Antecedentes pathologicos, até aos 30 annos, sem importancia.

Aos 30 annos, teve uma pneumonia, e aos 32 um ataque de ictericia, estando tres mezes doente.

Passado este tempo e já em via de restabelecimento, encontrou uma vez por acaso, um corpo de volume muito pequeno, perto da fossa iliaca esquerda. Não ligou importancia ao volume achado.

Foi menstruada a primeira vez aos 15 annos e sempre regulada.

Não houve alteração no menstruo depois de ter dado pelo tumor. Em fins de maio de 1904, a menstruação durou quinze dias; por tal motivo a doente consultou uma parteira, que diagnosticou uma gravidez (provavel).

Não se conformou a doente com o diagnostico feito e como a hemorragia não se sustasse, consultou um medico e per suas indicações entrou para o hospital.

Durante o espaço proximamente de tres annos, nunca teve dôres e só quando o volume era assás grande, tinha difficuldade em abaixar-se e sensação de peso no baixo

ventre. Antes de entrar para o hospital, isto em fins de maio, parecia-lhe sentir mover-se o tumor; havia, segundo a doente disse, uma especie de salto do corpo que tinha dentro do ventre, isto quasi constante.

Não tinha difficuldade em urinar. Havia uma ligeira pigmentação da pelle do rosto.

O seu estado geral era regular.

Após a sua entrada, verificou-se, á simples *inspecção*, um ventre assás abaulado, com fôrma ovoide, mas um pouco irregular.

Feita a *apalpação* abdominal percebeu-se a existencia de uma neoplasia dura, de superficie irregularmente lisa, occupando quasi todo o hypogastro e uma grande parte da região umbilical, toda a fessa iliaca esquerda, flanco e avançando para o hypocondrio do mesmo lado.

A *apalpação* profunda revelou no trajecto da neoplasia da região umbilical para o hypogastro uma depressão muito comparavel ao *golpe de machado* que se nota nos fetos em apresentação do face.

Pela *apalpação* percebia-se ainda um certo movimento rythmado do tumor e saliencias um pouco symetricamente dispostas, simulando partes fetaes.

A *percussão* revelava uma zona de som baço correspondente aos limites revelados pela apalpação.

O *toque vaginal* revelava: fundo de sacco de Douglas, cheio; não se encontrava o collo uterino e parecia antes ter-se a sensação do anel externo do collo de um utero gravido em principio da expulsão do feto.

Notava-se mais a existencia de uma superficie de certa dureza enchendo a pequena bacia.

Dia 11. — A doente foi convenientemente preparada para a operação.

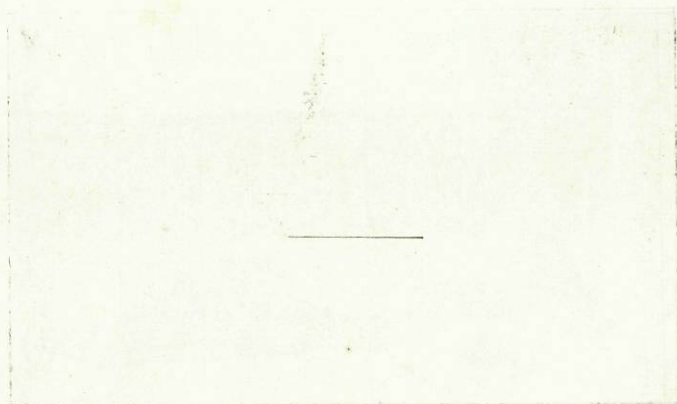
Dia 12. — Procedeu-se á operação. Chloroformisação, sem incidente. Incisão de 13 centímetros de extensão, tendo de ser augmentada, para dar livre passagem á neoplasia.

Feita a incisão da pelle, aponevrose e musculos, deparou-se um tecido que parecia dar a sensação de um peritoneo um tanto espessado. Praticou-se o côrte e por sondagem e exame minucioso, chegou-se á conclusão de que se tratava da bexiga e que esta tinha sido

arrastada pelo tumor, devido a uma adherencia. Seguidamente descorticou-se a bexiga do tumor e procedeu-se á sutura da abertura feita.

Terminado isto, fez-se a ablação do tumor, do ovario esquerdo, que estava intimamente adherente e esclerosado e extirpou-se o utero. Houve hemorragias abundantes durante a operação.

Consequencias post-operatorias, sem importancia.
Em fins de junho sahio curada.

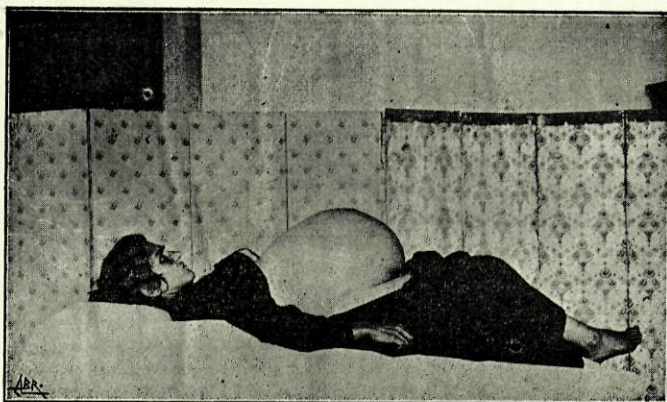


OBSERVAÇÃO XI

(CEDIDA PELO SNR. DR. PIRES DE LIMA)

Enfermaria n.º 8

**Kysto multiloçular do ovario esquerdo; ovariectomia;
pediculo abandonado; drenagem pelo processo de
Mickulicz; cura.**



Simili-gravura da photographia da doente

D... de Jesus, idade de 30 annos, costureira, natural da Maia, é admittida no hospital de Santo Antonio a 5 de março de 1903 e internada na enfermaria n.º 8.

Teve 3 filhos. Os partos foram normaes. Depois do segundo parto ficou com dôres vagas no baixo ventre. Em julho de 1902, teve o terceiro filho. Notou a doente que durante os primeiros tempos de gravidez o ventre era bastante volumoso e que, mesmo depois do parto

realizado, o volume pouco diminuiu; pelo contrario, augmentou com certa rapidez.

O augmento do abdomen coincidia com o cortejo symptomatico, anorexia, algumas dôres no ventre, dysmenorrhêa, fadiga, prurido insupportavel no baixo ventre e edêmas das pernas.

Antecedentes pathologicos, sem importancia.

Após a sua entrada no hospital, verificou-se ter um ventre muitissimo abaulado, de volume muito superior a uma gravidez de termo, de fôrma ovoide e com proeminencia umbilical accentuada.

Foi facil reconhecer pela *apalpação* a existencia de uma neoplasia dos órgãos genitales internos, de fôrma um pouco espherica, muito extensa, bastante lisa, uniformemente tensa, com uma zona de som baço comprehendida entre as linhas mamillares e estendendo-se dous dedos acima do pubis até perto da linha intermamillar.

Para fôra dos limites marcados havia transição do som baço para sub-baço e, finalmente, claro.

A onda liquida obtida por *percussão* era pouco nitida.

Um exame minucioso, praticado em 13 de março, não elucidou o preciso para diagnosticar o ponto provavel da implantação tumoral.

O utero estava propellido para traz e muito fixo.

As dôres que a doente teve algumas vezes antes de entrar não eram sufficientes para demonstrar a existencia de adherencias de certo vulto.

Dia 15 de março. — A doente foi convenientemente preparada para a operação.

Foi-lhe prescripto um purgante e desinfecção rigorosa de toda a parede abdominal e da vagina.

Dia 16. — Procedeu-se á operação. A chloroformisação, a principio mixta, depois só com chloroformio, correu sem incidente. Incisão abdominal estendendo-se dous dedos acima do pubis até perto do umbigo, sendo depois augmentada. O kysto apresenta-se. E' punccionado tres vezes em differentes direcções. Sahida de um liquido côr de café e de outro viscoso e transparente.

A' medida que o liquido sahia fez-se a extracção

das paredes do kysto para fóra da cavidade abdominal. Havia algumas adherencias á parede anterior e ao epiploon. Foram libertadas, e as mais importantes laqueadas. Puxado o sacco principal do tumor, dous saccos appareceram; um que estava alojado proximamente, no hypocondrio esquerdo, outro na fossa iliaca direita, por detraz do sacco principal.

Notam-se dous pediculos e multiplos kystos perto da inserção tumoral.

Recolheram-se cerca de 15 litros de liquido kystico. Pediculos suturados em X e abandonados.

Em seguida, toilette do peritoneo, sutura a *catgut* e sutura a crina, da pelle, aponevrose e camada muscular. Deixou-se uma fistula na extremidade inferior da incisão, para a drenagem pelo Mickulicz.

Dia 17. — T. 37,9 de tarde; P. 110; R. 23.

Dia 19. — Extracção do dreno de Mickulicz, que foi muito morosa, porque a gaze estava profundamente adherente. Substitue-se o citado dreno por um de caoutchouc. T. 38,7, de tarde; P. 82; R. 22.

Dia 27. — Substitue-se o dreno de caoutchouc por uma mecha de gaze. T. 36,5 de tarde; P. 66; R. 22.

Dia 1 de abril. — A suppuração na fistula tende a diminuir.

Dia 6. — Sahe curada.

EXAME MACROSCOPICO DA NEOPLASIA

Kysto multilocular composto de uma cavidade kystica media e maior e de dous kystos apensos tambem volumosos, separados por septos fibrosos. Apresentava dous pediculos e perto d'estes grande numero de pequenos kystos de conteúdo viscoso e transparente.

OBSERVAÇÃO XII

(CEDIDA PELO SNR. DR. PIRES DE LIMA)

Enfermaria n.º 8

**Prenhez simulando kysto ovarico; laparatomia;
parto de termo; cura**

E... de Jesus, idade de 23 annos, casada, natural da Regoa, é admittida no hospital de Santo Antonio a 1 de março de 1904, e internada na enfermaria n.º 8.

Antecedentes pathologicos e hereditarios, sem importancia.

Teve quatro partos normaes. Foi regulada normalmente até à data do apparecimento do tumor, que, segundo ella conta, já existia antes da gestação do ultimo filho.

A doente disse que começou a sentir o seu tumor no mez de agosto de 1901. N'essa occasião era pequeno, situado na fossa iliaca direita e pouco a encommodava. Após o seu apparecimento, deixou de ser menstruada e o tumor augmentava lentamente.

No mez de novembro de 1902, notou a evolução um tanto rapida do tumor, coincidindo com um depauperamento geral accentnado.

O estado geral era mau. A doente apresentava-se magra, revelando uma desnutrição profunda.

Exhibia na pelle da face pigmentação anormal escura. Queixava-se de perturbações gastricas, como: sensação de peso e um certo incommodo depois das refeições, digestões demoradas, pituitas matinaes, etc. Após a sua entrada, verificou-se a existencia de uma tumefacção abdominal, situada na metade inferior, com proeminencia, para o lado direito, para onde estava repuxada a linha branca.

Não havia modificações quer na fôrma que na situação topographica da cicatriz umbilical.

Pela *apalpação* foi facil reconhecer a existencia d'um corpo de volume proximamente de uma prenhez de 5 mezes, pouco resistente, movel e não adherente á parede abdominal, de superficie lisa, regular, não bocelado, offerecendo uma zona de som baço, cujo limite superior era uma curva de concavidade voltada para baixo. Essa zona é mutavel com os deslocamentos do tumor.

Eis sua distribuição: região iliaca direita e partes visinhas das regiões hypogastrica e umbilical e do flanco do mesmo lado. Fixando o tumor, pareceu obter-se a sensação de fluctuação.

A *auscultação* parecia revelar no meio da deslocação dos gazes intestinaes, um sopro vascular, com uma tal ou qual accentuação no terço medio de uma linha que do umbigo se dirigisse para a espinha iliaca antero-superior direita.

Esvaziando a bexiga, procedeu-se ao *toque vaginal*, que revelou vagina normal, collo uterino um pouco molle e ligeiramente aberto no anel externo, deixando penetrar a polpa de um dedo. A *apalpação* bimanual revelou um tal ou qual augmento do corpo uterino e relativa independencia do tumor.

Dia 10. — A doente foi devidamente preparada para a operação. Foram-lhe prescriptos um laxante e desinfeção rigorosa do abdomen e vagina.

Dia 11. — Procedeu-se á operação. Chloroformisação, sem incidente. Incisão de 8 centímetros. O tumor apresenta-se. Palpa-se e verifica-se que se trata de um utero gravido.

Sutura immediata do peritoneo a *catgut* e sutura a crina, da pelle, aponevrose e camada muscular. Consequencias operatorias, sem importancia.

Passados alguns dias depois da operação, a doente mostrou-se bastante preocupada, dizendo, com certa insistencia e com tristeza que o tumor ainda lá estava e que o sentia mover.

Declarou-se-lhe que estava gravida, mas ella repelliu energicamente tal diagnostico.

Começou a ficar triste, não fallava e chegou a ma-

nifestar perturbações mentaes: de noute levantava-se da cama e aggreidia sem motivo as outras doentes, pelo que teve de ser mudada de sala.

O estado mental foi melhorando. Mais tarde confirmou todos os commemorativos que com a observação directa tinham levado a erro de diagnostico.

A gravidez seguiu normalmente e no dia 2 de julho deu á luz uma criança perfeitamente viavel. Alguns dias depois do parto, começou a queixar-se, dizendo que o tumor ainda persistia.

A doente conservava-se quasi sempre n'um estado impaciente.

Da gravidez ficou-lhe uma ligeira eventração ao nivel da cicatriz. Feito novo exame, chegou-se á conclusão da existencia de uma tumefacção relativamente pequena, ao nivel do ovario esquerdo.

Dia 8 de agosto. — A doente foi convenientemente preparada para a operação.

Dia 10. — Procedeu-se á operação. Chloroformisação, sem incidente. Incisão abdominal pequena. Fez-se a ablação de um kysto para-ovarico sessil e de pequeno volume. Verificou-se que o utero ainda estava augmentado de volume e havia ao mesmo tempo congestão dos annexos.

Sutura do peritoneo a *catgut* e sutura a crina, da pelle, aponevrose e camada muscular.

Consequencias post-operatorias, sem importancia.

Sahiu curada.

Observações Estrangeiras

OBSERVAÇÃO I

Polailon — (Hotel-Dieu)

Kystos multiloculares duplos; pediculos abandonados; cura; retrahimento canceroso intestinal; morte.

L... Rosa, idade de 56 annos, é operada a 30 de março de 1890. Após a incisão abdominal, sahiu uma grande quantidade de serosidade clara. A' esquerda encontra-se um kysto multilocular volumoso, com adherencias á bacia e aos intestinos. São libertadas e o pediculo é em seguida laqueado e abandonado.

A' direita nota-se um kysto, de pequeno volume, encravado na bacia. Desembaraçado das adherencias, o pediculo é suturado e abandonado.

Em seguida, toilette de peritoneo, sutura a *catgut* e sutura a crina, da pelle, aponevrose e camada muscular.

Os dois kystos não apresentam caracteres cancerosos. A dcente não tem antecedentes cancerosos na sua familia.

A 18 da maio. — Sahe completamente curada.

Passados dous mezes, encontra-se n'um estado cachetico, accentuadissimo.

Tem gargollejos no intestino e accidentes de obstrucção intestinal, que são attribuidos a um retrahimento canceroso.

Morte.

OBSERVAÇÃO II

Polaillon — (Hotel-Dieu)

Ablação d'um kysto multilocular; pediculo suturado á cicatriz abdominal; cura; degenerescencia cancerosa da cicatriz do pediculo.

C... Ementina, idade de 35 annos, costureira, entra no serviço de Polaillon, no dia 9 de novembro de 1887. Não tem antecedentes cancerosos. Regularmente constituída. E' normalmente regulada e não teve nenhum parto nem aborto.

O kysto principiou ha 8 mezes, por dôres no ventre; 5 mezes depois, apparece um corpo volumoso do lado direito. Ha estorvo na micção e algumas vezes retenção parcial das urinas. Emmagrecimento e enfraquecimento progressivo.

Verifica-se a existencia d'um tumor encravado na bacia e elevando-se até ao umbigo. Apresenta os signaes d'um kysto do ovario, provavelmente multilocular e adherente. Para confirmar o diagnostico, é feita uma punção que deu liquido côr de chocolate.

1 de dezembro. — Pratica-se a operação. Chloroformisação sem incidente. Incisão extensa. O kysto apresenta-se. Na parte superior nota-se a adherencia d'uma ansa intestinal. Feita a punção, foram evacuados dous litros de liquido viscoso, de côr castanho, contendo grumos esbranquiçados. As paredes do kysto são apanhadas, pinçadas para fóra da cavidade abdominal, e a ansa intestinal descollada. A base está profundamente adherente á bacia. Tudo que pôde ser passado para fóra é ligado com um forte laço de seda. Resta uma especie de pediculo espesso, que não parece prudente abandonar no ventre. Atravessa-se-lhe a base por um gancho, com o fim de o sustentar no exterior. Faz-se uma lava-

gem peritoneal abundante, fecha-se a incisão abdominal e na extremidade inferior suturam-se os bordos do pediculo, deixando um pequeno espaço para a introdução d'um dreno de caoutchouc.

Consequencias operatorias, boas. A 12 de fevereiro a operada sahe do hospital, curada, mas com uma pequenissima fistula ao nivel da cicatriz do pediculo.

8 de outubro de 1890. — Ementina entra novamente para o serviço de Polaillon.

Ao nivel da incisão notava-se uma superficie dura, lisa, de côr violacea. Ao debaixo, uma extensa massa dura se perde na profundez da bacia. Pelo exame minucioso chegou-se á conclusão de que se tratava d'uma produção cancerosa no pediculo e cicatriz abdominal. Havia um pequeno orificio dando sahida a pús.

18 de novembro. — Este orificio volve-se n'uma fistula stercoral. O cancro tem invadido o intestino e tem-no perfurado. Mau estado geral. A cachexia começa a manifestar-se.

OBSERVAÇÃO III

Polailon — (Hotel Dieu)

**Bexiga diverticular simulando um kysto ovarico ;
abertura da bexiga ; sutura ; cura.**

F... Clemencia, idade 32 annos, jornaleira, é admittida a 20 de março de 1898, por motivos d'um tumor no ventre.

Antecedentes pathologicos, sem importancia. Teve tres partos normaes.

Havia um mez que sentira dôres no lado esquerdo do ventre e ao mesmo tempo notou que elle augmentava.

Coincidindo com este estado começou a urinar frequentes vezes.

Uma noite, precisando urinar, foi-lhe impossivel.

Desde janeiro do mesmo anno que não era assistida. A doente affirma que não está gravida e, na verdade, os signaes de inicio de uma prenhez, faltam.

O ventre é abaulado, apresentando circulação collateral. A palpação revela um tumor fluctuante, cujo fundo chega ao umbigo. Nota-se som baço e uma corôa de sonoridade.

Utero em retroversão. Assenta-se no diagnostico de kysto ovarico.

Dia 26 de março. — Chloroformisação, facil.

Antes de ser operada, algaliação da bexiga, com esvaziamento do conteúdo, que era abundante e normal.

Incisão de dez centimetros. Depara-se um tecido vascular, que é desviado com uma espatula; depois chega-se a uma membrana pellucida atravez da qual se percebe liquido transparente.

O aspecto é o de um kysto seroso.

Descollando o kysto, elle rompe-se.

Sahida de uma grande quantidade de liquido com cheiro ammoniacal. Feito um exame minucioso, viu-se que se tratava de uma bexiga anormalmente distendida. Com effeito, uma sonda, introduzida na urethra, penetra na cavidade. Immediatamente é suturada a perfuração vesical com fio de seda, deixando-se ficar uma sonda. O peritoneo, sendo aberto para cima da bexiga, mostra o utero e os annexos normaes. Fecha-se a cavidade abdominal, deixando um dreno na extremidade inferior da cicatriz. T. de tarde, 37,6; P. 90; R. 20.

Dia 27. — T. 37,8; P. 120; R. 22. As urinas que sahem pela sonda veem tintas de sangue.

Dia 29. — T. 37,2; P. 110; R. 20. Bom estado. As urinas são claras.

Até 10 de maio nada de importancia a relatar.

A 11. — Sahe a exigencia sua.

OBSERVAÇÃO IV

Polailon — (Hotel-Dieu)

Prenhez tomada por kysto ovario ; laparotomia ;
aborto consecutivo ; cura

B. . . Anna, idade de 30 annos, entrada a 14 de novembro de 1888. Gosou de boa saude. E' muito gorda e teve 6 partos normaes.

Havia oito mezes que, nos fins do tempo do ultimo parto, teve albuminuria sem eclampsia. A albuminuria de que soffria desapareceu depois do parto.

Pouco tempo depois, teve vomitos, acompanhados de dôres abdominaes muito vivas, mas sem febre. As regras não haviam reaparecido desde o ultimo parto, parecendo antes substituidas por perdas brancas muito abundantes, com cheiro, uma por outra vez, fetido.

Dôres e colicas continuas impedem a doente de trabalhar.

Examinando-se-lhe o ventre, reconheceu-se a existencia de um tumor situado no hypogastro, mais desenvolvido para a esquerda do que para a direita, não doloroso á pressão, fluctuante e do volume d'uma cabeça de feto de termo. O exame por apalpação foi assás difficultado pela excessiva gordura da doente.

Pelo toque vaginal, teve-se a impressão de que o utero estava independente do tumor, que deslisa e se desloca facilmente. Os fundos de sacco são livres. O hystero metro accusa uma profundeza interna de seis centimetros

Mais tarde viu-se que, se o instrumento não tinha penetrado mais profundamente, fôra porque o corpo do utero estava inflectido sobre o collo.

A doente não accusa nenhum signal de prenhez,

nem pensa mesmo estar grávida. Seus seios não são doídos e não tem augmentado de volume.

Todos estes signaes fizeram assentar o diagnostico de kysto do ovario.

Dia 1 de dezembro. — Doente convenientemente preparada para a operação.

Dia 11. — Chloroformisação, sem incidentes. Incisão, de oito centímetros de extensão. Abertos todos os planos, attinge-se a camada gordurosa supra-peritoneal, que é cortada com a tesoura. Chega-se ao tumor. Sua côr é rosea, de um tom differente da côr acizentada dos kystos ovaricos.

E' extrahido para fóra da cavidade abdominal. De cada lado, se inserem as trompas e os ovarios. Veias volumosas sulcam os ligamentos largcs. Reconhece-se finalmente o erro: o tumor é um utero grávido. Tem o volume de uma cabeça de feto de termo.

Sentem-se na cavidade uterina partes fetaes.

Durante as manobras de extracção do tumor, lacerase uma veia. Hemostase com thermo-cauterio.

Introduz-se o utero para dentro da cavidade abdominal.

Consequencias operatorias, sem importancia.

Dia 12. — Não ha febre. A' doente doe-lhe um pouco o ventre e ha corrimento de liquido amniotico.

Dia 16. — As dôres de parto sobrevéem de tarde. A doente expelle um feto morto, pouco mais ou menos de quatro mezes.

Dia 24 de janeiro de 1889. — Sahe curada.

OBSERVAÇÃO V

André Boursier, professor na faculdade de Bordeus

(RESUMIDA)

Kysto simultaneo dos dous ovarios; kysto mucoide do ovario direito; kysto papillar do ovario esquerdo; ovariectomia dupla; abcesso pelvico; drenagem vaginal consecutiva; cura.

Elodia... F., idade de 42 annos, de boa constituição, entra para o hospital de Saint-André, em 18 de fevereiro de 1899, para ser operada d'um tumor de que soffrera havia bastante tempo.

Antecedentes hereditarios, sem importancia. Foi a primeira vez assistida aos 13 annos, tendo sido sempre regulada.

Teve um unico filho aos 20 annos. A affecção de que se queixava parecia datar já do anno de 1892. Principiou por dôres, ao principio pouco intensas, mas continuas, no baixo ventre, que se acompanharam consecutivamente de augmento de volume do abdomen.

Consultando, foi-lhe diagnosticado a existencia de um tumor abdominal, carecendo de ser operada, ao que a doente se recusou. As dôres que soffre diminuíram alguma cousa e algum tempo depois notou, e sem causa apreciavel, um escoamento abundante d'um liquido espesso e viscoso pela vagina. Este escoamento parece devido a uma ruptura na vagina do kysto abdominal, porque (segundo relatou a doente), sentiu-se muito melhor e o volume do ventre diminuiu notavelmente.

Este accidente nunca mais se repetiu. Depois do extravasamento do liquido, o ventre começou de novo a augmentar progressivamente de volume, e assim foi andando até setembro de 1898.

Por esta época, teve uma crise dolorosa com vomitos e febre, fazendo pensar um accesso de peritonite localisada.

Resolve-se emfim a entrar para o hospital.

Estado geral satisfactorio.

A parede abdominal faz uma saliencia arredondada regular, cujo ponto culminante está quasi situado ao nivel do umbigo.

A circumferencia tomada n'esse ponto marcava 88 centimetros.

A apalpação não é dolorosa e revela a existencia de um tumor liso, desigual e bocelado, que enche o abdomen e que facilmente se limita.

O tumor mostra-se algum tanto movel. E' desigualmente consistente. De resto, no seu conjuncto, vê-se nitidamente fluctuante.

Collo uterino pequeno e desviado para a direita, utero movel e independente do tumor.

Fundo de sacco, lado esquerdo, cheio por uma massa dura. Os movimentos imprimidos a esta são facilmente reflectidos pela restante massa.

Assenta-se, pois, no diagnostico d'um kysto do ovario.

Procede-se á ovariectomia e descobre-se um kysto ovarico volumoso com paredes branco-azuladas, com algumas adherencias no epiploon na parte superior.

O kysto é punccionado e extrahido. Nota-se que o pediculo vem do ovario direito. O pediculo é ligado, cortado e cauterisado a thermo-cauterio.

N'esta altura, percebe-se que ha um outro tumor, desenvolvido á custa do ovario esquerdo e cujo volume é menor do que o do primeiro que se extrahi. A sua parede é esbranquiçada e está recoberta de vegetações papilares. Fez-se uma punção, que dá sahida a um liquido amarellado e espesso. E' extrahido, depois de se terem destacado minuciosamente as adherencias que tinha a bacia.

Procede-se á toilette do peritoneo. Faz se drenagem com Mickulicz.

Consequencias post-operatorias, boas.

O dreno de Mickulicz é retirado ao cabo de alguns dias.

A 10 de março a doente accusa febre e nota-se um abcesso pelvico. Drenagem abdominal. O abcesso esvasia-se mal. Incisão vaginal e drenagem.

Os dous tumores tirados; um é um kysto mucoide, paucilocular; o segundo é um kysto papillar, com vegetação internas e externas.

A doente sahiu curada a 14 de maio.

Semeiologia

DOS

Kystos ovaricos

Diagnostico dos kystos ovaricos

Como proceder ao diagnostico d'um kysto ovarico

Diagnostico dos kystos ovaricos bilateraes

Antes d'entrar na explanação, aliás resumida, da fórma de diagnosticar um kysto ovarico, exporei rapidamente qual a symptomatologia que pôde acompanhar a evolução de tal neoplasia.

A symptomatologia d'inicio dos kystos ovaricos é a mais insidiosa possivel.

De maneira alguma se consegue traçar um quadro symptomatologico bem definido.

Os symptomas produzidos por um kysto ovarico dependem do seu *volume*, da sua *situação* e da sua *natureza*.

Assim os kystos de volume muito inferior a uma cabeça de feto de termo, podem passar despercebidos pela doente até uma epocha em que o seu desenvolvimento rapido traga uma symptomatologia, clara e bem definida. Ainda nos kystos de pequeno volume temos a considerar a sua natureza. Se o kysto é de paredes flaccidas, a sua adaptação á superficie peritoneal, faz-se sem suscitar symptomas apreciaveis. Se o kysto é duro, a sua

mobilidade ou a sua fixidez são bastantes, algumas vezes, para despertar a atenção da doente.

Portanto, quando o kysto é pequeno e de localização pelvica, a doente poderá sentir uma vez ou outra, simples perturbações reflexas, devidas ás congestões e ás distensões dos annexos. Mais tarde póde sentir compressão do recto ou da bexiga, conforme o kysto esteja situado para traz do utero ou para diante. Ha um symptoma subjectivo que quasi todas as doentes accusam, é a sensação de peso no baixo ventre. Doentes apparecem em que o inicio do kysto coincide com um mal estar geral. Uma ou outra vez o augmento, a diminuição ou a supressão completa da menstruação podem acompanhar o seu inicio.

Nas minhas NOVE OBSERVAÇÕES, (pessoaes), não ha uma em que a symptomatologia d'inicio podesse ser diagnosticada. A maior parte das doentes referiram o começo do kysto a uma *pontada com accentuação á direita ou á esquerda, com propagação para tal ou tal ponto da parede abdominal.*

A symptomatologia acompanhando um kysto com desenvolvimento abdominal é mais clara e significativa.

Assim é dado o observarem-se dôres pelvicas e abdominaes, que podem ser facilmente supportadas por certas doentes, mas que para outras podem constituir um soffrimento doloroso.

Muitas vezes são provocadas pela distensão brusca das paredes do kysto devido a um augmento da pressão intra-kystica. Outras vezes são verdadeiros accessos peritoniticos, mais ou menos intensos, que se relacionam ou com o estabelecimento d'adherencias, como o caso da obs. II, (pessoal), ou com o derrame de pequenas quantidades de liquido kystico sobre a superficie peritoneal.

Notam-se tambem compressões vasculares, exteriorisando-se por edêmas dos membros inferiores, (obs. XI), edêmas dos grandes labios e da parede abdominal.

As compressões visceraes apparecem tambem n'um grande numero de casos e são: a *prisão de ventre* e as *compressões da bexiga*, trazendo como consequencia dôres á micção, OBS. II, (pessoal), frequencia da mesma e diminuição da quantidade de urina por compressão dos uretêres.

Ha tambem perturbações da menstruação, mas nem sempre são constantes.

Cabe notar, outrosim, os symptomas funcio-naes, principalmente perturbações *dyspepticas* variadas, como *anorexia*, *dôres no ventre*, (OBS. XI), *gastralgias*, etc.

São as perturbações *dyspepticas* que indirectamente conduzem ao estado de depauperamento geral traduzido pelo *facies ovarico*, (OBS. XI).

Todos estes symptomas que acabei de expôr nem sempre apparecem acompanhando as grandes neoplasias.

Assim, a doente da OBS. VII, (pessoal), sendo portadora d'um kysto cujo peso se verificou ser de 3,450 grammas, nunca exteriorisou symptomatologia que se relacionasse com o volume e o espaço occupado pela neoplasia. Nunca teve prisão de ventre, etc.

A doente da OBS. VI, (pessoal), queixando-se d'um volumoso kysto ovarico, adherente á parede abdominal e ás ansas intestinaes, nunca teve perturbações *dyspepticas* apreciaveis; obrava e urinava bem. Antes d'entrar para o hospital e depois da sua entrada, accusava alguma dyspnêa.

A doente da OBS. IX, (pessoal), sendo portadora d'um kysto dermoide, nunca teve symptomatologia ligada á existencia do tumor.

Portanto, no que diz respeito aos symptomas subjectivos, a experiencia mostra que são, em geral, de pouco valor.

Greig Smith (¹), referindo-se ao valor dos symptomas subjectivos, diz o seguinte: — «There

(¹) GREIG SMITH, *Abdominal Surgery*, fifth edit, pag. 165.

«is not one subjective symptom whose absence «disproves ovarian disease and not one whose «presence proves it; indeed, there is perhaps no «association of such symptoms which would be «of the slightest value for accurate diagnosis. This «must rest on the physical bases alone.»

E', por sem duvida, esta conclusão muito racional e tive occasião de a ver certificada não só nas DEZ OBSERVAÇÕES, (pessoas), que este meu trabalho encerra, como na maior parte dos casos de diagnostico de kystos ou tumores kysticos do ovario.

Como proceder ao diagnostico d'um kysto ovarico

Supponhamos que uma doente vem á consulta gynecologica, queixando-se de ter o ventre muito avolumado.

Eis a ordem que devemos seguir no interrogatorio e methodo d'analyse:

— Primeiro que tudo, mandamos deitar a doente de costas sobre um leito ou sobre a cama d'operações, e despojamo-la dos vestuarios, deixando o abdomen plenamente livre, para ser examinado á vontade.

Pela *inspecção*, observamos o estado geral da doente, a fórma, coloração do ventre e a situação provavel do tumor. Observamos, mais, se ha venosidades na parede abdominal, se ha vergões na pelle do abdomen que indiquem que a doente teve filhos ou não, se ha pigmentação anormal da pelle da face.

O estado geral da doente variará com a idade da neoplasia; assim podel-o-hemos dividir em tres estados: bom, soffrivel e mau. O *primeiro* corresponde aos primeiros mezes de desenvolvimento da neoplasia; o *segundo*, quando o desenvolvimento do tumor é medio; o *terceiro* quando o desenvolvimento é muito pronunciado.

Diga-se, em verdade, que nem sempre o de-

pauperamento do estado geral se relaciona com o volume do tumor, mas sim com a sua malignidade.

Casos ha em que os sarcomas kysticos do ovario produzem um estado cachetico antes que o tumor tenha attingido o volume d'uma cabeça de feto de termo.

A forma do ventre. — Alguma cousa existe de caracteristico no aspecto d'um abdomen augmentado por um tumor proveniente do ovario. Nota-se-lhe um abaulamento para diante, não tão pronunciado como na prenhez, mas mais pronunciado do que na ascite em que o abdomen é achatado adiante e alargado na região dos flancos. Ver as simili-gravuras das photographias das doentes das OBS. VI e XI.

A forma do abdomen varia segundo a idade, a forma e o volume da neoplasia. Assim, se alguma cousa ha de caracteristico quando o desenvolvimento é assás apreciavel, não succede o mesmo quando a neoplasia é de pequeno volume. Teremos sempre de tomar em linha de conta a espessura gordurosa da parede abdominal ou a sua emaciação e flaccidez. Percebe-se bem que com uma parede gorda não só a fórma mas tambem o volume da neoplasia é mascarado, a tal ponto que ás vezes o diagnostico se torna difficil.

Com uma parede magra e flaccida, a neoplasia desenha-se na parede abdominal, mostrando a regularidade ou irregularidade da sua superficie. As venosidades, notam-se, sobretudo, quando ha neoplasias de grande desenvolvimento, mas nem sempre. Tive occasião de as ver na OBS. I, (pessoal). A pigmentação anormal da pelle da face não é signal de valôr.

A *apalpação* fornece-nos dados de grande valôr, como: fórma e consistencia da neoplasia, regularidade ou irregularidade da sua superficie; pde-nos indicar a sua situação e posição relativa aos outros orgãos, a presença de adherencias, a fixidez ou mobilidade da massa neoplasica; indica-nos mais as zonas de sensibilidade, a deslocação do li-

quido intra-neoplasico e até mesmo a sua qualidade, e a presença de liquido ascitico.

Como vêmos, a apalpação aclarar-nos os dados fornecidos pela inspecção e fornece-nos elementos novos.

A apalpação pode sêr superficial e profunda. Como regra, nunca deveremos proceder a este exame bruscamente, mas sim com suavidade, evitando, d'est'arte, as rupturas da parede do tumor ou mesmo a provocação d'adherencias por attritos bruscos da superficie neoplasica contra o peritoneo parietal.

A meu vêr, este exame é de valôr nos casos de tumores abdomino-pelvicos, de implantação utero-annexial, mas de volume pequeno. A perfeição chega a ponto de se conhecer o pediculo da neoplasia, a sua natureza, a sua espessura e a sua implantação. Nos casos de grande desenvolvimento neoplasico, não só surgem difficuldades relativas ao volume do tumor, mas tambem ás provenientes da espessura da parede abdominal, da sua sensibilidade exagerada ao tacto e da presença d'ascite.

Refiro-me principalmente á ascite. Se esta existe em pequena quantidade, o exame não é prejudicado; mas, se o seu volume e a tensão intra-abdominal fôr grande, o exame resultará pouco elucidativo.

A apalpação bem executada, e tendo a auxiliar-a um caso simples, dá elementos valiosos, para se determinar a presença d'um kysto ovarico.

Não quer isto dizer que nos casos difficeis se não diagnostique a presença do kysto; diagnostica-se é uma verdade; mas o exame, em geral, está longe de ser *completo*, como nos casos de kystos pouco volumosos.

Tive ensejo d'observar isso não só em algumas das minhas OBSERVAÇÕES, (pessoaes), mas em varios casos a que assistí. Durante a occasião em que se procede a este exame, vae-se *interrogando* a doente, com o fim de colher dados cujo valor

em separado, é pequeno, mas que associados teem a sua importancia.

Assim, perguntar-lhe-hemos a sua idade, o seu estado, em que epocha começou a sentir o corpo extranho dentro do ventre; como principiou, que perturbações tem tido na menstruação desde a epocha do seu inicio, que perturbações geraes teem coincido com a existencia da neoplasia. Causava-lhe dôres, tinha difficuldade em urinar e em obrar?

Associamos, pois, todos os dados fornecidos pela inspecção e apalpação e procedemos ás medições, *primeiro* da circumferencia costo-umbilical, *segundo* da linha pubo-umbilico-xyphoidea e *terceiro* das linhas comprehendidas entre o umbigo e a espinha iliaca antero-superior direita e entre o umbigo e a espinha iliaca antero-superior esquerda. Seguidamente procedemos á percussão e ao toque vaginal.

A *percussão* revela, seguindo a superficie do tumor, uma zona central de som baço, cercada por annel incompleto de som tympanico; revela mais a existencia de liquido intra-neoplasico, pela sensação da onda.

São estes signaes caracteristicos e elucidativos da situação regional do tumor, e da sua especie (liquido ou solido).

Quanto mais simples os casos a observar, tanto mais claros e perfeitos os resultados obtidos pela percussão.

Algumas vezes a ascite prejudica o exame, por completo.

A sensação da onda liquida que é um signal importante de diagnostico da existencia de liquido dentro d'uma cavidade é nitida nos kystos ovaricos, quando a parede abdominal é delgada, quando não ha ascite, quando a tensão intra-kystica não fôr demasiada ou, quando o seja, preciso é que o kysto tenha as paredes flexiveis, de fórma a transmittir as oscillações da massa liquida e que seja composto d'uma só cavidade, isto é, unilocular.

As difficuldades provenientes de circumstan-
cias contrarias ao que acabo de expôr e ainda da
divisão em cavidades kysticas multiplas da massa
total neoplasica, prejudicam bastante o bom exito
do exame.

Resta-nos, pois, o *toque vaginal*.

Este exame revela-nos a fórma, consistencia,
dimensões e situação do collo uterino; a mobili-
dade ou fixidez do corpo do utero, dá-nos tambem
a sensação de resistencia no fundo do sacco de
Douglas e a resistencia das paredes lateraes. Póde
revelar-nos a natureza do tumor e precisa bastante
o seu ponto d'implantação.

Este exame póde ser improficuo, no caso da
neoplasia estar altamente implantada.

O exame, para ser completo tem de ser com-
binado, isto é, tem de fazer-se o toque vaginal e
ao mesmo tempo a apalpação abdominal.

Se estes dados fornecidos pelo toque vaginal,
combinados com a apalpação abdominal, são posi-
tivos em bastantes casos, a maioria dos casos com-
plexos não os fornece com nitidez.

A hysterometria, em casos de tumores utero-
annexiaes complexos, pode prestar auxilio; mas
pode tambem ser prejudicial.

E' conveniente (antes de proceder aos exames
que acabo de ennumerar), fazer a evacuação da
bexiga.

Em conclusão: se depois de procedermos aos
quatro exames, conseguirmos encontrar *um tumor
sub-umbilical, occupando todo o hypogastro ou
parte, de som baço á percussão, cercado d'uma
zona de sonoridade na sua parte superior e nos
lados, não havendo ao mesmo tempo crescimento
do utero, nem desenvolvimento anormal da bexi-
ga esvasiada pelo catheterismo, trata-se muito cer-
tamente d'um kysto ovarico.*

Este diagnostico apresentar-se-ha sempre com
esta simplicidade?

Nem sempre; digamos antes, na maioria dos
casos, não é muito facil.

Polailon, (1) escreve: — «Si le kyste est très «distendu, s'il contient plusieurs cavités, la fluctuation manque ou est douteuse, une ponction «dissipera las incertitudes.»

Não acho, conveniência na punção, nem como meio de diagnostico nem como processo de tratamento. Sei perfeitamente que ella nos dá indicações, da presença do liquido que não pode muitas vezes ser facilmente diagnosticado; indica-nos a natureza do tumor que pode deduzir-se da qualidade do liquido e até mesmo a sua situação.

Polailon, (2) frizando o mesmo assumpto escreve ainda: — «... a-ton affaire á un enorme kyste «qui occupe tout l'abdomen, ou á un kyste moins «gros compliqué d'ascite ou simplement á une ascite? Une ponction lévera encore les doutes.»

Novamente me insurjo contra tal processo, quer empreguemos para a sua realisação a punção com agulha de Pravaz, Roux, quer a effectuemos com trocarte fino.

E' preciso temer sempre as complicações que d'ahi possam advir. Como meio de diagnostico dos kystos ovaricos deve ser restringida o mais possível.

Paul Segond prefere á punção a *incisão exploradora*, preconizada por Lawson Tait, como meio mais directo e mais seguro.

Entre nós, na clinica hospitalar, nunca vi usar a punção como meio de diagnostico dos kystos ovaricos. Vi tão sómente proceder-se á intervenção cirurgica em casos de neoplasmas extensos em que o diagnostico de kysto estava incompletamente assente.

E, na verdade, quando o diagnostico é *difficil*, deveremos assentar na seguinte opinião: os dados que podemos colher, indicam-nos que o caso é operavel? Operaremos sem perda de tempo.

(1) POLAILLON, *Maladies des femmes*, 1901 pag. 615.

(2) POLAILLON, *Maladies des femmes*, 1901 pag. 615.

Muitas vezes ha impossibilidade em differenciar um kysto do ovario, do do para-ovario, ou mesmo dos fibromas kysticos do ligamento largo.

De fórma alguma isto contraindica a intervenção.

Em materia de gynecologia, as difficuldades e as surpresas surgem a cada passo.

Relativamente á differenciação dos kystos ou tumores kysticos dos ovarios, dos tumores pelvicos d'origem annexial ou uterina e dos tumores abdominaes e mesmo das peritonites enkystadas, Penrose (1) expõe a seguinte opinião: «To discuss the subject of the differential diagnosis of ovarian cyst from other pelvic and abdominal tumors would require a consideration of all the pathological growths that may occur in the abdomen. About every form of abdominal tumor has been mistaken for ovarian cyst. Differential diagnosis is here also of but little importance at the present day if the examiner is able to exclude pregnancy, phantom tumor, and fat. Operation is indicated in practically all morbid growths of the abdomen, with the exception of inoperable malignant disease; no surgeon should undertake any abdominal operation unless he is prepared to deal with any condition that may be found. The difficulty of making a differential diagnosis is well illustrated by many cases that have been recorded in which it was impossible to determine the true nature of the tumor even after the abdomen had been open.»

E' esta a opinião igualmente seguida por Greig Smith.

Tenho comprovado a exacção d'ella por muitas vezes.

Os tratados de gynecologia expõem desenvol-

(1) PENROSE, *Text-book of diseases of women*, third edit., 1900, pags. 375 e 376.

vidamente as possibilidades de confusões dos kystos ovaricos com uma enorme variedade de producções tumoraes e inflammatorias, quer pelvicas quer abdominaes. Mostram a largos traços quaes os caracteres distinctivos d'umas lesões para as outras, mas não dizem que só podem estabelecer-se essas differenciações quando os casos não são ainda muito complicados.

Casos apparecem em que os caracteres differenciaes estabelecidos para nada servem; pelo contrario, até confundem.

Tres confusões principaes se podem dar e que é preciso ter em vista: *a prenhez, o tumor phantasma e a excessiva gordura abdominal.*

A *prenhez* póde expôr a erro, sobretudo se é complicada d'hydramnios, que mascara os signaes positivos de prenhez, tolhe o ouvirem-se os ruidos cardiacos fetaes e inhiibe a percepção das pequenas partes do feto. As bases do diagnostico differencial são primeiramente fornecidas pela investigação dos signaes proprios da prenhez; em seguida pela apalpação methodica e, sobretudo, pela auscultação do coração. Mas ás vezes estes exames tornam-se difficeis. Pinard diz: — «Ha sempre necessidade de fazer um diagnostico differencial entre um utero gravido e um tumor abdominal, logo que os signaes de prenhez não sejam evidentes. «Procurar-se-ha sempre com o maximo cuidado as «modificações gravidicas do collo e sobretudo o «balouço perceptivel ao 5.º mez e perto do fim da «prenhez, o encravamento d'uma parte fetal na região superior da bacia.»

Em presença de taes casos, Penrose (1) aconselha: — «Repeated examinations are often necessary. It is always advisable in any case, to make «two or more examinations before subjecting the «woman to operation. Much which was not at first

(1) PENROSE, *Text-book of diseases of women*, third edit., 1890, pag. 376.

«apparent may be learned by several days of watching and repeated examination.»

Em conclusão, tem de usar-se a expectativa para obstar a intervenções, indesculpáveis e para se fugir dos verdadeiros desastres que as punções exploradoras tem mais de uma vez provocado.

Os *tumores phantasmas* parece que sejam devidos á contracção localizada dos musculos da parede abdominal, combinada com um exagero do tympanismo intestinal.

Observam-se, sobretudo, nas mulheres hystericas; o melhor meio de os fazer desaparecer é a chloroformisação.

Temos, finalmente, a considerar a *gordura*.

A excessiva gordura da parede abdominal e do epiploon conduz facilmente a erro. Taes casos cumpre submettel-os á chloroformisação. Constituem ainda assim, excepções raras.

Diagnosticada a existencia d'um kysto ovarico, convem tanto quanto se possa, fazer o diagnostico da variedade do tumor e do seu grau de malignidade.

Durante os exames a que procedemos para o diagnostico do kysto, colhemos dados, que nos auxiliam bastante para a distincção de tal ou tal variedade. Assim, a apalpação indica-nos se a superficie do tumor é uniformemente lisa. Tal elemento é frequente nos kystos uniloculares. Se a superficie que apalpamos é bocelada, muito irregular, tratar-se-ha d'um kysto prolifero multilocular.

Os kystos dermoides podem ser faceis de diagnosticar, quando contem elementos solidos de certo volume, e que sobresaem bem á apalpação; no caso contrario, podem confundir-se com os kystos uniloculares. Tive occasião de vêr isto na ENFERMARIA N.º 13 n'um caso de kystos dermoides duplos.

Não havia dentro do sacco kystico mais do que liquido grumoso com alguns cabellos. A sensação da onda era manifesta e a evolução tinha sido

identica á dos kystos uniloculares. Em tal caso a differenciação era difficil.

A determinação do grau de malignidade tambem nos é fornecida pelo exame geral que fazemos. Assim o desenvolvimento d'uma neoplasia faz-se rapidamente, ha grande quantidade d'ascite e o estado geral da doente é mau, quasi que podemos affirmar que se trata d'um tumor maligno. Uma punção d'ascite e o seu exame histo-chimico podem dar algumas informações, que auxiliam o diagnostico. Muitas vezes a inspecção do liquido ascitico é sufficiente, para concluir um exame provavel.

Diagnostico dos kystos simultaneos dos dous ovarios

Já vimos que, tratando-se de casos complexos, o diagnostico preciso do kysto ovarico unilateral é muitas vezes difficil. Nos kystos simultaneos, as difficuldades ainda mais se accentuam.

Não ha nos symptomas subjectivos um só que indique claramente a sua existencia. Só o exame physico fornece alguns elementos, que serão de tanto maior valôr quanto menos desenvolvidos forem os neoplasmas ovaricos.

Assim, a inspecção mostrará um abdomen mais ou menos symetricamente abaulado, para fóra da linha media. A apalpação indicará a existencia de dous corpos pouco ou muito desenvolvidos, molles ou duros, portanto kysticos ou solidos, separados por uma depressão, a qual pode estar occupada por ansas intestinaes.

Apalpando um pouco profundamente, encontra-se, nas circumstancias de se tratar d'um bom caso, o utero situado entre os dous tumores. Não se deverá confundir um tumor bilobado com os kystos simultaneos. A percussão mostrará duas zonas de som baço separadas por uma tympanica e dará a onda liquida, caso haja liquido dentro da neoplasia.

O toque vaginal, combinado com a apalpação bimanual, indicará, em geral, posição media do collo uterino, ou quando muito leve desvio para a direita ou para a esquerda. Mostrará a mobilidade do corpo uterino e dará acaso a sensação de resistencia nas paredes lateraes do sacco de Douglas, podendo este ficar vazio na parte media.

Portanto, se os tumores são pequenos, o diagnostico é simples.

Quando os tumores são, porém, volumosos, o diagnostico torna-se então difficil, porque os tumores encostam-se, formando uma massa unica, pelo menos no aspecto. Olshausen diz que, n'um grande numero de casos existe entre os dois tumores um sulco transversal que permite a sua distincção.

Mas, nem por isso, este signal é de valor, pois algumas vezes existem, nos kystos unilateraes, simples sulcos mais ou menos profundos, separando a massa kystica dos lobulos ou dos tumores accesorios.

Em sua opinião, este signal adquire algum valor quando appareça associado á *mobildade especial e isolada de uma parte da massa kystica*.

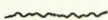
Tem-se proposto como possiveis nos kystos d'plos certas perturbações funcçionaes, como: a amenorrhêa e a ascite. Não me detenho na explanação do seu valor que é relativamente insignificante. N'um grande numero de casos, o diagnostico é impossivel, porque um dos tumores não é accessivel ao exame. N'estes casos o cirurgião limita-se a fazer o diagnostico d'um kysto ovarico, e prepara-se para intervir. Só durante a operação é que o segundo tumor apparece. Vej. obs. v, (estrangeira).

Tive occasião de ver um caso igual a este na enfermaria do snr. dr. Sousa Oliveira. Tratava-se de dous kystos dermoides volumosos em que o esquerdo, de volume superior ao direito, o encobria por completo, dando a impressão d'um kysto unico.

Considerações praticas

SOBRE OS

Diagnosticos d'algumas das observações pessoaes



O diagnostico da OBS. I, (pessoal), ficou quasi que determinado pela historia da doença e pela apalpação profunda, mas a certificação foi completa após a extracção parcial do liquido ascitico que acompanhava o tumor. A sua côr turva e sangui-nolenta fez suspeitar a existencia d'um tumor ma-ligno.

Realmente encontrou-se um kysto multilocu-lar, prolifero, com degenerescencia sarcomatosa da face posterior.

A evolução rapida do tumor favorecia o dia-gnostico, de degenerescencia maligna.

Eis, pois, um caso de neoplasia ovarica bas-tante extensa, como pode ver-se pelo schema que acompanha a obs. I, e de diagnostico relativamente simples e quasi completo.

A flaccidez da parede abdominal após a para-centése auxiliou muitissimo o exame da apalpação.

* * *

O diagnostico que acompanha a OBS. II, (pes-soal), foi puramente constituido após a intervenção.

Impossível era fazer o diagnostico completo antes de intervir, não porque a historia da doença não fizesse suspeitar a existencia de kysto ou tumor kystico ovarico, mas porque o exame physico, combinado com alguns dos commemorativos, fazia pender o diagnostico antes para um myoma uterino intersticial.

A doente tinha hemorragias, que duravam ás vezes 15 dias. O sangue era negro e em coagulos. A apalpação delineou um tumor cuja forma é muito proximamente indicada pelo *schema*, que acompanha a obs. II, (pessoal).

A evolução do tumor e o estado de pallidez que a doente apresentava, juntos aos elementos anteriores fizeram conduzir ao diagnostico de myoma.

Estou bem por certo que este caso nas mãos de Polaillon seria sujeito á punção; concordo em que os resultados obtidos para completar o diagnostico redondariam preciosos, mas o prognostico futuro seria para temer. Pode dizer-se isto sem receio d'errar, pois a operação pôz a descoberto um kysto hematico, lacerando-se por todos os lados.

Temos, pois, um caso em que o volume do tumor não era muito grande, mas, cuja symptomatologia, tão heterogenea, enganava o mais pratico.

Deve, portanto, desconfiar-se da evolução d'uma neoplasia com accessos de peritonite localisada, acompanhando-se de grandes hemorragias e de zonas de sensibilidade.

* * *

Identicamente na obs. III, (pessoal), o diagnostico concluiu-se durante a operação.

Os dados fornecidos pela doente relativamente aos symptomas d'inicio, ao augmento muito rapido do ventre e o seu estado geral, fizeram suspeitar a existencia d'um kysto ovarico de má natureza. A apalpação foi de pouco valor.

A ascite enorme que acompanhava a neoplasia mascarava o tumor e prejudicou o diagnostico. Melhor seria, pois, ter, pelo menos, 48 horas antes de intervir, diminuido o volume d'ascite.

Não se sujeitaria a doente a uma perda d'equilibrio intra-abdominal tão rapido como o que se deu na operação e teriamos, assim, conseguido traçar um diagnostico perfeito.

* * *

Na obs. v, (pessoal), o diagnostico era impossivel fazer-se antes d'intervir.

A operação n'esta doente effectuou-se mais com o fim d'abrir um abcesso da parede abdominal do que com a ideia de praticar uma ovariectomia. Um corte feito na parede abdominal e uma sondagem minuciosa levou ao conhecimento da existencia d'um kysto antigo, com conteúdo purulento.

Não era facil chegar ao diagnostico, pois que a doente nada revelou do seu passado pathologico que se relacionasse com a existencia d'um kysto ovarico. Só depois d'operada, é que consegui concluir a historia da doença. N'este caso, a ideia de kysto ovarico só se poderia fazer por suspeita, e não porque a exteriorisação symptomatologica a isso conduzisse.

* * *

Na doente da obs. vi, (pessoal), assentou-se no diagnostico d'um kysto volumoso do ovario. Pelo resultado da operação, se viu que o diagnostico era incompleto.

Formulou-se mais a existencia de kysto pela historia e pela evolução do que propriamente pelo exame physico.

Assim, pela percussão notava-se onda liquida manifesta; a parede abdominal deprimia-se alguma cousa á apalpação profunda, mas não indicava a existencia de corpo livre intra-abdominal. A

fórma do ventre era bastante característica da existencia de kysto. Apresentava uma particularidade: era muito regular em toda a superficie.

A temperatura accusada pela doente mais levava á existencia do kysto.

O toque vaginal não fornecia dados importantes.

Ficou-se, pois, n'um diagnostico hesitante, não no que diz respeito á existencia do tumor, mas sim ás suas particularidades: natureza, fórma, situação, etc.

A coexistencia da prenhez tambem auxiliava o diagnostico de kysto.

Polailon praticava, com certeza, n'este caso, a punção e tirava muito provavelmente a conclusão de que se não tratava de kysto, mas sim d'ascite, isto baseado no que elle diz, que, se o orificio da punção, após a sahida da canula ainda deixa sahir liquido, é porque vem da cavidade abdominal, se o liquido não sahe, é porque se trata de kysto.

Friza mais, que, tratando-se d'um kysto, a sahida do liquido póde dar-se quando haja algumas adherencias entre o kysto e a parede abdominal.

Eis, pois, um caso em que, qualquer que fôsse o logar da punção, o liquido escorreria sempre.

Só depois do abdomen aberto se viu a existencia d'um enorme kysto de fórma ellipsoide, tendo completamente adherente á parede abdominal toda a sua face anterior e apresentando tambem toda a sua superficie lateral e face posterior intimamente adherentes ás superficies peritoneal e ás visceras.

Em semelhantes casos, como traçar um diagnostico perfeito?

A meu vêr, era impossivel.

Na OBS. VIII, (pessoal), tambem o diagnostico foi difficil e não completo. A historia da doença nada indicava. A informação dada pelo clinico da terra da doente e a existencia da prenhez impunham suspeitas de kysto. A evolução nada teve de caracteristico.

A apalpação mostrou a existencia de uma neoplasia situada na linha media e tendo a fórma d'um utero, com a superficie irregular.

Nenhum symptoma havia que fizesse suspeitar da existencia de fibro-myoma ou de myoma kystico; mas o exame physico fazia-nos inclinar para esses diagnosticos. Se não fosse a indicação clinica, as difficuldades augmentariam com certeza.

Aberta a cavidade abdominal, teve-se a impressão d'uma neoplasia uterina e até mesmo d'um utero gravido.

Estamos, pois, deante de um caso de neoplasia ovarica de pequeno volume, não tendo cortejos symptomaticos assustadores, mas de difficil diagnostico.

* * *

Depois das considerações expostas e pela explanação das obs. XI e XII, cedidas pelo snr. dr. Pires de Lima, e pelas das obs. III e IV de Polaillon, conclue-se que a difficuldade de diagnostico completo e até mesmo differencial nos kystos ovaricos, é manifesta.

E' preciso, portanto, uma grande pratica para rapidamente diagnosticar tal ou tal caso, facil ou difficil; quantas e quantas vezes o diagnostico d'um kysto ovarico é assente, intervem-se e encontra-se um kysto para-ovarico ou ainda um fibroma do ligamento largo ou até mesmo um fibroma pediculado do utero. Enchem os tratados paginas e paginas em descrições longas, referindo-se a minuciosidades anatomo-pathologicas, sobre tal ou tal tumor uterino ou annexial, referindo-se a caracteres symptomaticos e evolutivos, reportando-se a condições etiologicas e pathogenicas. Tudo isto é util, é uma

verdade. Vae-se, porém, para o campo da pratica e só raras vezes se encontra um tumor que envolva, em summa, que siga o quadro clinico, mais ou menos bem delineado nos tratados de gynecologia.

Mais perfeitos são os inglezes e americanos, que não se deteem em minuciosidades symptomaticas; elles procuram antes saber se a intervenção é ou não possivel, mas preparam-se com uma technica segura e perfeita, que pôde servir de methodo a todos aquelles que a quizerem aproveitar.

Conclusões

1.^a Na maioria dos casos encontram-se sérias difficuldades em fazer um diagnostico completo de kysto ovarico.

2.^a Quando haja ascite, convém fazer a paracentése abdominal, para auxiliar o diagnostico, salvo se a doente se encontra n'um estado de depauperamento consideravel.

3.^a O hystero metro como auxiliar no diagnostico dos kystos ovaricos é as mais das vezes perigoso.

4.^a A punção do kysto como meio de diagnostico só deverá ser empregada em casos excepcionaes.

5.^a Até aos 5 mezes e meio de prenhez o balouço do feto é o melhor signal differencial entre a prenhez e o kysto ovarico.

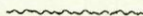
6.^a Dos 6 mezes por deante a observação minuciosa do desenvolvimento do abdomen é um bom signal.

Therapeutica

DOS

Kystos ovaricos

Puncção por via abdominal; historia da ovariotomia; indicações e contra-indicações da ovariotomia; ovariotomia durante a preñez.



Dous são os processos cirurgicos até hoje conhecidos para a cura dos kystos do ovario: puncção e ovariotomia.

Puncção dos kystos ovaricos

A puncção como meio de diagnostico tem perdido bastante campo, se bem que ainda presentemente lá fóra um ou outro cirurgião a use.

Assim, Polaillon ⁽¹⁾ diz: — «Non seulement la ponction ofre un moyen de soulager les malades et d'eclairer le diagnostic, mais encore elle rend de grands services, comme acte préalable et comme acte complémentaire de l'ovariotomie.»

Entre os tratadistas que consultei, é, por sem duvida, este um dos mais empenhados apologistas da puncção.

Como meio de cura tem ella, porém, sido abandonada por completo.

(1) POLAILLON, *Maladie des femmes*, pag. 618.

Poderá, pois, ser empregada simplesmente como palliativo.

Em rigôr, a punção só deve ser adoptada quando a extracção do tumor se torne impossivel pelo seu extraordinario volume ou quando a doente soffra d'uma doença intercurrente que torne addiavel a operação da ovariectomia, prescripta como necessaria. No *primeiro* caso, a punção tem por fim produzir a euthanasia; no *segundo*, preparar o estado da doente. A punção pode ser indicada com o fim de prolongar a vida da doente ou modificar um estado doloroso, quando haja coexistencia de kysto com tísica, cancro ou adiantada doença do coração.

E' evidente que em taes casos a ovariectomia deve ser completamente proscripta.

Nos casos de kysto coincidindo com uma doença aguda, bronchite, febre typhoide, pneumonia, etc., ainda se pode recorrer á punção, com o fim de diminuir a tensão abdominal, evitando assim o progredimento de taes doenças.

Finalmente, poder-se-ha empregar a punção quando a cachecia contra-indica a ovariectomia e algumas vezes por considerações psychicas, attendendo a que a doente manifesta esperança na vida, após a extracção d'uma pequena quantidade de liquido do tumor.

Fóra das indicações formuladas, não existe motivo racional para o seu emprego.

Fritsch ⁽¹⁾ referindo-se a este assumpto diz: —
«La ponction est em réalité une tromperie et
«même une tromperie á conséquences très dange-
«reuses por la patiente. La malade croit aller mieux
«cu etre guérie, et au lieu de cela, du liquide s'ac-
«cumule de nouveau, il se peut même qu'il soit ar-
«rivé suffisamment de contenu kystique dans la ca-
«vité abdominale pour qu'il se produise des mé-

(1) FRITSCH, *Maladies des femmes*, trad. franc. 2 édit. Paris 1902, pag. 445.

«tastases. Il peut tout au moins se former des adhérences, qui rendent l'opération plus difficile.»

Penrose⁽³⁾ referindo-se ao tratamento dos kystos ovaricos pela punção, diz: — «Many women «were subjected to this proceeding a very great «number of times, and, though not cured, were «enabled to drag on a miserable existence until «death resulted from exhaustion or from accident «to the cyst. In still fewer cases the tapping seemed «to be curative, the tumor never reappearing after «it had been evacuated. Such cases were so unusual that they should have no influence whatever «in determining the method of treatment».

A punção, ainda empregada lá fóra por alguns cirurgiões, como meio curativo dos kystos para-ovaricos, cujo conteúdo é muito proximo do sôro physiologico, não deve ainda assim, preferir-se á laparotomia, pelos perigos que offerece, quando o diagnostico de kysto para-ovarico não tem sido bem assente.

Como principio, nunca devemos punccionar um kysto quando a operação radical se torne possivel.

Os perigos da punção podem reduzir-se a tres: 1.º hemorragia pela ruptura d'algum vaso da parede do kysto; 2.º suppuração do conteúdo e inflammação d'uma parte da parede do kysto, trazendo como consequencia adhesões, mais ou menos extensas; 3.º disseminação no peritoneo de productos solidos extravassados d'um kysto dermoide ou propagação por derrame de massas vegetantes provenientes da existencia d'um kysto papillomatoso.

Tratando-se d'um kysto dermoide, o contacto do liquido grumoso que frequentemente contém, ou dos corpos solidos n'elles inclusos é o bastante para determinar da parte do peritoneo uma reacção, que impõe uma intervenção immediata.

(3) PENROSE, *Text-book of diseases of women*, third edition, 1900, pag. 377 e 378.

Se se trata d'um papilloma, os perigos augmentam, pois o liquido derramado vehicula cellulas neoplasticas, que vão constituir verdadeiros enxertos n'uma limitada ou extensa superficie do peritoneo.

Abstenho-me de explanar a technica operatoria que a punção reclama, *primeiro* porque é simples, *segundo* porque entre nós é methodo de tratamento, que não tem acceitação.

Historia da ovariotomia

A possibilidade de extrahir os ovarios doentes nasceu por, sem duvida, do celebre factu, passado ha cerca de duzentos annos em que certo capador hungaro, «n'um accesso de cholera», extirpou os ovarios a uma sua filha impudica.

Assim, Willius of Basle, em 1731, foi o primeiro que se pronunciou a favor da ovariotomia, não conseguindo, comtudo, realisala.

Seguiram-se Morand, Hunter, Segdel, que não foram mais felizes.

Em 1798, Chambon, publicando um tratado de doenças de mulheres, quiz mostrar-se como sendo o primeiro ovariotomista. Essa honra theoricamente poder-lhe-hia caber, mas praticamente não.

Seguidamente apparece John Bell, que orientado assás pela cirurgia franceza insistia constantemente em suas lições sobre a possibilidade da remoção dos tumores ovaricos. Não cahiram em terreno esteril as suas sabias prelecções, pois Ephraim Mc Dowel, seu alumno, em dezembro de 1809 praticou a primeira ovariotomia, emprimido-lhe uma feição verdadeiramente scientifica.

N'essa epocha em que se não fazia a minima ideia do que seria a antiseptia, em que a technica operatoria era um leve esboço da de hoje e em que o veo do peritoneo constituia um embaraço terrivel ao genio prescrutador dos mais ousados, nem por isso se intimidou Mc Dowel, que, guiado por uma boa estrella e pelos sabios conselhos de

John Bell, conseguiu marcar uma epocha gloriosa na cirurgia abdominal, com a sua imponente obra.

Foi ella, por sem duvida, que serviu d'estimulo e d'orientação ás innumeradas capacidades scientificas que o seguiram, inculcando-lhes a necessidade de aprofundar os immensos segredos vendados pelo peritoneo e, vencida como estava esta barreira, procurar, com meios chirurgicos apropriados, debellar tantos e tantos males que avassallavam a humanidade.

Aberto, pois, o caminho glorioso, varios cirurgiões seguiram as pisadas de Mc Dowel, e entre elles Nathan Smith, que foi o segundo ovariomista e logo após Alban Smith, do Kentucky, que foi o terceiro.

Mais tarde, em 1843, Atlee praticou a primeira ovariectomia dupla.

Seguiu-se-lhe Washington Atlee, que até 1871 conseguiu reunir 246 operações. Em 1863 estava definitivamente acclimada na America a ovariectomia.

Em Inglaterra a operação, iniciada por Lizars e praticada por outros cirurgiões mais, não obteve successo, chegando mesmo a cair em descredito no anno de 1842.

Uma nova phase tomou, graças aos successos alcançados por Charles Clay de Manchester.

Até 1850, oito annos antes que Spencer Wells fizesse a sua primeira operação, Clay de Manchester, tinha conseguido 21 successos em 33 ovariectomias.

Em 1858, Spencer Wells assenta definitivamente a phase de successo da ovariectomia, e conjuntamente com elle outras celebridades, como Keith, d'Edimburg, Tait, de Birmingham, Thornton, Bantock e outros ainda.

Em França, a primeira ovariectomia foi executada em 1846, por Woyerkowski, de Quingey. A segunda foi praticada com successo por M. Waulle-geard, em 1847. Em 1856 foi condemnada pela aca-

demia e só em 1864, com os successos obtidos por Koeberlé, é que uma nova phase se inicia.

Na Suissa, a primeira ovariectomia data de 1864. Praticou-a Spencer Wells.

Na Allemanha as ovariectomias executadas por Chrysmar em 1819 e 1820 e por Dzondi em 1820 não alcançaram successo, antes serviram para desacreditar a operação. A aclimação definitiva da ovariectomia na Allemanha, começa, desde os successos alcançados por Schröder, Nussbaum, Billroth, Olshausen e outros.

Na Italia, a primeira ovariectomia seguida de successo, foi praticada por M. Landi, de Pisa, em setembro de 1868; a segunda por M. Peruzzi, de Lugo, em 1869 e a terceira por Marzolo, de Padua, em julho de 1871.

Na Russia, a primeira ovariectomia data de 1846; a segunda, de 1869, ambas com insuccesso. Só de 1852 por deante é que a operação entrou na phase do bom exito.

Historia da ovariectomia em Portugal

A operação da ovariectomia em Portugal foi introduzida em Lisboa no anno de 1866 pelo professor Antonio Maria Barbosa. Em 5 de fevereiro de 1866, praticou a primeira ovariectomia que foi seguida d'insuccesso. A segunda, executada um anno mais tarde, teve igualmente mau exito.

Isto, porém, não desanimou os cirurgiões d'aquella epocha, antes, convencidos do valor da operação, se lançaram no caminho de novas tentativas, para o que eram attrahidos pelo dever d'engrandecer a sciencia que professavam.

Assim, em 1876, Alves Branco praticou, com exito, a sua primeira ovariectomia, tendo conseguido reunir até meados d'agosto de 1884, 29 d'essas operações, com 13 curas e 16 mortes.

Seguiram-se-lhe O. Feijão, A. Ravara, A. Costa e A. Figueiredo, que em 1886 praticaram successivamente 10 ovariectomias, com 7 curas e 3 mortes.

Desde esta data até 1889, talvez por imperfeita asepsia e má hygiene dos hospitaes de Lisboa, os resultados foram menos satisfatorios pois que, em 9 ovariectomias realisadas, deram-se 7 mortes.

A contar d'esta epocha até 1901 não existem estatisticas nem elementos de confiança, ao que me consta, d'onde possa inferir-se qual a evolução que a ovariectomia poderia ter em Lisboa durante aquelle longo periodo de tempo.

Isto caracteriza bem o abandono e desleixo com que tudo é tratado no nosso paiz.

A proposito e com muita razão, stigmatizando esta condemnavel falta, diz o professor Serrano em artigo publicado na MEDICINA CONTEMPORANEA, de 24 de fevereiro de 1879, o seguinte: — «Ha «muitos annos — se bem me occorre desde 1876 — «que no Hospital de S. José e annexos os fis- «caes respectivos (!) construem mensalmente um «mappa das operações que resume em si — na in- «completa referencia de dados indispensaveis e «nos grosseirissimos dislates da nomenclatura te- «chnica — tudo quanto se elabora sobre estatistica «medica no mais vasto e movimentado centro hos- «pitalar do paiz inteiro. Basta que se diga para «definir-lhe o valor que nem do resultado colhido «pela operação se fica tendo conhecimento na «grande maioria dos casos.

«.

«A estes mappas recorri até onde puderam «valer-me.

«Ótra fonte de noticias que a qualquer se «afiguraria, não sem razão, a primeira em impor- «tancia foram as papeletas das doentes tratadas, «— e foram-no quasi todas — nas enfermarias do «hospital. Devo porém declarar que os boletins «anteriores a 1878 — nem que fossem documentos «cuevos dos Fillipes — foi-me de todo impossivel «deparar com elles, tal é a barafunda em que jaz «o archivo da casa dos assentos, tendo por arrega- «dação um vão d'escada e um pessoal esfalfado

«com os mil barbicachos de uma escripturação de «japonezas frioleiras.

«Com semelhantes meios, além de esmagador o «trabalho das buscas, qualquer esboço estatístico «vem sempre a acabar deficiente e incorrecto.»

No Porto, a primeira ovariectomia praticou-a no anno de 1883 o professor de clinica cirurgica Eduardo Pereira Pimenta com resultado fatal, tendo equal sorte todas as que em seguida effectuou, o que o levou a desistir de novas intervenções d'este genero.

Seguiu-se-lhe o professor Azevedo Maia que em março de 1888 praticou a sua primeira ovariectomia com insuccesso.

Tal resultado não o desanimou e em junho do mesmo anno effectuou a segunda coroada de brilhante exito.

Foi, por sem duvida, o bom resultado d'esta intervenção que veio marcar o inicio da phase de successo, não só da ovariectomia, mas tambem das variadissimas intervenções abdominaes, das quaes o illustrado professor, tem praticado até hoje cerca de 500, com resultados progressivamente satisfatorios.

N'esta esteira, seguiram-no com brilhantes resultados os distinctos cirurgiões-gynecologistas — drs. Souza Oliveira, Julio Frankni e o abalisado professor de clinica cirurgica dr. Roberto Frias.

No empenho de apresentar um pequeno quadro demonstrativo do numero d'ovariectomias praticadas nos ultimos quatro annos, conseguí reunir os boletins, aliás bem organizados, do Hospital de S. José e annexos, de Lisboa, mas só a contar de janeiro de 1902.

No hospital de Santo Antonio, porém, este serviço está sendo feito sem methodo nem ordem. Com mágoa tenho de confessar que as fontes d'onde pude colher os indispensaveis elementos estavam contaminados do eterno desleixo que superabunda n'aquella casa em materia de sciencia.

E' para lamentar que alli se não faça uma es-

tatística rigorosa de todos os trabalhos operatórios, o que constituia um valioso subsídio para o estudo da evolução da cirurgia no nosso paiz.

Assim, só á custa de muito trabalho e de precioso tempo perdido, consultando livros dispersos com lançamentos deficientes que tive de complementar recorrendo ás tabellas, é que pude conseguir os dados indispensaveis e não sei se rigorosos, do movimento da ovariectomia por kystos ovaricos no hospital de Santo Antonio, desde 1 de julho de 1901 a 30 de setembro de 1905.

O quadro que segue representa, comparativamente, o numero das ovariectomias completas por kystos ovaricos, realisados respectivamente no hospital de Santo Antonio, do Porto, e no hospital de S. José e annexos, de Lisboa, no periodo decorrido desde 1 de julho de 1901 a 30 de setembro de 1905 :

HOSPITAES	ANNOS							
	1901 a 1902		1902 a 1903		1903 a 1904		1904 a 1905	
	Cura	Morte	Cura	Morte	Cura	Morte	Cura	Morte
Santo Antonio... . . .	10	1	6	1	6	3	9	4
S. José e annexos. . .	5	?	17	1	22	1	11	?

Deprehende-se da leitura d'este pequeno quadro que, proximamente, no mesmo periodo de tempo, a mortalidade no nosso hospital foi bastante superior á do de Lisboa. Isto, porém, não é para admirar, pois da leitura a que procedi nos boletins do hospital de S. José, conclui que os casos complexos comprehendidos nos 57 operados em Lisboa eram em numero muito inferior aos do Porto.

Indicações e contraindicações da ovariectomia

Formulado um diagnostico seguro ou mesmo muito provavel da existencia d'um tumor ovarico, *a extirpação precoce, quer elle seja pequeno quer grande seja, está indicada.* E' este um principio admittido por Lawson Tait e hoje universalmente adoptado. Em 1879, Duplay assás se insurgiu contra a intervenção precoce e para elle a indicação formal da ovariectomia servia quando o kysto se tornasse um estorvo excessivo para as doentes ou mesmo constituisse uma ameaça á existencia.

Com esta maneira de vêr Duplay parecia não querer acreditar que o limite entre a malignidade e a benignidade dos tumores ovaricos é indeciso. Presentemente não nos podemos affastar d'este modo de pensar, ja pelos progressos da histotologia e anatomia pathologica, já pelas observações fornecidas por Cohn sobre 658 kystos tirados por Schröder, nos quaes encontrou 100 degenerados em tumores malignos, ou seja 15 por 100. Leopold encontrou em 116, 26 malignos, ou seja 22,4 por 100.

Mais tarde Terrier justificou a opinião Lawson Tait, affirmando que no principio da evolução dos kystos a doente se encontra sem modificações sensiveis em sua saude; o kysto não provoca perturvações graves e, se acaso tem produzido adherencias, ellas serão sufficientemente laxas e molles, portanto facilmente destacaveis, facilitando assim a operação e conduzindo a um bom resultado. Com effeito emquanto a operação precoce é essencialmente benigna e conduz a successos que mais uma vêz augmentam o incontestavel valôr da ovariectomia, a temporisação, pelo contrario, expõe a perigos multiplos como adherencias, torções, rupturas, suppuração, emfim degenerescencias malignas (cancerosa, sarcomatosa ou papillomatosa), que tornam a operação perigosa e affectam de mau prognostico os resultados subsequentes.

A ovariectomia praticada em boas condições, no que diz respeito á doente, ao estado do neoplasma, á boa technica e á boa antiseptia, não acarreta, por certo, mais mortalidade.

E', na verdade, uma operação ideal. Foi ella que deu o impulso á cirurgia abdominal e hoje, escudada pelos progressos da technica operatoria e antiseptica, constitue o triumpho da cirurgia moderna. Prova bem o asserto que exponho a seguinte apreciação feita por Greig Smith (1): — «Ovariectomy is the most successful major operation in surgery. Within the memory of living surgeons its mortality has diminished from what was almost the limit of the justifiable in surgery, to a figure which, as statistics are estimated is practically zero. Our best English operators — Keith, Thornton, Bantoch, and others — in the last few years had brought their death-rate down to the marvellously low figure of about ten per cent., more or less, when Lawson Tait's records beat all, by the extraordinary result of one hundred and thirty-nine cases without a death, and a general mortality over several hundreds of over two hundred ovariectomies; a series of over a hundred has recently been passed without death.

«Keith's recent mortality, in private operations with cautery-clamp, is he tells me, under two per cent. Surely this is the *ne plus ultra* not only of abdominal surgery but of all surgery. If it is not a justification for the performance of ovariectomy, wherever an ovarian tumour exists, it is undoubtedly a stern command to all who seek to perform the operation, so as to give their patients the best chance of life, to spare no pains to perfect themselves in every detail of attainable knowledge.»

(1) GREIG SMITH, *Abdominal Surgery*, fifth edit. vol. 1.º — pag. 180.

Em geral, são mais frequentes os casos em que a ovariectomia se impõe do que aquelles em que contra-indicações, absolutas ou relativas, temporarias ou definitivas, deduzidas quer do estado da doente quer mesmo da neoplasia, restrinjam a sua indicação. Não nos devemos esquecer da *prezhez*. A sua coexistencia com um kysto do ovario suscita considerações particulares e de manifesta importancia.

Contra-indicações referentes ao estado da doente, taes como *tuberculose*, affecções *cardiacas*, *pulmonares*, *hepaticas* e *renaes*, são, segundo a sua intensidade e o seu grau d'evolução, temporarias ou definitivas.

Contra-indicações relativas ao tumor, taes como *volume* desproporcionado, excesso de *tensão* intrakystica e intra-abdominal, trazendo como consequencia perturbações *respiratorias*, *edêmas* dos membros inferiores e mesmo *edêmas* generalisados.

Aconselha Terrier em taes casos, o proceder-se a uma punção palliativa do kysto, e modificação do estado geral da doente por medicação apropriada, antes que a intervenção se leve a effeito.

Emquanto á *degenerescencia maligna do tumor*, só um exame consciencioso poderá resolver a intervenção ou não intervenção. E' necessario para isso conhecer perfeitamente a idade e evolução do tumor; observar minuciosamente a sua situação topographica, as zonas de sensibilidade e o estado geral da doente.

Se ha presença d'*ascite*, uma pequena punção com agulha de Pravaz ou Roux poderá dar algumas indicações a favor d'um diagnostico já formulado.

Em geral estes exames são bastante difficeis, e a resolução a tomar em taes casos constitue um problema duplamente delicado. Delicado para o operador, que póde vêr a sua reputação cirurgica um tanto compromettida por um insuccesso; delicado para a doente, porque podemos encurtar-lhe

a existencia, que se poderia prolongar não intervindo.

Não nos devemos suggestionar por alguns exemplos felizes, apresentados por Knowsley, Thornton, Cohn, Freund e outros, mas cumpre-nos o ser conscienciosos e precisos no diagnostico feito e, em caso de duvida, cabe-nos que recorramos á incisão exploradora, mas com o maximo cuidado, para que á simples inspecção confirmemos um diagnostico assente ou provavel.

E' bem sabido que o traumatismo operatorio em casos de tumores malignos bem definidos, póde constituir um factor para a morte da doente. Em conclusão: a degenerescencia bem definida, acompanhada d'um mau estado geral da doente, é uma contra-indicação absoluta á intervenção. Adherencias, rupturas, torsão do pediculo, suppuração, hemorragias e mesmo peritonite não constituem contra-indicações á operação, antes exigem uma intervenção rapida.

Entre os estados physiologicos capazes de coexistir com os kystos ovaricos e de modificar até certo ponto as indicações da ovariectomia, temos a *pregnhez*.

Em presença d'um caso de kysto e pregnhez, que conducta deverá seguir o cirurgião?

Não é facil responder de prompto a esta pergunta.

Greig Smith (1) diz: — «A good deal of weight would be paid to the nature de case.»

Sem duvida que esta maneira de pensar de Smith é muito racional e ella deve servir de guia ao cirurgião.

De maneira alguma nos devemos guiar pelos resultados dos casos, relativamente raros, em que uma pregnhez evolua até ao fim juntamente com um kysto do ovario e sem necessidade d'interven-

(1) GREIG SMITH, *Abdominal Surgery*, fifth edit., vol 1.º, pag. 182.

ção, (OBS. VI e VIII). Graças ao adiantamento da cirurgia moderna, usar a expectação em taes casos é prejudicar a vida da mãe, do feto e alguma cousa a reputação clinica.

Devemos, pois, ser muito minuciosos no exame de cada caso que nos apparece e termos em consideração ao mesmo tempo os seguintes pontos de maxima importancia, para o estabelecimento d'uma opinião decisiva: o kysto diagnosticado é intra-pelvico ou predomina na cavidade abdominal; a doente está no estado de gestação ou está em trabalho.

Segundo diz Remy, aos kystos intra-pelvicos correspondem as perturbações e accidentes do trabalho, emquanto que aos kystos abdominaes pertencem os accidentes durante a prenhez.

Se o kysto é intra-pelvico e a doente não está em trabalho, Pozzi aconselha intervir. Na verdade, os resultados apresentados por Remy, de 32 casos de parto de termo com cura em 67 ovariectomias e os de Gordon, de 6,8 por 100 de mortes em 176 ovariectomias e de 69 por 100 de cura, são resultados bastantemente animadores para a não exclusão da intervenção operatoria.

Segundo o parecer de Pozzi a ovariectomia dá o maximo successo quando praticada nos cinco primeiros mezes da gestação.

Lepage ⁽¹⁾ transcreve de Pinard, o seguinte: — «Tout kyste de l'ovaire diagnostiqué chez une femme enceinte doit être enlevé quels que soient le volume et la nature de ce kyste et quel que soit l'âge de la grossesse.»

Conclue-se, pois, que Pinard parece não ser da mesma opinião de Pozzi e parece ao mesmo tempo não ter attendido a que as probabilidades do aborto são proporcionaes ao volume e consistencia do tumor e á idade da prenhez.

(1) RIBEMONT-DESSAIGNE ET LEPAGE, *Precis d'obstréctique*, pag. 948.

Auctores ha que não aconselham a ovariectomia, mas de preferencia o aborto e o parto prematuro. Taes operações com os adiantamentos da cirurgia moderna, devem ser totalmente proscriptas.

Não se deverá pôr de parte a operação *cezariana*, que tem suas vantagens, quando o tumor é muito volumoso e o parto está proximo.

No caso de kysto intra-pelvico coincidindo com o trabalho de parto, varios processos se podem pôr em pratica taes como: o recalçamento do tumor, a puncção por via abdominal, vaginal ou rectal e o forceps.

Todos expõem a grandes perigos.

Se o trabalho do parto é longo e o feto morre, recorrer-se-ha á craneotomia; se o feto está vivo, proceder-se-ha, e com justa razão, a uma *cezariana*, ou a uma laparotomia exploradora, com subsequente extracção do kysto.

Operação da ovariectomia

Preliminares. — Technica. — Considerações
praticas

Na pratica d'esta operação ha um certo numero de precauções indispensaveis a tomar antes de intervir, taes são: *boa preparação da doente, cuidadosa desinfeccção de todo o instrumental cirurgico necessario e esterilisação perfeita de todo o material de penso, e a escolha d'um bom local para operar.*

A' doente que tem de ser ovariectomizada, deve ser desinfectado, pelo menos, durante os tres dias que antecedem a intervenção, todo o abdomen e a vagina, havendo extremo cuidado com a desinfeccção da cicatriz umbilical, sobre tudo, quando ella fôr muito deprimida.

A technica de desinfeccção, que deve ser praticada, por uma enfermeira devidamente instruida, é a seguinte: no primeiro dia, lavagem da parede abdominal com uma escova, sabão e agua fervida tepida e seguidamente esponjar com gaze esterilizada; passar com alcool, seccar e em seguida fric-

cionar com uma pelota embebida em soluto sublimado a dous por mil. A vagina será desinfectada com uma irrigação de soluto sublimado a um por mil, empregando-se pelo menos, dous litros, e após isto tamponar com gaze iodoformada.

Concluindo este trabalho, cobrir-se-ha todo o abdomen com um guardanapo de gaze e com *bau-druche*, devidamente desinfectado, terminando-se por passar uma ligadura para conter o penso.

Em cada um dos dous dias seguintes, proceder-se-ha á desinfecção do abdomen, primeiro com alcool, depois com sublimado, devendo a vagina ser tambem desinfectada sómente com sublimado; em seguida, penso e tampão antiseptico.

Durante os dous dias que antecedem a operação, o regimen, alimentar da doente deverá ser leve e substancial. Na vespera de ser operada, dever-se-ha prescrever um purgante, que será adequado ao estado geral da enferma.

Esta maneira de proceder constitue, por sem duvida, uma regra.

E' de incontestavel e absoluta necessidade conservar os intestinos da doente em estado de vacuidade, quer no que diz respeito aos elementos solidos quer mesmo gazosos. Marcado o dia da operação, a enfermeira deverá ter o instrumental cirurgico devidamente distribuido por aparadeiras de porcellana, cuidadosamente desinfectadas com uma solução d'acido phenico a quatro por cento.

Os ferros, gazes, algodões, sêdas e *catguts* devem ser esterilizados e desinfectados, n'uma secção especial do hospital.

Deverá haver na technica de esterilização o maximo cuidado e escrupulo, pois o insuccesso de uma operação póde ter por ponto de partida a deficiencia na asepsia de qualquer dos instrumentos cirurgicos que tenham de utilizar-se.

**Instrumental cirurgico, empregado no Hospital de Santo Antonio,
para a intervençào nos kystos ovaricos**

- Pinça de lingua — 1.
 Pinças de disseccção, sendo uma de dente de rato — 2.
 Pinças hemostaticas — 30.
 Pinças longas — 6.
 Pinças quadradas de Péan, para kystos ovaricos — 2.
 Pinças de Trélat — 2.
 Pinças de Museaux — 2.
 Pinças de Doyen, para intestino — 2.
 Clampos elasticos — 6.
 Clampos fortes — 5.
 Afastadores abdominaes — 2.
 Bisturis convexos — 2.
 Tesouras longas — 1.
 Tesouras curtas, sendo uma botonada — 3.
 Agulha de Terrier — 1.
 Agulha de Reverdin, botonada, recta e curva — 3.
 Agulhas cylindricas — 4.
 Agulhas de Hagedorn — 4.
 Sonda canula e algalia — 2.
 Trocarte e tubo para kysto ovarico — 1.

A ordem de distribuiçào dos ferros, meios antisepticos e pensos, é a seguinte :

Aparadeira n.º 1 — Pinças hemostaticas, pinças de disseccção, pinças d'intestino, pinça de lingua, sonda canula, algalia e bisturis.

Aparadeira n.º 2 — Pinças longas, pinças quadradas de Péan, pinças de Trélat, pinças de Museaux.

Aparadeira n.º 3 — Clampos fortes e elasticos, tesouras e afastadores abdominaes.

Aparadeira n.º 4 — Agulha de Terrier, agulhas de Reverdin, cylindricas e de Hagedorn.

Aparadeira n.º 5 — Sêdas para laqueaçào de vasos, sêdas para pediculo, laços grossos, *catgut* e crinas.

Bacia A — Trocarte e tubo.

Bacia B — Agua fervida.

Bacia C — Soluto de sublimado.

N'uma pequena mesa estarão, previamente cortadas, pelotas, guardanapos de gaze e algumas toalhas esterilizadas para defender o campo operatorio.

Toda esta disposiçào será feita pela enfermeira

que terá sempre em vista a maxima asepsia possível.

Esta ostentosa distribuição d'instrumentos cirurgicos, pensos, etc, torna-se complicada e enfadonha, quando podia ser muito mais simples, se outra fôra a orientação de quem superintende no serviço do nosso hospital.

Na Inglaterra e na America, onde as innovações cirurgicas surgem dia a dia, ha uma simplicidade extraordinaria nos preparativos ante-operatorios.

O instrumental cirurgico é muito menor, pela simples razão de que as salas d'operações de alta cirurgia possuem um arsenal cirurgico proprio. Isto é da maxima utilidade, pois não ha necessidade de estar amontoar tão grande quantidade de ferros, que, a meu ver, na occasião da operação constituem embaraço.

Tal ou tal ferro, além dos que se tinham calculado, é preciso?

Sem perda de tempo, tem-se á mão e o operador serve-se immediatamente d'elle depois de o ter desinfectado n'uma solução forte d'acido phenico, passando-o em seguida por agua fervente.

E' esta a technica seguida pelo prof. Azevedo Maia no Hospital de Santa Maria.

No que diz respeito ao dispositivo, a simplicidade e perfeição é lá fóra motivo do maximo cuidado.

Os instrumentos são dispostos em 4 aparadeiras de porcellana e estas collocadas n'uma pequena meza metalica.

Esta meza fica junto da das operações e á direita do operador, o qual d'alli toma com facilidade o ferro que lhe fôr necessario. Esta technica é seguida pelo cirurgião dr. Souza Oliveira no Hospital do Carmo.

Assim se evita que os instrumentos passem de mão em mão e se previne qualquer descuido que possa haver da parte dos ajudantes, antes que o instrumento chegue á mão do operador.

Outro processo, e ainda mais simples, é o seguido pelo prof. Azevedo Maia no Hospital de Santa Maria: — A doente, depois de convenientemente preparada para a operação, é deitada sobre a respectiva meza cirurgica e ahi devidamente protegida contra as perdas calorificas. Seguidamente sobre as coxas da doente, que se mantem firmes, é collocado um oleado bem desinfectado, sobre o qual são distribuidos os ferros de maior urgencia. É, sem duvida alguma, este um dos processos mais simples e uteis, obstando a perigos de contaminação por descuido involuntario.

No decorrer d'este meu trabalho fallei já nas pelotas de gaze. Entre nós, são uzadas tiras de gaze estreitas, cortadas á tesoura, para absorver o sangue ou liquidos intra-abdominaes. Deverei dizer que ainda n'este ponto me inclino para a pratica dos inglezes e americanos, empregando esponjas artificiaes absorventes, como as uzadas no Hospital de Santa Maria, e pelotas de gaze cortadas em quadrados, contendo oito tiras com os bordos cozidos, não deixando, portanto, destacar fios durante a intervenção.

Este meio pratico será mais trabalhoso mas é mais seguro. Condemno em absoluto o uso de pelotas d'algodão hydrophilo nas intervenções abdominaes.

Escolha do local da operação

E' este um ponto de capital importancia.

Uma sala d'operações deve reunir, pelo menos, tres condições essenciaes: *ter o maximo de luz, ser o mais hygienica possivel e conservar uma temperatura regular.* Entre nós poderemos citar como salas d'operações rasoaveis na clinica hospitalar geral a da enfermaria n.º 13, do snr. dr. Souza Oliveira, na particular as dos pavilhões de pensionistas comquanto um pouco acanhadas. As outras salas d'operações do Hospital de Santo Antonio estão abaixo de toda a critica; deviam ser todas condemnadas.

Não deixarei, porém, de notar com elogio a do Hospital do Carmo, que, a meu vêr, é a primeira do Porto.

Chegado o momento de intervenção, a doente será transportada para a cama d'operações, onde ficará deitada em decubito dorsal, protegendo-se-lhe os membros com algodão em rama ou com umas calças de flanella e o peito e braços com um *xambre* de lã.

Seguidamente, observar-se-ha o estado cardiaco e geral da doente. Se o estado geral é fraco e o musculo cardiaco está um pouco resentido, dever-se-ha levantar-os com a cafeina.

A chloroformisação dependerá do estado da doente e da sua idade

Assim, em doentes de avançada idade e um tanto enfraquecidas, a anesthesia com chloroformio e ether em partes eguaes deve ser preferida.

Se a doente é rebelde á chloroformisação, uma injeção de morphina é util para preparar uma anesthesia suave. E' este methodo usualmente empregado em Lisboa na cirurgia abdominal, e, sobretudo, nas intervenções gynecologicas.

Terminados estes preparativos, os ajudantes tomam os seus logares, depois de se terem escrupulosamente lavado e desinfectado.

Paul Segond ⁽¹⁾ referindo-se a este ponto, diz : «— Chacun sait aujourd'hui que la condition *sine quâ non* du succès em chirurgie abdominale, c'est «d'être scrupuleusement aseptique», e escreve mais «ainda : «Mieux vaut être parfaitement aseptique «que maladroitement ou imparfaitement antiseptique — mais les deux precautions valent mieux «q'une.»

Uma abundante lavagem em agua corrente, com sabão, em seguida agua fervida e depois mergulhadas as mãos durante uns segundos em solu-

(1) PAUL SEGOND, (*annexes de uterus*).
Traité de chirurgie Duplay et Reclus, vol. 8.º pag. 669.

to de sublimado é o sufficiente e o que correntemente se usa.

Cada ajudante assume a responsabilidade do seu encargo e de forma alguma deve desviar a attenção dos deveres que lhe competem.

O chloroformista collocar-se-ha á cabeceira da meza d'operações; o primeiro ajudante á esquerda da doente, e ao lado d'este, a enfermeira encarregada de fornecer os pelotas, esponjas, etc.; finalmente á direita o operador.

E' esta a technica seguida no Hospital de Santa Maria.

O primeiro ajudante na funcção que exerce d'auxiliar o operador tem ainda a seu cargo a desinfecção do campo operatorio, seguido de protecção com toalhas esterilizadas.

Após a intervenção, compete-lhe fazer o curativo, auxiliado pela enfermeira.

Preparado, pois, tudo, e a doente bem cahida em anesthesia, o operador prepara-se para intervir.

Antes, porém, d'entrar propriamente no assumpto da technica operatoria da ovariectomia, referir-me-hei ao seguinte ponto: — *Haverá ou não necessidade de punccionar uma ou mais vezes um kysto ovarico antes de ser operado?*

Spencer Wells é de opinião que algumas punções no tumor antes da intervenção não aggravam os resultados da ovariectomia, nem augmentam tão pouco as difficuldades da operação, pelas adherencias que se possam formar. Polaillon é tambem do mesmo parecer.

No entanto Kiwisch considera a punção como perigosa e tambem como sendo o ponto de partida para accidentes inflammatorios de certa importancia, como a suppuração ou extravasamento do seu conteúdo dentro da cavidade abdominal e mesmo hemorragia da parede do kysto, como consequencias funestas.

Fritsch é d'esta mesma opinião.

Na clinica hospitalar, assistindo a numerosas

ovariotomias por kystos, nunca vi que tal maneira de proceder fosse usada e nem mesmo lhe conheço utilidade.

Technica da ovariotomia

Tempos da operação; incisão da parede abdominal e do peritoneo; descoberta e punção do kysto; sua extracção; tratamento do pediculo; toilette do peritoneo; sutura da incisão e penso

A *incisão abdominal* deve ser praticada com um bisturi convexo, camada por camada, sobre a linha média e entre o umbigo e a symphise publica.

Antes do primeiro cóрте, deveremos estar bem seguros dos seguintes dados: se a doente tem o ventre flaccido ou muito distendido; se a parede abdominal é emaciada ou adiposa. Se o ventre é flaccido e emaciado, as incisões por planos teem de ser cuidadosas, pois a espessura da parede é pequena e póde facilmente attingir-se o peritoneo perietal e mesmo o kysto.

Se a parede é adiposa, deveremos calcular d'antemão o volume da gordura. Só assim se regulará a profundidade da incisão.

Se o ventre está assás distendido, os cuidados deverão redobrar, pois as probabilidades de se attingir o kysto tornam-se mais certas.

A extensão da incisão abdominal depende da natureza e do volume da neoplasia. Se se trata d'um kysto pequeno, movel e de pediculo extenso, uma incisão de cinco centímetros basta, para praticar a extracção do kysto. As incisões pequenas tem suas vantagens, como: conservar tanto quanto possivel a esthetica abdominal, obstar a eventrações e diminuir as probabilidades de extravasamento dentro do peritoneo.

Spencer Wells, Fritsch e outros sustentam esta opinião.

Como regra deveremos sempre praticar uma incisão pequena, 6 ou 7 centímetros, e augmental-a depois conforme a necessidade o indique.

Só nos casos de tumores solidos ou mixtos, se deverá começar por uma incisão mais larga, 9 centímetros, pelo menos.

A technica da incisão é a seguinte: divisão da pelle e do panniculo adiposo subcutaneo até ao *fascia superficialis*. Reconhecida a linha branca, corta-se em linha recta sobre a sonda canula, ou com a face cortante do bisturi voltada para cima; chega-se assim ao folliculo anterior da bainha, dos musculos rectos, corta-se e procura-se o intersticio dos musculos; pinça-se em seguida o folliculo posterior da bainha e corta-se sobre a sonda canula; chega-se á gordura preperitoneal, que pôde ser, mais ou menos, espessa, corta-se cuidadosamente com o bisturi; attinge-se assim a face anterior do peritoneo parietal, que devemos pinçar com uma pinça de dente de rato ou hemostatica, na parte media ou na extremidade superior da incisão, e com uma tesoura fazemos uma botoeira pela qual introduzimos os dedos medio e indicador; com tesouras rectas ou curvas botonadas praticaremos a sua secção, fixando-o em seguida com pinças hemostaticas.

Em todo este percurso operatorio, a hemostase deve ser perfeita, deixando de pinçar tão só os vasos que sangram muito, isto para evitar accumulção de material cirurgico, que estorvará o bom andamento da operação.

Technica semelhante vê-se que é, por sem duvida, simples, mas casos ha em que a incisão do peritoneo se torna muito delicada, attendendo ás adherencias directas existentes entre elle e a parede do kysto, ou mesmo quando ha alteração na extractura peritoneal (pachyperitonite).

Quando isso acontece, haverá que fazer-se uma disseccção cuidadosa entre o folliculo peritoneal e a parede do kysto, primeiro com o bisturi e em seguida com os dedos. Uma ou outra vez, succede que as adherencias são por tal forma intimas que tornam perigosa a sua separação, obrigando o operador a recorrer então á marzupiali-

sação (Vej. obs. vi e vii). Antes de praticar a incisão abdominal devemos sempre esvasiar a *bexiga*. E' este um principio assente e indispensavel, afim d'evitar que ella seja alcançada por um golpe de bisturi.

Seguindo esta technica, ainda assim casos surgem em que se não pode fugir ao contratempo de a abrir como tive occasião de vêr, na enfermaria n.º 13 n'um caso fibroma kystico de ligamento largo, acompanhado de degenerescencia fibromyomatosa do utero.

Esse kysto tinha contrahido uma adherencia extensa á parte superior da bexiga, a qual foi arrastada pelo desenvolvimento do tumor desde a symphise publica até dous centimetos acima do umbigo. Tal complicação impossivel se torna diagnostical-a antes da intervençãõ, e a disposição anatomica e as relações da bexiga com o tumor eram de tal ordem que a sua abertura não foi possivel evitar-se.

Aberta o parede abdominal é preciso deixar caso o haja, correr o liquido ascitico vagorosamente.

Desde que o peritoneo esteja largamente aberto, necessitamos primeiro que tudo, verificar o diagnostico feito. Já na primeira parte do meu trabalho o disse e torno a repetil-o, os diagnosticos perfeitos em materia de gynecologia só podem completar-se depois de se ter atravessado a barreira peritoneal. Portanto, verificaremos se se trata por exemplo d'uma prenhez que simule um kysto ovarico, ou mesmo d'um fibroma pediculado do fundo do utero, etc.

Exposta na abertura uma pequena superficie do tumor (kysto), observamos pelo tacto a sua consistencia, a sua forma, a lisura das suas paredes, se o liquido que contem é viscoso ou fluido, etc.; pela vista observamos a sua coloração e o aspecto da parede. Todos estes dados tem valor, pois fornecem-nos indicações precisas sobre a natureza do tumor, mostrando ao mesmo tempo as pro-

babilidades de complicações que os que podem acompanhar.

Verificado, pois, o diagnostico d'um kysto ovarico, precisamos, primeiro que tudo, de diminuir o seu volume pela *puncção* quaesquer que sejam as adherencias existentes.

Procedendo assim seguirei invariavelmente a opinião de Greig Smith ⁽¹⁾ que diz: «Whatever be the condition, it is always best to begin by emptying the cyst. To explore with the finger is, in the great majority of cases, to satisfy curiosity rather than to help in the mistake. By so doing, not only do we run the risk of rupturing the cyst-wall and letting the contents of the full cyst escape into the peritoneum, but we also deal with the adhesions at the most inopportune period, when there is little room for manipulation, and a likelihood of leaving bleeding points unsecured because they may not be seen.» E' tambem esta a opinião adoptada por Fritsch, Paul Segond, Faure e outros.

Só nos kystos muito pequenos e que se extrahem em bloco, é que as adherencias são separadas previamente. Só no caso de kystos volumosos, com o epiploon adherente á sua face anterior, é que se liberta a adherencia e se lançam as ligaduras necessarias antes que seja feita a *puncção*.

No esvaziamento do conteudo kistico, é frequente entre nós usar-se a *puncção* com o trocar-te. A technica é a seguinte: depois de estarem protegidas por guardanapos de gaze ou esponjas os bordos da incisão abdominal e tendo-se ajustado a face anterior do tumor á abertura, introduz-se o trocar-te, esvaziando o conteudo até tres partes do seu volume. Varias circumstancias se podem dar: se o kysto é unilocular e de conteudo fluido, ou mesmo um pouco viscoso, a *puncção* com o trocar-te basta para o esvasiar; se o kysto é multilo-

(1) GREIG SMITH, *Abdominal Surgery*, fifth edit. vol. 1.º, pag. 193.

cular e de conteúdo não viscoso, necessario se torna mudar a direcção do trocarte, depois d'introduzido na massa kystica, procurando assim destruir os septos fibrosos; mas se, o conteúdo é muito viscoso e predominam os elementos solidos sobre os liquidos, a ponto de não passarem na canula, deveremos completar a punção com uma incisão na parede do kysto e proceder como Spencer Wells e Nussbaum, que introduzem a mão pela abertura, destruindo d'est'arte as differentes lojas e reduzindo, portanto o volume da massa kystica. D'onde concluímos que a incisão do kysto é muitas vezes complemento da punção, e algumas vezes mesmo o processo d'escolha, sobretudo quando se trata de kystos dermoides com conteúdo solido apreciavel.

A' medida que o kysto se esvazia vão-se puxando vagarosamente as paredes e, logo que o conteúdo esteja muito reduzido, fecharemos a abertura com uma pinça quadrada de Péan, no caso de punção, ou com dous clampos elasticos rectos, collocados em angulo agudo, ou com o clampo em T de Thornton, quando o esvaziamento haja sido feito por incisão. Protegida a abertura abdominal, procede-se á *extracção do kysto*, começando por destacar suavemente as adherencias parietaes que, em geral, são molles e laxas e em seguida as da face posterior, que são as mais importantes.

A extracção do kysto a que acabo de me referir e a *libertação das adherencias* que vou descrever constituem um dos tempos mais delicados da ovariectomia.

E' sabido que os deslocamentos da neoplasia dentro da cavidade abdominal e as zonas inflammatorias da superficie do kysto criam bridas mais ou menos extensas entre a parede abdominal e o kysto e entre este e as visceras contidas na grande e pequena bacia e a serosa peritoneal.

Entre as variadas adherencias que o operador pode encontrar durante a operação da ovariectomia

por kysto do ovario, temos a distinguir dous grupos: o das adherencias simples e o das complexas.

O *primeiro* comprehende as adherencias serosas que podem existir entre o kysto e o epiploon, a parede abdominal e as visceras, principalmente os intestinos e a bexiga; o *segundo* comprehende as adherencias fibrosas existentes entre o epiploon, os intestinos, o appendice vermicular a bexiga e a parede do kysto, não esquecendo mencionar as que uma ou outra vez apparecem entre a neoplasia e o uretère, a trompa e o utero.

Como exemplo de kysto, acompanhado de adherencias complexas entre a pequena bacia, a trompa e o utero. Vej. obs. viii, (pessoal).

As adherencias serosas, laxas e molles, são, por sem duvida, as unicas que não influem no prognostico da operação. Apesar de simples, o operador deve ter sempre muito cuidado na sua libertação. A technica seguida entre nós é a seguinte: as adherencias parietaes destacam-se com os dedos conservando a face dorsal voltada para a parede abdominal e a palmar para a parede do kysto; as adherencias do epiploon e das visceras libertam-se ou só com os dedos, ou com uma pequena compressa de gaze ou uma esponja ou mesmo coifando os dedos com um involucro de gaze.

Todo este trabalho será executado com a maxima suavidade, exercendo sempre a pressão maior contra as paredes do kysto. Assim evitar-se-ha uma distensão intempestiva d'um segmento de qualquer viscera que esteja adherente e por consequencia, se esquivarão os perigos que d'ahi poderiam advir.

As adherencias fibrosas, criam difficuldades mais serias e para as destruir é preciso em cada caso redobrar de cuidados e d'atención.

Nos complexos, é frequente o epiploon estar muito adherente á face anterior do tumor. As adherencias podem ser pouco ou muito extensas. Se ha uma brida do epiploon, devemos laqueal-a com

catgut, tendo-a previamente pinçado para fóra da sua inserção. Se ha uma extensa superficie, nunca a ligaremos em massa mas sim em segmentos. A serosa deve-se poupar sempre, tanto quanto possível seja. A libertação por descolamento é, na maior parte dos casos, impossível. As adherencias entre o intestino, a bexiga e a parede do kysto devem libertar-se podendo ser, primeiro por descolamento; se as difficuldades augmentam, uzaremos a descorticação com tesoura romba; se estes processos não derem resultado, seguiremos o conselho de Péan e Emmet, cortando a parte correspondente da parede kystica e deixando-a adherente ao órgão subjacente. Assim evitaremos a abertura quer do intestino quer da bexiga.

Resolvendo-se deixar um segmento da parede do kysto adherente ao intestino ou á bexiga, considero de maximo valor, que se esvasie completamente o seu conteudo kystico e se façam duas lavagens antisepticas da sua cavidade. D'esta fórma ha mais certeza de que a porção que fica não infecte a cavidade abdominal.

Esta precaução poder-se-ha usar em todas as variedades de kystos, mas especialmente nos supurados e dermoides.

Se ha adherencias do tumor ao appendice vermicular, bom será seguir a opinião de Fritsch: ⁽¹⁾ — «Réséquer par principe lorsqu'il est epaissi, «lorsque détaché hors adherences, il est couvert «de lambeaux et de membranes.»

Se durante a libertação das adherencias, algum órgão foi attingido, proceder-se-ha immediatamente á sua sutura, tendo sempre em attenção a protecção antiseptica do campo peritoneal; d'est'arte, as probabilidades do perigo são attenuadas. E' impossível estabelecer regras fixas

⁽¹⁾ FRITSCH, *Maladies des femmes*, deuxième edit. française, 1902, pag. 451.

para intervir nas adherencias variadissimas que muitas vezes acompanham os kystos ovaricos.

Necessario se torna, pois, que o operador tenha uma grande pratica gynecologica, um profundo conhecimento de toda a cirurgia abdominal e uma perspicacia e serenidade completa para rapidamente resolver o melhor processo a empregar em cada caso de per si.

Tratamento do pediculo

Greig Smith (1), no seu tratado de cirurgia abdominal, diz: — «The pedicle has been subjected to almost every conceivable surgical treatment. — It as been tied entire, tied in sections, been twisted off, burnt off, crushed off, cut square off, cut off in flaps, left insid, left outside, and been mad to slough off. — »

Estas poucas linhas indicam bem as variadissimas fórmas de tratamento do pediculo.

Presentemente ha dous grandes processos de tratamento: a *laqueação completa* e *intra-peritoneal*, e o *clamp-cauterio* proposto por Baker-Brown, em 1864.

Poder-se-ha apresentar um terceiro, a laqueação e fixação do pediculo á cicatriz abdominal. Fallarei d'este methodo em logar proprio.

Dos dous grandes processos adoptados, só a laqueação completa e intra-peritoneal ou pediculo abandonado é mais commumente usada em todos os centros de grande cirurgia. E' este na verdade o processo mais seguro. A cauterisação aconselhada por Baker-Brown e que foi durante muito tempo usada por Keith, consiste no esmagamento suave e regulado dos tecidos que constituem o pediculo e no seu córte com o thermo-cauterio ao rubro sombrio.

Na verdade, as bases d'este processo são ra-

(1) GREIG SMITH, *Abdominal Surgery*, fifth edit., pag. 196.

cionaes: obter uma boa hemostase por esmagamento e por cauterisação e reduzir a uma linha a superficie de secção é tudo quanto ha de perfeito. Mas mesmo assim não sé póde obstar em absoluto ao perigo da hemorrhagia.

Nas mãos de Keith o processo esteve prestes a attingir o maximo de perfeição. Não foram tão felizes outros que o empregaram.

Como este processo não é usado entre nós, abstenho-me de expôr a sua technica.

Tratamento do pediculo pelo methodo intra-peritoneal

Como já anteriormente o frisei é este o processo d'escolha, no tratamento dos pediculos dos tumores do ovario.

A natureza do fio empregado para a laqueação do pediculo, é variavel conforme os auctores: uns preconizam o *catgut* outros a sêda phenicada. Antigamente um ou outro cirurgião usava dos fios metallicos para a laqueação. Este material está hoje completamente banido.

Assim, Spencer Wells ⁽¹⁾ diz a este respeito:—
«Ce procédé me semble peu rationel, car l'expérience montre que la soie pure, qui et une substance animal, peut être résorbée, ce qui n'est pas le cas pour les fils metalliques dont la presence cause forcément une irritation mécanique plus ou moins considerable.»

M. Gamgee ensaiou concorrentemente n'uma ovelha o fio metallico e o de sêda, chegando á conclusão de que o fio de sêda é de incontestavel superioridade.

O fio metallico, no Porto, parece ter sido usado

(1) SPENCER WELLS, *Diagnostique et traitement chirurgical des tumeurs abdominales*. Edit. française 1886, pag. 171.

uma vez unica pelo notavel professor de clinica cirurgica Eduardo Pimenta, mas sem resultado. (1)

O fio de *catgut* para pediculo de kystos, outr'ora empregado muito pelos inglezes, hoje está quasi posto de parte.

Greig Smith (2) diz: — «There is no objection «to catgut, beyond the extra trouble necessary in «preparing it.»

E', por sem duvida, esta uma das causas que limitarão ou mesmo excluirão o seu uso na laqueação dos pediculos dos kystos ovaricos; mas, a meu ver, não se deve pôr de parte tambem a sua reabsorpção, mais ou menos rapida.

Como exemplo temos o *catgut phenicado* que se absorve em 10 dias e ás vezes em menos.

Spencer Wells, Paul Segond e outros são d'esta opinião.

Na Allemanha é hoje um processo muito em voga.

No hospital do Porto e na clinica civil dos nossos mais abalisados cirurgiões gynecologistas, não me consta que tenham usado o *catgut* para laqueação do pediculo.

Resta, pois, a sêda phenicada.

E' este hoje o meio mais usado para a laqueação do pediculo.

Duas condições deve reunir o fio de sêda: ser *forte* e estar bem *aseptico*.

A grossura da sêda variará com a espessura do pediculo.

Os numeros correntes usados são: 1, 2 e 3.

Dever-sé-ha empregar sempre sêda trançada e não torcida.

Descripto, pois, o material usado para a laqueação do pediculo, vou passar a ennumerar quaes os nós usados para sustar a hemorragia pedicular.

(1) MAXIMIANO LEMOS JUNIOR, *Anuario dos progressos da medicina em Portugal*, 2.º anno, pag. 94.

(2) GREIG SMITH, *Abdominal Surgery*, fifty edit., pag. 199.

Os nós até hoje conhecidos, e consagrados pela pratica são: o *nó de cirurgião*, a *laqueação em X* ou *ligadura entrecruzada*, o *nó de Bantock*, o *nó de Lawson Tait* e a *sutura em cadeia*.

A applicação de cada um d'elles differe não só com as variedades do pediculo, mas tambem com a pratica do operador.

O *nó de cirurgião* deverá ser applicado aos pediculos muito estreitos, flexiveis e pouco vascularizados. Poucas vezes se emprega, porque na pratica hospitalar, como tive occasião de vêr, são relativamente mais frequentes os casos complicados do que os simples e só n'estes, e mesmo assim nem em todos se faz uso d'ellê.

A *laqueação em X*, o *nó de Bantock* e o *nó de Lawson Tait* usam-se indifferentemente nos pediculos cujo maior diametro da secção ultrapasse dous centimetros.

D'estes tres ainda assim, é o *nó de Lawson Tait* que mais se emprega, não só pela sua elegancia como tambem pela sua segurança.

As vantagens que Tait, justamente apregoa são que: «ao mesmo tempo que o *nó* liga o pediculo em duas metades, estas são na realidade «comprimidas em massa e egualmente bem apertadas; e, attendendo á sua disposição mechanica, «póde desenvolver-se uma força constrictiva relativamente grande, sem perigo de laceração dos «tecidos do pediculo.»

Finalmente temos a *sutura em cadeia*, que se usa nos pediculos lamelliformes cuja linha de secção ultrapassa cinco centimetros.

Esta sutura é frequentemente usada porque a maior parte dos kystos que apparecem são, em geral, de grande desenvolvimento.

Não deixarei tambem de me referir a um processo de laqueação seguido pelo snr. dr. Souza Oliveira na enfermaria n.º 13. E' elle o seguinte:

Puxado o kysto para fóra da cavidade abdominal e pinçado o pediculo, corta-se o tumor. Seguidamente, com uma agulha de Reverdin boto-

nada, passa-se um fio de sêda n'uma das extremidades do pediculo; dá-se um nó de cirurgião; depois, aproveitando a ponta mais comprida do fio, faz-se uma sutura continua, de forma que o clampo fique comprehendido nas ansas do fio de sêda; tira-se rapidamente o clampo; puxa-se um pouco pela sêda, deslizando ao longo d'ella a massa do pediculo e dá-se seguidamente um nó de cirurgião, aproveitando a pequena ponta do primeiro nó. Para maior segurança, póde passar-se um laço em volta do coto formado.

D'esta fórma a linha de secção do pediculo é transformada, n'uma pequena superficie mais ou menos circular e de reduzido diametro, tendo a vantagem de ficar peritonisada.

Este processo de laqueação só poderá ser applicavel aos pediculos muito extensos, maleaveis e um pouco largos.

Na *hemostase* do pediculo, além das laqueações em massa que usualmente se empregam, podemos tambem usar a laqueação separada dos vasos do pediculo, seguida da peritonisação da superficie seccionada.

Na verdade, seria este um processo de primeira ordem, se não fossem algumas circumstancias inherentes ao pediculo, que restringem assás a sua applicação.

Entre essas causas, são, por sem duvida, as principaes, a *vascularisação exaggerada* e a *friabilidade das paredes vasculares*.

Portanto, a sua applicação terá successo tão só nos pediculos estreitos e pouco irrigados.

Algumas vezes emprega-se, como methodo auxiliar, nas laqueações em massa, para maior segurança.

O ponto em que deve fazer-se a secção e laqueação do pediculo merece alguma attenção.

Se o kysto que se vae operar é pequeno e não tem adherencias; se o pediculo é muito estreito e extenso, fixaremos um clampo o mais perto possivel do seu ponto d'inserção e seccionamol-o. Se-

guidamente, procederemos á laqueação com o nó de cirurgião.

A laqueação variará, como já vimos, com a fórma, largura e espessura do pediculo, mas o que deve ficar bem assente é que a sua secção será feita sempre tão longe do kysto quanto possível fôr.

Tratando-se d'um kysto com pediculo curto, a sua secção só será feita depois da laqueação estar completa.

Algumas vezes o kysto é sessil.

N'este caso teremos de proceder á descorticação do involucro externo com tesouras rombas ou com os dedos aproveitando um retalho d'este para regularisar e proteger a superficie d'implantação.

E' este o caso mais simples; mas algumas vezes as adherencias ao utero e á bacia são tão firmes que o operador se vê em serias difficuldades para as destacar.

Assim, logo que as adherencias ou o encravamento tornam a pediculisação difficil ou mesmo impossivel, importa que o operador apure todo o seu engenho e avogue toda a sua experiencia para resolver as difficuldades da melhor fórma possível, tendo sempre em vista a opinião de Lawson Tait, que diz: — «tentar a extracção d'um tumor e «não a podêr acabar é a mais grave das cousas «que póde succeder em taes circumstancias.»

Entre os cuidados que devemos ter com o pediculo, nunca esqueceremos a sua *desinfecção* após o cóрте, isto sobretudo nos casos de tumores septicos ou de natureza maligna definida.

A desinfecção póde fazer-se ou com uma' pelota embebida n'um soluto d'acido phenico ou mesmo com o thermo-cauterio.

Deve haver sempre o cuidado de analysar o estado da *trompa*. Se se encontra frouxamente adherente ao tumor ou ao pediculo, devemos descollal-a; se está intimamente adherente ou se algum foco de suppuração ha entre ella e o kysto, seccional-a-hemos com o thermo-cauterio, nunca

nos esquecendo de proteger a superficie peritoneal com guardanapos de gaze ou esponjas absorventes.

Laqueado e seccionado o pediculo, cortaremos as pontas ao fio de sêda que se empregou, não muito rentes, e abandonaremos o pediculo dentro da cavidade abdominal.

Clay de Manchester é partidario da não seccão dos fios, devendo-os portanto, conservar fóra da cavidade abdominal atravez d'uma fistula da incisão, como drenos das secreções do pediculo e para facilitar o caminho de sahida dos tecidos esphacelados.

E' porém, este um processo perigoso para a vida da doente.

Spencer Wells, ⁽¹⁾ manifesta-se contra isto, dizendo: — «Il me semble cependant que les fils doivent agir comme une sorte de setón, déterminer «l'exsudation du liquide au lieu d'en faciliter simplement l'écoulement, et compromettre le succès «des precautions antiseptiques. J'ai essayé ce procédé mais je n'ai pas tardé a l'abandoner, et quand «je veux draïsser la cavité péritonéal, je préfere «des tubes de verre.»

Uma vez destacado o tumor e sustada toda a hemorragia, quer do pediculo quer das adherencias, examinar-se-ha o estado do utero e do outro ovario. Se houver lesões apreciaveis, poder-se-hão tratar durante a mesma operação.

Antes d'entrar no assumpto da *toilette* do peritoneo, referir-me-hei rapidamente ao valor da *laqueação extra-peritoneal*.

Este processo constitue uma excepção, já pelos perigos d'infeccão peritoneal, já e talvez principalmente pela enxertia de cellulas malignas na cicatriz abdominal, obs. I e II, (extrangeira). Assim o prova a estatistica apresentada por Spencer

(1) SPENCER WELLS. *Diagnostique et traitement chirurgical des tumeurs abdominales*. Edition française, 1886, pag. 171.

Wells, em que a mortalidade em 1.000 ovariectomias foi de 57,14 por 100.

Portanto, só em casos muito particulares como o da obs. VIII, (pessoal), se applicará tal processo.

A *toilette do peritoneo* deve ser feita com uma attenção meticolosa, sem violencia, mas o mais completamente possível.

Para proceder a essa *toilette* acho preferivel o uso das esponjas artificiaes bem desinfectadas ao das compressas de gaze.

Apesar de o tecido da gaze ser molle e flexivel, não chega, com certeza, a equiparar-se ao da esponja.

Haverá o maximo cuidado em absorver os productos liquidos que se acantonam nos intersticios e depressões da cavidade abdominal.

Passar-se-ha a esponja pela superficie dos intestinos e limpar-se-ha o fundo do sacco de Douglas. Se ha elementos solidos, como coagulos, destacam-se mesmo á mão.

Se a ascite é fluida, a esponja bastará para a absorver; mas se é gelatinosa, offerece ás vezes grande difficuldade em ser retirada por completo. N'esse caso, empregaremos o excellente processo de Tait: lavar a cavidade peritoneal com uma corrente d'agua quente fervida.

Acho preferivel para essas lavagens o empregar-se uma canula de vidro.

A irrigação peritoneal deverá ser contínua e suspender-se-ha logo que o liquido que sahe venha limpido.

A lavagem peritoneal não deve usar-se em todos os casos de kystos ovaricos. Só quando haja um derrame irritante ou infectante é que, segundo a opinioã de Lawson Tait, cumpre empregar-a.

Não professa esta opinioã Fritsch, que referindo-se ao liquido infectante, assim diz: ⁽¹⁾ «Il est en

(1) FRITSCH, *Maladies des femmes*, deuxieme edit. française, 1802, pag. 453.

«tout cas faux de faire le lavage, lorsque du pus s'est epauché dans la cavité abdominalé. Ici le pus deviendrait d'abord tres dangereux, attendre, qu'on le transporterait partout.»

Sem duvida alguma que esta maneira de pensar de Fritsch é muito racional. Portanto, todas as vezes que tivermos de tratar kystos de conteudo septico, como os kystos dermoides e os kystos purulentos, sobretudo, deverá a nossa attenção redobrar.

Protegeremos o melhor possivel a cavidade peritóneal, quando praticarmos a punção e consecutivamente, se temermos alguma laceração da parede, faremos uma lavagem ao sacco kystico, com uma solução phenicada auxiliando-nos d'uma sonda de dupla corrente. E' uma medida de precaução que, a meu vêr, resultará util.

Caso que, por uma causa qualquer, uma pequena porção de pus chegue ao contacto da serosa peritoneal, o melhor será seguir o conselho de Fritsch, sem perda de tempo, *absorvel-o com uma pelota de gaze embebida em agua fervida, mas nunca friccionando a superficie peritoneal, porque d'esta fórma diminue-se-lhe o poder absorbente e estabelecer-se-hão as melhores condições para a pullulação dos microbios.*

Em casos d'esta ordem, não se procederá á lavagem, mas para prevenção, convirá drenar, depois de termos limpo o melhor possivel o ponto infectado mas com a maxima suavidade.

Não me lembra que no avultado numero de ovariectomias a que assisti, tal facto se desse; isto indica a precaução e immenso cuidado que os nossos cirurgiões empregam em taes intervenções.

Polailon parece não ser apologista das lavagens com agua quente.

Diz elle: ⁽¹⁾ «Ils peuvent provoquer l'arret de la respiration e la syncope.»

(1) POLAILLON, *Maladies des femmes*, 1901 pag. 674.

No seu tratado sita um caso d'ovariotomia seguido de morte após a lavagem do peritoneo.

Nas clinicas que tenho seguido, quer na enfermaria d'homens quer na de mulheres, nunca vi que tal succedesse.

Visto que segundo a opinião de Polaillon, durante a lavagem póde haver perigo, pela acção de contacto brusco da agua quente na visinhança do plexo solar, evitaremos isso, pondo a cama em posição inclinada e não empregando de golpe a agua quente, mas sim tepida, indo augmentando gradualmente a temperatura conforme desejarmos. Como exemplo de lavagem peritoneal, depois d'uma operação morosa, por kysto do ovario acompanhada d'ascite gelatinosa, Vej. a obs. vii, (pessoal). Terminada a *toilette* do peritoneo, procederemos á sua sutura com *catgut* fino e seguidamente á sutura em massa da pelle, tecido cellular subcutaneo, aponevrose e musculos, com pontos de crina separados.

Conveniente será dar alguns pontos superficiaes, não só como um meio de segurança mais efficaç, mas tambem porque a esthetica abdominal, sobretudo nas mulheres novas, deve ser respeitada.

Acabada a sutura fazemos o curativo da incisão abdominal. Cada cirurgião faz o penso conforme entende.

O penso deve reunir duas condições essenciaes: sêr *aseptico* e ao mesmo tempo *compressivo*.

Entre nós o mais usado é o penso de gaze esterilizada e iodoformio.

A technica da sua applicação é a seguinte: depois de a sutura estar terminada, passa-se levemente com uma pelota embebida em sublimado.

Seguidamente secca-se com gaze, e polvilha-se com iodoformio. Corta-se um rectangulo de gaze mais comprido do que a incisão e colloca-se sobre esta. Por cima de tudo isto dispõe-se uma espessa camada d'algodão hydrophilo. Terminado o penso, segura-se com uma faxa de lã, que se enrola em

volta do ventre e das costas da doente, exercendo uma pressão uniforme e constante.

Alguns cirurgiões (como Fraenkel e Breslau), accusam as faxas compressoras de favorecerem a reabsorpção dos productos da ferida. Não sei, porém, quaes as razões que os levaram a duvidar da utilidade compressiva das faxas.

Terminada a operação, a doente deverá ser transportada para o leito. Ter-se-hão alli collocado dous recipientes com agua quente, devidamente protegidos por uns envolveros de flanela e desviados um palmo dos pés da doente. Um ou dois lençoes, enrolados, collocar-se-hão por debaixo da curvatura das pernas, com o fim de conservar os membros superiores em semiflexão. A doente será convenientemente agasalhada; e uma empregada, devidamente instruida, deverá estar ao seu lado, vigiando tudo o que se passar.

O primeiro cuidado do medico após a operação será verificar o estado do pulso e do coração.

Assim, se a operação foi morosa e a doente perdeu grande quantidade de sangue, deveremos levantar-lhe o estado geral por meio de injeções de cafeina, ou sulfato de strychnina ou oleo-camphorado, como, com apreciavel resultado, costuma applicar o professor Roberto Frias, associando ou não uma injeção de sôro de 500 grammas.

Nas ovariectomias simples, n'aquellas em que a doente perde uma quantidade insignificante de sangue e em que a duração da operação não é superior a meia hora, essas evoluçoes para a cura, quasi sem intervenção do medico, ministrando-se unicamente um regimen alimentar apropriado.

Não ha necessidade de evacuar a urina á doente antes que ella o reclame. A secreção d'urina depois das operações é pouco abundante; a média nas primeiras 24 horas é de 550 a 710 grammas. O catheterismo será praticado duas vezes no primeiro dia e tres no segundo. Devera haver da parte da enfermeira ou da pessoa que vi-

gia a doente o maximo cuidado e limpeza na algaliação.

A doente deverá conservar-se deitada de costas nos primeiros oito dias que seguem a operação.

Os inglezes não são em absoluto partidarios d'esta opinião e dizem que desde o momento em que o curativo e a ligadura estão bem feitos, a doente se poderá deitar da melhor maneira possível. Não deixam de ter razão. Deverá ser proscripta a alimentação nas primeiras 24 horas. A sêde combater-se-ha, por via de regra, por meio de um pequeno clyster d'agua tepida, por via rectal. Evitar-se-ha accumular liquidos no estomago, que auxiliam e prolongam os vomitos devidos á chloroformisação.

A alimentação ao segundo dia consistirá em leite e caldos apurados. Do terceiro dia por diante a alimentação será mixta, havendo sempre o cuidado de que seja leve e substancial.

Dia a dia verificar-se-ha o estado funccional do intestino e, se ao quarto dia a doente não tiver obrado, um clyster d'agua fervida com glicerina tem suas vantagens. Se não ceder a este tratamento, ministra-se-lhe um purgante salino.

O penso será levantado ao fim de nove dias; se ha vestigios de suppuração, conveniente será cortar os pontos ao nivel do foco, procedendo depois diariamente ao curativo com agua iodada; se não ha levanta-se o penso e passados cinco dias cortam-se os pontos.

Depois de cicatriz estar libertada dos pontos, colloca-se-lhe por cima um rectangulo de gaze esterilizada e nunca se deixará d'applycar a faixa compressiva até que um cinto apropriado a venha substituir. A doente não se levanta do leito antes de prefazer 18 a 20 dias d'operada.

E' este o tratamento usado no nosso hospital nas ovariectomias simples e mesmo nas complexas quando estas evoluem para a cara sem incidente de maior.

Nas ovariectomias complexas, isto é, n'aquellas em que a operação foi muito morosa, devido á libertação de adherencias, á regularisação de superficies, etc., o clinico deverá estar de sobreaviso para um certo numero de incidentes que não são frequentes, mas que uma vez ou outra apparecem. Os principaes, cujos effeitos são para temer, são a *peritonite* e a *hemorrhagia secundaria*. Não me refiro ao *shock* e ao *collapsus*, consecutivos ás operações trabalhosas, pelo motivo de que, salvo raras excepções, são facilmente trataveis e não obscurecem em geral o prognostico da operação, como acontece com aquelles a que ha pouco me referi.

A *peritonite*, que tive occasião de vêr n'uma doente de minha observação e n'um ou n'outro caso da enfermaria 13, póde seguir uma evolução *aguda* ou *lenta*.

No primeiro caso, a symptomatologia que pude colher e pela ordem de sequencia foi a seguinte: tympanismo abdominal, leve sensação dolorosa no ventre, pequena elevação de temperatura, nauseas e vomitos porraceos, augmento das dôres abdominaes, recrudescimento da temperatura, pulso filiforme, *facies* especial da peritonite e respiração superficial precipitada e inteiramente costal e morte em adynamia completa.

No segundo caso como o da obs. III, (pessoal), o meteorismo assenta arraiaes em primeiro logar; a seguir raros vomitos, leves dôres abdominaes e uma elevação de temperatura até 38°. Este estado póde estacionar, póde mesmo diminuir por completo, mas succede uma vez ou outra que um recrudescimento brusco dos symptomas latentes, vem pôr termo fatal á doente.

A therapeutica seguida no nosso hospital para debellar tal incidente é a seguinte: para combater os vomitos, a poção de Rivière; clysteres d'agua glycerinada, gello sobre o abdomen e injeção de morphina.

Na enfermaria n.º 8, o professor Roberto Frias

segue bastante a therapeutica ingleza e mesmo americana: injeções de sulfato d'strychnina, ou de cafeina; internamente digitalina; para evacuações, clysteres therebentinados de tres em tres horas. Algumas vezes as injeções de sôro se fizeram mas sem resultado. E', por sem duvida, uma therapeutica acertada, racional, mas ainda com poucos resultados.

Greig Smith, (1) referindo-se ao tratamento da *peritonite*, diz: — «When it is evident, after two «days of this treatment, that the patient is losing «ground, that the distension encreases and the vomiting continues unabated, I believe that we ought to reopen the wound and wash out the abdomen with a stream of warm saline or antiseptic «lotion.»

Não seria mais proveitoso para a doente, intervir cirurgicamente, não digo após o primeiro inicio de manifestações symptomaticas, mas logo que ellas tomem campo?

A meu vêr, parece-me que sim.

E' este hoje um ponto que está para resolver e que talvez constituirá com a evolução dos tempos, um lenitivo salvador da vida das doentes condemnadas, por tão perigoso incidente. As grandes lavagens do sangue com sôro, não devem de fórma alguma, ser postas de parte.

Este processo de tratamento não me lembra que tenha sido feito no nosso hospital, nos casos de peritonite consecutiva á ovariectomia. Em Lisboa, porém, segundo consta dos boletins dos Hospital de S. José e annexos, tal processo tem sido empregado com relativo exito.

O segundo incidente e tambem de valor é a *hemorrhagia secundaria*.

Essa hemorrhagia póde dar-se *brusca*, ou *lentamente*. No *primeiro* caso, a syncope e um pouco d'abaulamento da cavidade abdominal levam o

(1) GREIG SMITH, *Abdominal Surgery*, fifth edit., pag. 213.

medico a crer que se trata d'uma hemorrhagia interna.

No *segundo*, não ha symptomas que pela sua intensidade chamem a attenção do clinico. Tive occasião de vêr morrer de peritonite, na enfermaria 13, uma doente operada d'um fibroma do ovario esquerdo e em que o pediculo foi laqueado com o maximo cuidado, e cuja autopsia revelou uma hemorrhagia do mesmo. Ao oitavo dia manifestaram-se-lhe os primeiros inicios de peritonite. Tratou-se pelo processo anteriormente exposto: Surgiram principios de melhoras ao decimo dia; ao undecimo a peritonite accentuou-se d'uma maneira assustadora; ao duodecimo a doente fallecia.

A meu vêr, a hemorrhagia foi-se dando lentamente, até ao momento em que a abertura completa do vaso laqueado trouxe a peritonite mortal.

Não houve n'este caso algum symptoma que revelasse a existencia da hemorrhagia. Portanto, ainda subsiste em meu pensar a ideia da abertura da cavidade abdominal logo que os symptomas se tornem constantes.

Tal processo poderia ter levado á cura a doente a que me acabo de referir.

Nos casos de hemorrhagia brusca, o processo mais conveniente é abrir a cavidade abdominal, extrahir todos os coagulos, laquear o vaso que sangra, lavar e drenar a cavidade abdominal.

Por informações que colhi do snr. dr. Maia Mendes, no pavilhão de pensionistas foi operada uma doente, cujo diagnostico era de peritonite. Não se sabia qual seria a causa nem tão pouco o seu inicio foi brusco. Fez-se a intervenção; encontrou-se peritonite, adhesiva dos intestinos, motivada pela ruptura de dous kystos suppurados do ovario. Além d'isso, a superficie externa do intestino estava bastante alterada.

Foi praticada a ovariectomia, libertadas as adherencias intestinaes, lavada a cavidade abdominal e seguidamente drenada.

A doente falleceu. Sem duvida, segundo as in-

dicações que tive, tratava-se de um caso de prognóstico fatal, e que foi operado mais por desejo da familia do que por vontade do operador.

O ponto a que eu quero chegar é o seguinte: a intervenção foi praticada, sobretudo por causa da peritonite.

A intervenção cirurgica na peritonite é hoje um dos assumptos mais importantes a resolver e que foi explanado e muito debatido no primeiro congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia que se reuniu em Bruxellas no passado mez de setembro.

Foram relatores d'esta questão Lennander, Lejars e McCosh, (de New-York).

Além dos dous incidentes a que acabo de me referir, ha tambem a temer uma vez ou outra a *obstrucção do trajecto intestinal* por uma brida do pediculo.

Não me lembro de ter visto este contratempo em casos d'ovariotomia, mas sim nos fibromyomas uterinos.

Accidentes durante a operação da ovarioto- mia; ovariotomias incompletas; ovariotomias duplas; ovariotomia conservadora.

Entre os accidentes que podem dar-se duran-
te a operação, os principaes são: *fuga dos intesti-
nos através da incisão abdominal; dissecação do
peritoneo parietal; laceração das paredes do kys-
to; lesões das visceras ôcas e solidas e, finalmen-
te, o esquecimento de corpos estranhos dentro da
cavidade abdominal.*

Todos estes accidentes de que rapidamente
vou esboçar uma succinta exposição, são mais fre-
quentes nas ovariotomias complexas do que nas
ovariotomias simples.

A *fuga dos intestinos* é um accidente que te-
nho visto acontecer, sobretudo, nos casos d'ovario-
tomia por kystos volumosos, multiloculares, para
os quaes ha necessidade de praticar uma grande
incisão na parede abdominal.

Os perigos d'este accidente são, a meu vêr, os
seguintes: a infecção do intestino, por um descui-
do qualquer e a mortificação da mucosa intestinal
por uma diminuição da irrigação, ao contacto
do ar.

Se consecutivamente á sahida dos intestinos

ha difficuldade em os introduzir na cavidade abdominal é de absoluta necessidade protegel-os com guardanapos de gaze bem quentes, até ao momento em que se introduzam.

O mais cauteloso durante a operação será conserval-os dentro do abdomen. Se a doente desperta de repente, o chloroformista deve immediatamente fazel-a cahir em anesthesia, pois assim evitará a fuga dos intestinos; mas, quando se torna impossivel fazel-a cahir rapidamente em narcose, o operador fechará a incisão ou com os dedos, ou mesmo com duas ou tres pinças quadradas de Péan.

Relativamente á disseccção do peritoneo parietal, já a ella me referi durante a explanação da technica da ovariectomia. Direi aqui, tão sómente, que tal incidente é facil de acontecer aos cirurgiões pouco experimentados. Em taes casos, logo que um retalho do peritoneo foi disseccado, mais conveniente será laqueal-o e seccional-o do que sujeital-o á mortificação,

A *laceração das paredes do kysto*, como tive occasião de ver em duas das minhas observações pessoases, na enfermaria n.º 8, e em alguns casos, na enfermaria 13, é um accidente que muitas vezes não é facil evitar. Não tem perigo na maioria dos casos, pois hoje é uma opinião quasi corrente que o liquido dos kystos é aseptico, salvo em raras excepções.

Portanto, logo que uma ruptura se dê, o cirurgião deverá pinçar com um ou dous clampos os labios da ruptura, puxando ao mesmo tempo para fora da cavidade abdominal a porção lacerada.

Se a ruptura da parede do kysto é acompanhada de abundante hemorrhagia, laquear-se-ha o pediculo o mais depressa possivel.

As *vicerias ôcas* que podem ser lesadas durante a operação, são: o *intestino* e a *beriga*, a que já n'outro ponto do meu trabalho, me referi, a *vesicula biliar* e o *uretère*.

A *vesicula biliar* rarissimas vezes é attingi-

da; mais facilmente pode ser o *uretère*, sobretudo nos tumores ovaricos sesseis, ou mesmo nos kystos para-ovaricos, ou ainda nos fibromas kysticos do ligamento largo. Assim, se se attinge a vesicula, ha necessidade de proceder á sua ablação ou ao estabelecimento d'uma fistula. Se se lesa o uretère, proceder-se-ha á *ureterocystoneotomia* ou á *fistulisação do uretère* á parede abdominal, ou estabelece-se a sua *desembocadura no recto*. A *nephrectomia* empregar-se-ha *in casis extremis*. As lesões dos órgãos solidos, como: — *figado, rim, bazo* — não são frequentes.

O perigo principal é a hemorragia, que pode ser sustada por compressão, ou pela applicação de tintura d'iodo ou do thermo-cauterio.

Corpos extranhos. — Este ponto é de grande responsabilidade. Raras vezes acontece que uma pinça ou uma pelota fique por esquecimento dentro da cavidade abdominal. Deverei dizer que não é o operador o culpado na maioria dos casos de tal esquecimento, mas sim o ajudante. Comtudo, nem por isso a responsabilidade deixa de incidir sobre o operador.

Greig Smith (1) referindo-se a este assumpto, faz a seguinte judiciosa recommendação: — «The «best preventive is the use of a definite number of «each sort of material, and counting after operation.

«.
«Time after time have skilled assistants and «nurses been found at fault; and this petty duty «like every other one, is almost forced upon the «operator. It is a good plan to make the assistant «count the items aloud in the hearing of the operator . . . etc. . . . »

Para evitar accidentes d'esta ordem, acho conveniente não fazer uso em gynecologia de tiras de gaze, como as que se costumam empregar na cli-

(1) GREIG SMITH, *Abdominal Surgery*, fifth edit. pag. 208.

nica do nosso hospital; mas preferentemente de pelotas d'algodão hydrophilo, coifadas de gaze.

Estas pelotas são dispostas, dentro d'uma aparadeira de porcellana, em series, tendo cada, um numero determinado d'ellas.

A' medida que cada pelota vae servindo, deverá haver o cuidado de a não lançar na cama das operações. Isto por dois motivos: *primeiro*, porque é desagradavel á vista ter-se as visinhanças do campo operatorio juncadas de materias que já não teem serventia para nada; *segundo*, porque um descuido póde levar o ajudante a pegar n'uma pelota já servida, para acudir a um momento de necessidade.

Não póde o cirurgião reparar em tudo, já porque tem a sua attenção concentrada na operação, já porque faz confiança no ajudante que o auxilia.

Portanto, cada pelota, servida, deverá ser lançada n'uma bacia. Antes de se principiar a sutura abdominal, devem ser contadas uma a uma.

E' esta a pratica seguida pelo eminente cirurgião americano Penrose.

Relativamente aos guardanapos de gaze, acho mais conveniente o processo que alguns cirurgiões estrangeiros seguem: antes de se principiar a intervir, 15 ou 20 guardanapos devem ter um fio de sêda de côr preso n'uma das extremidades e o comprimento d'esse fio não deverá ser inferior a 25 centímetros. Acho preferivel esta technica á da fixação de pinças aos guardanapos.

O esquecimento de pelotas ou instrumentos cirurgicos dentro da cavidade abdominal tem em geral consequencias funestas. Tive occasião de vêr em 1903, na enfermaria n.º 13, um caso d'ictericia grave manifestar-se n'uma doente operada de tumor ovarico; essa ictericia foi motivada pelo esquecimento d'um guardanapo de gaze dentro da cavidade abdominal. Poderia citar mais outros.

Deve, pois, haver o maximo cuidado na contagem de ferros e de material de penso, antes e de-

pois da intervenção. Assim evitar-se-ha um descuido que pôde reverter em perigo para a doente

©ovariotomias incompletas

Sob tal designação se comprehendem todas as ovariectomias em que a ablação completa de kysto não foi levada a termo.

Tratando da laqueação do pediculo referi-me aos casos de kystos sesséis com adherencias firmes ao utero e á pequena bacia.

Se n'estes casos a ovariectomia é incompleta, com maior força de razão o é nos em que praticamos a marzupialisação.

Quando empregamos o methodo da pediculisação d'um retalho de tumor, seguida de drenagem, ha mais probabilidades de cura, a meu vêr, do que no methodo da marzupialisação. Assim Terrier, (1) referindo-se a este assumpto, diz: — «Quando o kysto é unilocular, taes são os kystos serosos do ligamento largo e os kystos dermoides, o resultado pôde ser excellente e a cavidade do kysto acaba por encher-se completamente. «Quando o kysto é multilocular, logo que as paredes kysticas offerecem vegetações, os resultados são muito mediocres. O tumor tende incessantemente a recidivar, a fistula abdominal persiste indefinidamente; emfim a suppuração contínua expõe á septicemia chronica e ao esgotamento.» Como exemplo, vêr a obs. vi, pessoal.

Em conclusão, tanto o methodo de suppuração como o da marzupialisação (que é uma modalidade do primeiro) só devem usar-se *in extremis*.

©ovariotomias duplas

A ovariectomia dupla pratica-se todas as vezes em que ha kystos ovaricos bilateraes perfeitamente

(1) TERRIER. *Revue de chirurgie*, 1886, pag. 169.

desenvolvidos, ou quando um dos kystos é de desenvolvimento muito accentuado, emquanto que as lesões kysticas do outro ovario, á primeira vista insignificantes, fazem suspeitar um perigo para a vida da doente.

O operador, em presença d'estes casos tem de valer-se dos seus conhecimentos de anatomia pathologica, para resolver na mesma operação o que será mais conveniente fazer.

Nunca deverá deixar de considerar a idade da doente.

Se depois d'aberta a cavidade abdominal o operador vê que se trata de tumores bilateraes malignos ou d'um benigno e outro maligno, a conducta a seguir é assás hesitante.

Fritsch aconselha que, em casos de tumores suspeitos de malignos, se deve praticar a ovariectomia dupla extirpando-se ao mesmo tempo o *fundo do utero*: Outros cirurgiões recommendam a *hysterectomy abdominal sub-total*.

Ambas podem ter vantagens e ambas podem determinar seus inconvenientes.

O prognostico das ovariectomias duplas, quer por kystos malignos quer pelos não malignos, é sempre para temer. Assim o provam as estatisticas de varios cirurgiões e entre elles as de Spencer Wells (1) o qual diz: — «Entre os 1000 primeiros casos d'ovariectomia, que operei, 82 foram operadas dos dous ovarios. O numero das ovariectomias simples foi de 918 e entre as doentes d'esta categoria, 204 succumbiram, o que dá uma mortalidade de 22,2 por 100. A ovariectomia dupla, praticada nos 82 casos, foi seguida 28 vezes d'insuccesso; a mortalidade é de 34,14 por 100, havendo, pois, um augmento de 14 por 100 para mais, relativamente ás ovariectomias unilateraes.»

(1) SPENCER WELLS, *Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs abdominales*. Edit. Française, 1886, pag. 189.

Esta estatística prova bem a gravidade da operação, por kystos duplos.

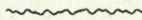
Ovariotomia conservadora

Tirar um kysto, conservando a porção do ovario que se julga sã, eis o fim da ovariotomia conservadora. Este methodo tem sido aconselhado na Allemanha, por Schröder, Martin e outros, só nos casos em que o operador reconheça macroscopicamente a natureza benigna do tumor.

Não é facil, a meu ver, deprehender, pela palpação e pela benignidade do kysto que se tirou, se o resto do tecido do ovario não estará em condições de proliferar, dando portanto uma recidiva. E' preciso que o cirurgião possua copiosos conhecimentos de anatomia pathologica para resolver tão delicado problema.

Drenagem abdominal na ovariectomia;

suas indicações; inoculação em coelhos e culturas de líquidos kísticos; drenos; técnica de drenagem; tampão de Mickulicz; suas indicações; vantagens e desvantagens.



A drenagem na ovariectomia consiste na eliminação por meio de drenos, dos líquidos contidos na cavidade peritoneal, após a intervenção.

Referindo-se á drenagem abdominal, Penrose (1) diz: — «Great diversity of practice exists among operators as to the use of drainage after celiotomy. A few use it in majority of their cases; others use it but little if at all. Much depends upon the individual methods of the operator. The operator whos is careless in his asepsis and hemostasis should use drainage oftener than he who is careful in these particulars. The advice, *When in doubt drain*, is very good; but the surgeon should strive to eliminate the element of doubt as much as possible, and to have a definitive reason for all his procedures. If drainage is not necessary, it is harmful. It necessitates more frequent dress-

(1) PENROSE, *Text-book of diseases of women*, third edition, 1900, pag. 649

«sing and disturbance of the patient, and it prevents perfect closure of the abdominal incision.»

Esta opinião de Penrose, mostra a necessidade absoluta, de cada cirurgião ser rigoroso na forma d'intervir. Traz como complemento a necessidade da presença d'espírito que todos devem possuir perante taes intervenções. Finalmente, impõe a conscienciosa reflexão perante cada caso que se nos depare.

A ovariectomia ideal seria aquella em que a ablação do tumor se concluísse sem tocar no peritoneo, nem com as mãos, nem com qualquer material de penso, nem tão pouco introduzindo dreno. Seria esta, com certeza, que de mortalidade daria uma percentagem minima, talvez zero, nas grandes estatísticas que fosse possível reunir.

Infelizmente não succede assim. A maioria dos casos necessita, direi antes, obriga bem contra nossa vontade, á exposição ao ar, da cavidade abdominal, durante o tempo mais ou menos longo da intervenção; impõe uma *toilette* minuciosa do peritoneo, que, apesar de ser praticada com o máximo cuidado, não deixa de ser um traumatismo ligeiro sobre a superficie da serosa peritoneal. Estas necessidades obrigatorias e correntes, associadas a alguns accidentes que possam succeder durante a intervenção e mesmo algumas particularidades inherentes a cada caso, obrigam a ter á mão o dreno e dão os 11 por 100 d'insuccessos que a maior parte das estatísticas estrangeiras accusam.

Não drenar após a intervenção da ovariectomia, eis o grande *desideratum*.

Da drenagem na ovariectomia escreve Paul Segond: (1) — «Le drainage est un pis aller dont il faut, autant que possible, restreindre l'usage.»

Vejamos, pois, quaes são as indicações da drenagem na ovariectomia:

(1) PAUL SEGOND, *Traité de Chirurgie, Duplay et Reclus*. Tom. VIII, pag. 676.

A presença de grande quantidade de *liquido ascitico*, a de *sangue* ou a de *conteudo kystico* dentro da cavidade peritoneal, constituem as principaes indicações. Não deveremos esquecer os casos d'ovariotomia incompleta e muito principalmente os de pediculisação do tumor á parede abdominal. As indicações expostas imporão em absoluto a drenagem?

A meu vêr, parece-me que não.

A *ascite* que acompanha os *kystos ovaricos* é produzida ou pela irritação *mechanica* do peritoneo, á custa dos movimentos do tumor, ou pela irritação *chimica*, á custa de pequenas porções de *conteudo kystico* derramado na sua superficie ou pela compressão de vasos de certa importancia.

Após a extracção do tumor e n'estas circumstancias, não me parece que esteja indicada a drenagem, pois foi supprimida aliás a causa da producção da *ascite*.

A presença de *sangue* dentro da cavidade abdominal tem de ser examinada com cuidado. O *sangue* póde provir ou d'uma *hemorrhagia* que houve durante a operação, ou da *laceração* das adherencias existentes entre o *kysto* e as dependencias da pequena bacia.

No *primeiro* caso, se a operação correu *ascepticamente*, devem remover todos os *coagulos sanguineos*, o melhor possivel; se necessario fôr, praticaremos uma lavagem e faremos a *toilette* do peritoneo.

Na *segunda* hypothese, trata-se d'uma superficie que sangra. Procurar-se-ha sustar a *hemorrhagia*: *primeiro*, pela compressão com pelotas ou guardanapos de gaze, embebidos em agua quente e bem expremidos; *segundo*, se a superficie é limitada, pelo *thermo-cauterio*, que poderá ser util; se a superficie é extensa, a *tamponagem* de *Mikulicz* está indicada.

O derrame dentro da cavidade abdominal, do *conteudo kystico*, seja qual fôr a sua natureza, indicará a drenagem? - Parece-me bem que não.

Depois do estudo experimental iniciado por Quenu em 1888 e continuado por Auché e Chavanaz (de Bordeus), n'estes ultimos annos, com o fito de determinar a existencia de microbios no liquido dos kystos ovaricos, e o seu poder toxico, tudo leva a crêr que a existencia de microbios deve ser posta de parte. Exceptuam-sê os kystos suppurados e mesmo os dermoides. Portanto, parece concluir-se que a ruptura d'um kysto proligero dentro da cavidade abdominal não obriga a drenagem, antes impõe o methodo de Lawson Tait (lavagem peritoneal) seguida de *toilette* do peritoneo ou só a *toilette* do peritoneo.

Prestam auxilio a esta minha asserção: a leitura de 22 observações apresentadas na these de Fossard ⁽¹⁾ «Rupturas dos kystos do ovario»; a pratica seguida nas enfermarias 8, 13 e 14 e o quadro numerico que apresento a seguir, representando as ovariectomias e drenagens por kystos d'ovario, realisadas desde 1901 a 30 de setembro de 1905 nas enfermarias 8, 9, 13 e 14; e, finalmente tres experiencias que realisei em coelhos no Laboratorio de bacteriologia do Porto.

ENFERMIARIAS	ANNOS							
	1901 a 1902		1902 a 1903		1903 a 1904		1904 a 1905	
	Ovario- tomias	Drena- gem	Ovario- tomias	Drena- gem	Ovario- tomias	Drena- gem	Ovario- tomias	Drena- gem
8	2	—	1	1	—	—	6	3
9	1	—	—	—	—	—	—	—
13	3	—	3	—	6	—	5	—
14	5	—	3	—	3	—	2	2

(1) FOSSARD, *Rupture spontanée des kystes de l'ovaire*. The-
se de Paris, 1901.

Durante o tempo que segui as clínicas das enfermarias de gynecologia rariíssimas vezes vi empregar a drenagem. Algumas vezes vi o extravasamento d'uma grande quantidade de liquido kystico, ser seguido de *toilette* do peritoneo. Nunca observei n'esses doentes *manifestações post-operatorias* que se relacionassem com o derrame de taes liquidos dentro da cavidade peritoneal.

Portanto, o ponto essencial consistirá em seguir, durante a operação, uma technica acertada e escrupulosa.

Nos casos de kystos suppurados ou dermoides deveremos redobrar d'attenção protegendo, tanto quanto o nós possamos fazer a cavidade abdominal.

Em conclusão, a drenagem por derrame do conteúdo kystico deve fazer-se sobretudo nos casos de kystos suppurados, ou dermoides, ou ainda nos casos de mortificação e laceração do pediculo.

A drenagem é de absoluta necessidade nas ovariectomias incompletas.

Poderemos indicar como de necessidade imprescindível de drenar os casos de libertação e descorticação de grandes porções d'intestino.

A drenagem, se tem vantagens, eliminando os liquidos intra-abdominaes, possui, em contraste, os seus inconvenientes, taes como: *diminuição de resistencia ao nivel da cicatriz abdominal*, favorecendo *eventrações*; o *perigo da peritonite* por um *descuido do penso*; e a creação d'um *locus minoris resistentiae*, que serve de porta d'entrada a *doenças intercorrentes*, ás vezes de grande gravidade, como o *tetano*, obs. 1, (pessoal).

**Inoculação de líquidos kysticos em coelhos.
Culturas; resultados**

Lendo a these de Fossard ⁽¹⁾, sobre *rupturas espontaneas dos kystos ovaricos*, deparei a pag. 44, com algumas conclusões a que chegaram Auché e Chavannaz (de Bordeus), depois dos seus estudos experimentaes sobre a existencia de microbios nos líquidos kysticos e sobre o seu poder toxico.

Das dez conclusões obtidas por Auché e Chavannaz, tomei para base das minhas tres observações a primeira, que relata o seguinte: *na ausencia de suppuração, o conteúdo dos kystos proliferos do ovario e dos kystos para-ovaricos é absolutamente aseptico, mesmo quando haja adherencias ao intestino ou torsão do pediculo.*

Movido pela curiosidade de investigar pessoalmente a veracidade de tal conclusão, aproveitei os líquidos kysticos das doentes das obs. vi, vii e viii e submetti-os a uma analyse apropriada.

Como já disse, procedi ao estudo bacteriologico dos líquidos dos kystos ovaricos mais por curiosidade do que com o fim de tirar uma conclusão segura. Não me faltava a vontade de querer conseguir isso, mas a falta de tempo e a exiguidade de casos a contar de junho até esta data obrigaram-me a proceder assim.

Vou passar a expôr resumidamente qual a technica seguida por mim para o pequeno ensaio analytico dos líquidos kysticos.

Doente R... Pinho, enfermaria n.º 13. Operada a 1 de setembro, obs. vi, (pessoal).

Após a punção do tumor recolhi asepticamente em tubos esterilizados o liquido kystico que

(1) FOSSARD, *Rupture spontanée des kystes de l'ovaire.* These de Paris, 1901.

era amarello citrino, turvo e com exsudato inflammatorios em suspensão.

No Laboratorio de Bacteriologia do Porto, debaixo da direcção do prof. Souza Junior, procedi em primeiro logar ao exame directo.

Fiz quatro preparações em laminas de vidro, corando-as respectivamente com o azul de Roux e pelo methodo de Gram. *Resultados negativos.*

Seguidamente procedi ás culturas do liquido kystico em *caldo* e *agar*. Passadas 48 horas não havia colonias. Passadas 36 idem. *Resultado negativo.*

Pratiquei *inoculações intra-peritoneaes* em dois coelhos. Accusavam respectivamente o peso 1200 e de 1250 grammas. Ao primeiro injectei 25 cc. de liquido kystico ao segundo 30. As temperaturas rectaes variaram entre 39,4 e 39,8 para o primeiro e 39,3 e 39,8 para o segundo. Coelhos vivos. *Resultados negativos.*

Procedendo ao exame microscopico do *sedimento*, observei a presença de numerosos globulos de pus e ausencia de microbios.

Conclusão: o *liquido do kysto ovarico da doente da obs. vi, era esteril, apesar de haver conexões da parede do kysto com as ansas intestinaes.*

Doente A... Coutinho, enfermaria n.º 14. Operada a 7 de setembro, obs. vii, (pessoal).

Procedi á colheita do liquido kystico nas mesmas condições que na observação anterior.

O liquido extrahido era muito viscoso e d'aspecto leitoso. Em todos os saccos kysticos de que o tumor se compunha havia a cambianté do liquido leitoso opaco até ao leitoso transparente.

Segundo as indicações do prof. Souza Junior, procedi a um methodo de analyse mais completo do que o da observação anterior.

Como no caso anterior, comecei por fazer preparações directas. Fiz quatro preparações, que co-rei com Roux e Gram. *Resultados negativos.*

Procedi a culturas em *caldo, agar, sôro e meio de Kieffer*, para a investigação de microbios *aerobios*. Quarenta e oito horas depois de collocadas na estufa não davam colonias. Trinta e seis horas depois, idem.

O meio de Kieffer foi empregado não só por ser muito rico em substancias organicas, mas porque ha microbios que se cultivam melhor n'este meio do que em outro qualquer.

Pratiquei as culturas nos mesmos meios anteriores, com o fim d'investigar microbios *anaerobios*. Para isso, depois das culturas feitas, foram collocadas dentro d'uma campanula de vidro, pela qual se fez passar uma corrente d'hydrogenio.

Os *resultados* foram *negativos*.

Procedi, finalmente, á inoculação de 60 cc. do liquido kystico no peritoneo d'um coelho, cujo peso era de 1170 grammas. A temperatura rectal minima foi de 39,3; a maxima de 39,8. Coelho vivo. *Resultados negativos*.

Conclusão: o liquido kystico da doente da obs. VII era esteril.

Doente A... de Jesus, enfermaria n.º 13. Operada a 9 de setembro, obs. VIII, (pessoal).

Segui egual technica na colheita do liquido. Este era muito purulento, espesso, de côr branco-esverdeado e cheiro fetido.

Segui a mesma ordem d'analyse como no caso anterior.

O exame directo pelo azul de Roux e pelo Gram revelou numerosos *bacillos* de tamanho regular, apparecendo alguns, cujas extremidades se accentuavam mais córadas. Não tomavam o Gram. Este exame revelou, portanto, existencia de *bacillos*, cuja identidade não pôde ser reconhecida.

Fiz culturas *aerobias* do liquido kystico em *caldo, agar, sôro e Kieffer*. Quarenta e oito horas depois da cultura não havia colonias. Trinta e seis horas depois, idem.

Culturas *anaerobias* nos mesmos meios deram resultados negativos.

Pratiquei identicamente, como nos casos anteriores, a *inoculação intra-peritoneal*, n'um coelho.

Resolvi injectar 50 cc. do liquido n'um coelho de 1620 grammas de peso. Por um defeito de funcionamento da seringa, não se lhe puderam injectar os 50 cc. e quando muito penetrariam 7 cc. do liquido.

Este coelho ficou em observação.

Praticou-se a citada injeção em outro, de peso de 1250 grammas.

Passadas 16 horas, tinha morrido.

A inoculação foi praticada no dia 9; a morte deu-se no dia 10 e a autopsia só foi realisada na tarde de 11. Deverei confessar que os resultados d'esta autopsia não são seguros, pelo facto de ter sido feita um pouco tarde.

A' autopsia verifiquei existir ainda dentro da cavidade abdominal grande quantidade de liquido inoculado. Não havia peritonite. Os rins e o fígado estavam congestionados. Havia um pouco d'edêma extra-cardiaco. Ainda assim, e com pouca confiança no resultado, fiz culturas directas do sangue do coração em *sôro*, *agar* e *Kieffer*. Quarenta e oito horas depois haviam pequenas *colonias*, que, verificadas ao microscopico, revelaram o mesmo bacillo encontrado no exame directo do pus.

As preparações directas, do liquido abdominal e do sangue do coração, revelaram a existencia do mesmo bacillo.

A morte do coelho foi produzida por uma *bacteriemia*.

A identificação do bacillo era impossivel, visto as culturas desenvolverem-se muito mal.

De 11 para 12 o primeiro coelho injectado, mostrou-se tristonho, morrendo ás 11 horas da manhã do dia 12. Procedi immediatamente á autopsia, que revelou o seguinte: *edêma subcutaneo*, de toda a parede abdominal. Aberta a cavidade peritoneal, encontrei abundante derra-

me, *filante*, levemente tinto de sangue, mas com alguma transparencia. Notei mais *peritonite* generalizada, rins congestionados, figado idem e baço muitissimo reduzido de volume.

Procedi seguidamente á abertura da cavidade thoracica, que revelou o seguinte: *derrame* extra-pulmonar com os mesmos caracteres que os da cavidade peritoneal e pulmões muito congestionados. Verifiquei tambem *edêma* e *exsudatos* extra-cardiacos e coração muito congestionado.

Procedi a preparações directas do exsudato da parede abdominal, do derrame do peritoneo, das bridas intestinaes, do derrame extra-pulmonar e do sangue do coração. Pratiquei seguidamente culturas, do derrame peritoneal e do sangue do coração, em *caldo*, *agar*, *Kieffer* e *sôro*. Passadas 48 horas, notei *colonias isoladas* de fórma circular, de pequeno diametro e de côr branco mate.

O exame directo revelou novamente o mesmo bacillo. O exame das culturas idem. O cheiro fetido do liquido purulento, a forma das colonias e a morphologia do bacillo fizeram suspeitar a existencia do *coli-bacillo*.

Procedi, pois, á cultura em *batata*, das colonias, obtidas por cultura de sangue do coração em sôro; seguidamente cultivei em *leite*; fiz as reacções da *glucose* e *lactose* e do *sôro de leite* côrado com *Neutral-roth*.

Na batata deu *estrias amarellas* e a massa da batata tornou-se *acastanhada*. Coagulou o leite. Fermentou a glucose e transformou a côr vermelho vinosa do *Neutral-roth* em *efflorescencia esverdeada*, com fermentação. As culturas em caldo, exalavam um cheiro fetido.

Chegou-se á identificação do *coli-bacillo*.

Em conclusão; o *liquido kystico ovarico* era *microbiano* e *continha unicamente* o *coli-bacillo*.

Não deve perder-se de vista que a face posterior do kysto d'onde se extrahiu o liquido estava intimamente adherente á face anterior das ansas intestinaes. Como já o frizei, conclusões cabaes

d'este limitado numero d'observações, é impossivel deduzil-as; mas nem por isso o tempo foi inteiramente perdido, porquanto ellas constituem mais um certificado das conclusões a que chegaram os auctores que tem dedicado o seu tempo e a sua profunda observação a estudos semelhantes.

A *primeira* analyse concorda com a opinião d'alguns auctores, que asseguram que o liquido purulento dos kystos ovaricos é, na maioria dos casos, esteril.

A *segunda*, concorda com a conclusão de Auché e Chavannaz, já exposta, e mesmo com a opinião de Mangold, ou seja que o liquido kystico muito viscoso é um meio assaz improprio para a cultura dos microbios.

A *terceira* concorda com a opinião sobre as infecções transparietaes, isto é, infecções effectuadas pela contiguidade de tecido normal ou pathologico (adherencia).

Drenos

A drenagem da cavidade peritoneal após a ovariectomia póde ser realisada ou por drenos de vidro ou pelos de gaze. Com os drenos de vidro a eliminação do liquido é favorecida pela pressão intra-abdominal. Com os de gaze por capillaridade.

Os tubos de vidro empregados para a drenagem são os de Keith e os de Koeberlé.

Antes do emprego da gaze como meio de drenagem, Kehrer propôz o uso das mechas d'algodão, com um centimetro de espessura.

Após a memoria de Kehrer, o uso das mechas phenicadas ou iodoformadas acclimou-se na Alemanha, quer na gynecologia quer na cirurgia abdominal.

Billroth empregou-as durante muito tempo, mas, por fim, deu a preferencia á gaze iodoformada. Gersury proclama a superioridade absorvente da mecha. Todavia, operadores de valôr (como

Hegar e Mickulicz), declaram que o poder absorvente da gaze é perfeito.

Na cirurgia abdominal, a gaze que, de preferencia, se deve usar é a esterilizada e não a iodoformada.

Durante bastante tempo esteve em voga a drenagem tubular. Não era com certeza esse um methodo perfeito. Mais tarde a introdução d'algodão em rama, das mechas e da gaze, como meios absorventes, vieram aperfeiçoar muitissimo o methodo primitivo.

A technica de drenagem com o tubo de Keith é a seguinte: o tubo, depois de convenientemente desinfectado com um soluto d'acido phenico ou de sublimado, é lavado em agua fervida bem quente; deixa-se arrefecer e introduz-se na parte inferior da incisão abdominal, de fórma que a extremidade do tubo munida d'orificios fique em relação com o fundo do sacco de Douglas. Devo evitar-se sempre o deixar uma fistula maior do que o diametro do tubo. Intruduzido o tubo de Keith dentro da cavidade abdominal, enche-se a sua cavidade com uma torcida de gaze esterilizada, de fórma que a ponta da gaze ultrapasse a extremidade do tubo. Procede-se em seguida a um curativo apropriado. Acho grande conveniencia em que a sua technica seja a seguinte:— um rectangulo de gaze iodoformada, tendo uma abertura para o dreno, collocar-se-ha sobre a incisão abdominal; por cima e excedendo em tamanho a gaze, collocaremos um rectangulo de tecido de *caoutchouc*, tendo sido previamente desinfectado, e apresentando igualmente uma abertura na parte inferior. Seguidamente, disporêmos por cima da extremidade extra-abdominal do tubo um pouco d'algodão em rama, que se encarregará d'absorver, por seu turno, os productos liquidos, conduzidos pelo tubo e pela gaze.

O exito d'esta drenagem está, por sem duvida, filiado na boa asepsia com que forem praticados os curativos. Do que escripto fica, deprehen-

de-se, pois, que nunca entregaremos ás mãos de uma enfermeira, doentes com drenagem da cavidade abdominal.

O numero de curativos por dia, variará, conforme a quantidade do liquido extrahido e a conservação do tubo variará nas mesmas circunstancias.

Quando não haja tubo de vidro, um de *caoutchouc* sufficientemente largo, póde prefazer as mesmas indicações.

A technica da drenagem com a gaze é proxivamente a mesma, como quando se emprega o tubo Keith.

Tampão Mickulicz

Mickulicz foi o primeiro que introduziu na Allemanha o processo de tamponagem do peritонеo, auxiliando-se para isso, d'um *tampão-dreno* de sua invenção.

A confecção do tampão Mickulicz realisa-se da seguinte fórma: corta-se em quadrado um guardanapo de gaze; fixa-se-lhe no centro um fio de sêda grosso e bem aseptico; com a gaze assim preparada, faz-se uma especie de bolsa, dentro da qual se introduzem, desde duas até cinco tiras de gaze esterilizada, da largura de um centimetro e meio a dous centimetros cada uma. As tiras de gaze excedem em comprimento o envolucro externo. Prompto assim o dreno, collocar-se-ha sobre a superficie peritoneal, no logar que desejemos, antes que a sutura abdominal esteja completa. Como regra, a fistula abdominal para o dreno deverá ser mais larga do que a espessúra do mesmo, por causa da retracção dos tecidos.

Convem sempre empregar n'este tampão a gaze esterilizada e não iodoformada.

Como boa technica, convem collocar no centro do tampão um tubo de *caoutchouc*, para assegurar a drenagem nos casos de retenção de liquido muito espesso.

A disposição do curativo depois da introdução do *tampão-dreno* é a mesma que se emprega no tubo de Keith.

Como proceder no proprio dia da applicação do dreno e nos seguintes?

A nossa orientação será guiada pela maior ou menor abundancia de liquido exsudado.

Se o liquido que sahe é em pequena quantidade, não se deverão substituir as tiras de gaze antes de passarem 48 horas depois da operação.

Se o liquido exsudado é, porém, em grande quantidade, acho conveniente seguir technica identica á do tubo de Keith: mudança de 4 em 4 horas das tiras de gaze e sua substituição por novas tiras. O involucro externo conserva-se sempre em cada curativo que se faz.

A cada mudança das tiras de gaze corresponde, sem duvida alguma, um novo penso abdominal.

A asepsia n'estes curativos deve ser muito rigorosa, pois o bom successo do *tampão dreno* depende unica e simplesmente, d'ella. A remoção total do dreno de Mickuliez não deverá ser feita antes de 4 ou 5 dias immediatos á ovariectomia.

A meu ver, só deverá tirar-se passadas 48 horas, quando a exsudação haja parado durante as 12 primeiras horas consecutivas á operação.

A technica da extracção deve ser a seguinte: começar-se-ha por tirar as tiras de gaze, que estão situadas n'um plano superior, seguir-se-lhe-hão as mais inferiormente collocadas. Por ultimo, procede-se á extracção do involucro, com o maximo cuidado.

Nunca se deverá empregar para auxilio da sua extracção a agua fervida cahindo gotta a gotta sobre o dreno. Quando haja difficuldade na separação das tiras de gaze, humedeceremos muito levemente a entrada da fistula, no fito de as separar mais facilmente.

**Haverá vantagens do tubo de Keith sobre o
tampão-dreno de Mickulicz?**

Ha, sem duvida alguma.

1.º Com o tubo de vidro a certeza da asepsia é mais segura.

2.º A superficie lisa do tubo evita adherencias.

3.º A drenagem é perfeita, quer com os liquidos fluidos quer com os espessos.

4.º A renovação da torcida de gaze e limpeza do tubo é muito mais simples do que no *tampão-dreno* de Mickulicz.

5.º A infecção, por uma demora ou descuido do curativo, não é possível.

6.º A cicatriz fecha-se rapidamente e em regra não suppura.

7.º As eventrações são rarissimas.

Com o *tampão-dreno* de Mickulicz dá-se precisamente o contrario e ha ainda o perigo da laceração d'adherencias, que podem ser ponto de partida para a morte da doente.

Como justificação do que acabo de dizer, a minha obs. III, (pessoal), é prova cabal, pois que reputo, como causa indirecta da morte d'essa doente, o dreno de Mickulicz. Não foi theoreticamente que cheguei a esta conclusão, mas sim pelos dados da autopsia.

Não fico por aqui: A morte da doente da obs. I, (pessoal), filio-a tambem indirectamente no dreno de Mickulicz. Essa doente, como consta da propria observação, morreu de tetano.

Qual foi a porta d'entrada do agente?

Para mim, foi a fistula.

Algumas vezes produzem-se suppurações de longa duração na fistula abdominal. Como exemplo, tenho a obs. II, (pessoal), em que a fistula durou 40 dias, apezar do curativo ser feito com o maximo cuidado.

Estas minhas referencias um pouco desfavoraveis não significam que eu proscruva inteira-

mente o *tampão-dreno* Mickulicz da pratica gynecologica nem tão pouco da cirurgia abdominal; tendem antes a demonstrar que o seu uso deve ser bastante restricto.

Não o acho util nos kystos ovaricos pediculados, e prefiro-lhe sempre o tubo de Keith.

O processo de drenagem pelo tubo de Keith é usado ainda entre nós pelo prof. Azevedo Maia, no Hospital de Santa Maria e pelo dr. Franchini, no Hospital da Misericordia do Porto e na Casa de Saude.

Referindo-me á drenagem com o tubo de Keith, não posso deixar de lamentar, a falta de cuidado que ha no Hospital da Misericordia do Porto, em ter o seu *arsenal cirurgico* bem fornecido, de instrumentos e materiaes cirurgicos de primeira necessidade, que a cada passo faltam.

Sendo preciso, para a doente da obs. vii, (pessoal), um tubo de Keith, como o caso reclamava, a requisição feita pelo clinico ao arsenal não foi satisfeita, por alli não existir tão simples e indispensavel objecto.

Bom seria para proveito das doentes, que a substituição de verdadeiras *reliquias instrumentaes* que por lá existem se fizesse por instrumentos uteis.

Mas, oh eterno desleixo!

O *tampão-dreno* de Mickulicz, empregado pelo digno professor de Clinica Cirurgica, dr. Roberto Frias, acho-o preferivel nos casos de kystos sesseis, que tragam como consequencia grandes perdas de substancia na superficie peritoneal produzindo hemorragias *en nappe*, muito difficeis de sustar.

Mas, a meu vêr, para evitar as hemorragias intra-abdominaes e outros perigos produzidos pela dilaceração das adherencias da peritonite plastica aseptica que envolve o dreno, achava conveniente envolver este n'uma bainha de *caoutchouc*. Evitar-se-ha o perigo das adherencias e a remoção será tão facil e tão suave como com o tubo de vidro.

Penrose, (1) referindo-se ao dreno de gaze, diz o seguinte: — «One objection to the gauze drain is the difficulty of removal. Lymph-processes and granulations penetrate the interstices of the gauze, and often rend its removal very difficult. The surgeon fears to use too much force in attempts at withdrawal, because an adherent loop of intestine or the omentum may be pulled out of place or damaged, or the lymph-wall of the drainage-tract may become opened and expose the general peritoneum to infection. To avoid this difficulty the writer has for some time employed a drain made by surrounding the gauze bag with a ordinary rubber condom the end of which has been cut open. With this arrangement the surgeon may feel certain that there are no adhesions except at the end of the drain. Such drain may be removed as easily as the glass tube.»

E' muito racional o seu modo de pensar e muito util a sua fórma de proceder.

Em França o *tampão-dreno* Mickulicz foi introduzido por Pozzi, que tem sido um forte propagandista do processo.

Se ha, sem duvida, quem elogie a sua grande utilidade, ha tambem quem lh'a negue.

Assim Quenu, (2) referindo-se ao elogio feito por Routier, á drenagem Mickulicz, diz o seguinte: — «Sou completamente contrario a este processo de drenagem, que considero um *do mal o menos*, applicavel a um pequeno numero de casos. Não têm razão de ser a applicação de gaze senão quando se precise fazer compressão sobre uma superficie que sangra, e quando não se possa sustar essa hemorragia por outra qualquer fórma, o que é muito excepcional.

«Este penso infecta-se facilmente, obriga a

(1) PENROSE, *Text-book of diseases of women*, 1900 pag. 468.

(2) *Bulletins de la société de chirurgie de Paris*, anno de 1900 pag. 370 e 371.

«manter uma parede abdominal muito aberta e, finalmente, ponto capital, **drena mal.**

«Quando se queira assegurar o escoamento dos liquidos, recorre-se aos tubos de *caoutchouc*, bem tolerados pelo ventre e que drenam bem. «Não lhes conheço inconvenientes. Devem-se tirar ao fim de 36 ou 48 horas. O orificio abdominal «tapa-se facilmente e não se infecta.»

O uso do tampão Mickulicz ainda não está acclimado em todos os centros de cirurgia. Assim, predomina com longa applicação na Allemanha e França; na Inglaterra e na America o seu uso é restricto. Em conclusão, a drenagem deve ser usada o menor numero de vezes possivel.

E' esta a opinião de Spencer Welles. O prognostico dos casos drenados é sempre reservado.

Prova bem isto a seguinte mortalidade obtida por Weyder na Allemanha. Assim, em 84 casos seguidos de tamponagem teve 25 mortes ou seja 29 por 100.

Schweizer, na sua these sobre a drenagem da cavidade abdominal após as laparotomias, diz: (1) «Que uma vez os oito primeiros dias passados, os doentes ainda não estão isentos de perigo pois podem declarar-se complicações tardivas; taes como: formação d'exsudatos na pequena bacia, retenção de secreções, lesões das paredes intestinaes modificadas pelo contacto de corpo extranho, obstrucção intestinal e fistulas urinarias, etc.»

Não é destituído de fundamento este parecer de Schweizer.

(1) R. SCHWEIZER, *Beitrag zur Drainage der Bauchhohle im Auschlusse an Laparotomien.*

These de Zurich 1903.

Transcripção de A. Gottschalk.

Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale, S. Pozzi, 1905, pag. 362 e 363.

Conclusões

1.º A punção precedendo a ovariectomia não tem razão de ser.

2.º Salvo restricções especiaes, no caso de kysto coexistindo com a prenhez, a ovariectomia será a regra, a punção a excepção.

3.º Sempre que seja possível, deve-se fazer a peritonisação dos bordos da secção do pediculo.

4.º A coexistencia de lesões micro-kysticas d'um ovario com o kysto ovarico, n'uma doente com idade superior a 45 annos, impõe a exclusão d'esse ovario.

5.º Parece-me que os symptomas agudos de peritonite dois dias depois da ovariectomia, devem reclamar lavagem sanguinea e peritoneal com soro e drenagem da cavidade abdominal com o dreno cigarro, (*cigarette drain*).

6.º A drenagem na ovariectomia constituirá uma excepção.

BIBLIOGRAPHIA

(Lista das principaes obras que consultei)

- GREIG SMITH — *Abdominal Surgery*, fifth edition, vol. i. London, 1896.
- CHARLES PENROSE — *Text-book of Diseases of Women*, third edition, revised. London, 1900.
- SPENCER WELLS — *Diagnostic et Traitement Chirurgical des Tumeurs Abdominales*, edition française publiée avec le concours du Dr. J. Keser. Paris, 1886.
- SAMUEL POZZI — *Traité de Gynécologie*, troisieme edition. Paris, 1897.
- DUPLAY & RECLUS — *Traité de Chirurgie*, vol. VIII. Paris.
- H. FRITSCH — *Maladies des Femmes*, deuxieme edition française par J. Stas. Paris, 1902.
- POLLAILON — *Maladie des Femmes*. Paris, 1901.
- DENTU & DELBET — *Traité de Chirurgie clinique et opératoire*, vol. x (2.^a parte). Paris, 1901.
- J. L. FAURE — *Chirurgie des annexes de l'uterus*. Paris, 1902.
- Treizieme Congress de Chirurgie*. Paris, 1899.
- Bulletins de la Societé de Chirurgie de Paris*. 1900.
- HENRI FOSSARD — *Rupture spontanée des kystes de l'ovaire*
These de Paris, 1901.
- P. TILLAUX — *Traité de Chirurgie Clinique*, cinquieme edition, vol. II. Paris, 1900.
- SAMUEL POZZI — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale*, tom. IX. Paris, 1905.
- RIBEMONT-DESSAIGNES & LEPAGE — *Précis d'Obstétrique*, sixieme edition. Paris, 1904.
- CHALOT — *Traité élémentaire de Chirurgie et de Médecine opératoires*, 4.^e edition. Paris, 1900.
- MAXIMIANO LEMOS JUNIOR — *Anuario dos progressos de Medicina em Portugal*, 2.^o anno 1884. Porto, 1885.
- A Medicina Contemporanea*, vol. VII. Lisboa, 1889.

PROPOSIÇÕES

Anatomia. — E' mais exacta a designação de nervo sapheno peroneo do que nervo accessorio do sapheno externo.

Histologia. — Não é inscientifico admittir-se a geração espontanea.

Physiologia. — A menor porção de ovario são deixado após as ovariectomias totaes é sufficiente para conservar o estímulo da menstruação.

Anatomia topographica. — A situação do appendice vermicular, na parte latero-interna do *coecum*, favorece as adherencias em muitos dos casos de kystos ovaricos.

Pathologia geral. — Na acção que as influencias constitucionaes exercem sobre o processo local é que devemos procurar as indicações do tratamento.

Anatomia pathologica. — A anatomia pathologica póde ser um auxiliar do diagnostico, mas nunca a base.

Materia medica. — Muitos dos especificos e novidades medicas que apparecem constituem, não um progresso da sciencia, mas antes uma anarchia.

Pathologia externa. — São incompletos todos os diagnosticos das metrites que se não façam acompanhar da hysteroscopia rigorosa de toda a mucosa uterina.

Operações. — A distenção da bexiga, como tempo preliminar da talha hypogastrica, nem sempre é possivel.

Pathologia Interna. — As lavagens combinadas, do sangue, estomago e intestinos, constituem um bom tratamento do mal de Bright.

Hygiene. — Mal vae ao clinico que espera o resultado d'um diagnostico bacteriologico do cholera, para resolver das medidas a tomar.

Partos. — A bacteriologia até hoje tem sido impotente para determinar o agente etiologico da febre puerpural.

Medicina legal. — Considero um crime a ablação d'um ovario são.

Porto, 3-10-905.

Visto.

A. Placido da Costa.

Póde imprimir-se.

O DIRECTOR,

Moraes Caldas.

Por lapso imprimiu-se Mickulicz em vez de Mikulicz.

ERRATAS

- Pag. xxix — Ephraim McDowel em logar de Ephraim Mc-Dowel
» 18 — 6 de Dezembro em logar de 6 de Novembro.
» 19, 22, 26, 99 125 — Marsupialisação em logar de marzupialisação.
» 24 — Hypogastro em logar de hypograsto.
» 25, 57 — Simile em logar de simili.
E nas fotogravuras — » » » » »