

N.º 44

N.º 411

FERNANDO J. D'ALMEIDA

A HYSTERECTOMIA VAGINAL

NO TRATAMENTO DAS
INFLAMMAÇÕES DO UTERO E ANNEXOS

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCÓLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO
IMPRENSA PORTUGUEZA
Rua do Bomjardim, 181

1892

65/4. EMC

Apr 16

Per Post

Man, Plaid

Cont, Lake

W ~~2~~ long

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR O ILL.^{mo} E EX.^{mo} SR.

VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO O ILL.^{mo} E EX.^{mo} SR.

RICARDO D'ALMEIDA JORGE



CORPO CATHEDRATICO

LENTEs CATHEDRATICOS

OS ILL.^{mos} E EX.^{mos} SRS.

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva e geral | João Pereira Dias Lebre. |
| 2. ^a Cadeira—Physiologia | Vicente Urbino de Freitas. |
| 3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica | Dr. José Carlos Lopes. |
| 4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa | Antonio J. de Moraes Caldas. |
| 5. ^a Cadeira—Medicina operatoria | Pedro Augusto Dias. |
| 6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos | Dr. Agostinho A. do Souto. |
| 7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna | Antonio d'Oliveira Monteiro. |
| 8. ^a Cadeira—Clinica medica | Antonio d'Azevedo Maia. |
| 9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica | Eduardo Pereira Pimenta. |
| 10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica | Augusto H. Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia | Manoel Rodrigues Silva Pinto. |
| 12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica. | Illidio Ayres Pereira do Valle. |
| Pharmacia | Vagó. |

LENTEs JUBILADOS

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| Secção medica | José d'Andrade Gramaxo. |
| Secção cirurgica | Visconde de Oliveira. |

LENTEs SUBSTITUTOS

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

LENTE DEMONSTRADOR

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| Secção cirurgica | Roberto B. do Rosario Frias. |
|----------------------------|------------------------------|

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

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

À MEMORIA

DE

MEU QUERIDO PAE

.....
L'heure sonne, j'écoute... O regrets!... O douleurs!...
Quand cette heure eut sonné, je n'avais plus de père.
On retenait mes pas loin du lit funéraire;
On me disait:— Il dort,— et je versais des pleurs.
.....

.....
J'irai d'une modeste fleur
Orner ta tombe respectée.
Et sur la pierre, encore de larmes humectée
Redire ce chant de douleur.
.....

MILLEVOYE.

A MINHA EXTREMOSA MÃE

*Dans le cœur d'une mère, oh! oui, la vie est double
Elle voit l'avenir plein de jour et d'espoir
Du front de ses enfants rayonner sur son soir.*

LAMARTINE.

A MEU IRMÃO JOSÉ

É muito o que por mim tem
feito e por isso mesmo enorme
a minha gratidão.

A MINHAS IRMÃS

A MEUS IRMÃOS

A MINHAS CUNHADAS

D. Virginia d'Almeida

D. Maria Liberata d'Almeida

A MEU CUNHADO

Alfredo Diogo da Silva

A MEUS SOBRINHOS

AOS MEUS INTIMOS

Laureano de Brito Junior
José Vieira Pinto dos Reis
Carlos Rios
Bernardo José Borges
Abel Brandão

AOS MEUS COMPANHEIROS DE CASA

AOS MEUS AMIGOS

E EM ESPECIAL

Dr. Francisco Reis Santos
Dr. Bernardino Moreira da Silva
Dr. João Correia de Paiva
P.^e Ricardo José da Maia e Costa
Custodio Martins Henriques
Antonio Francisco de Souza
Antonio Emygdio Correia d'Oliveira
Antonio Ferreira Marques
Abel de Senna Raposo
José de Bastos
Ruy da Costa Ferreira
Francisco R. da Silva Pinto
Raymundo Martins

Aos meus condiscipulos

AO ILL.^{MO} E EX.^{MO} SR.

DR. ARTHUR CARDOSO PEREIRA

AO MEU AMIGO

ALBERTO BRANDÃO LEITE PEREIRA CARDOSO DE MENEZES

E A SUAS EX.^{MAS} IRMÃS E IRMÃOS

AO ILL.^{MO} E EX.^{MO} SR.

DR. FRANCISCO DE PAULA SANTOS

E SUA EX.^{MA} FAMILIA

AO ILL.^{MO} E EX.^{MO} SR.

DR. PAULO MARCELLINO DIAS DE FREITAS

À MEMORIA

DE

ANTONIO LOPES DUARTE

SAUDADE E GRATIDÃO

AO ILLUSTRE CORPO DOCENTE

DA

Escola Medico-Cirurgica do Porto

AO MEU ILLUSTRE PROFESSOR

O EX.^{mo} SR. DR.

ANTONIO DE AZEVEDO MAIA

gr.

O mais humilde dos seus discipu-
los e o mais sincero dos seus admira-
dores.

AO MEU PRESIDENTE

O EX.^{mo} SR.

DR. MANOEL RODRIGUES DA SILVA PINTO

Desde Lawson Tait que a laparotomia domina por completo a cirurgia gynecologica, caminhando sempre de triumpho em triumpho no meio de enthusiasticas acclamações dos gynecologistas de todos os paizes, até que, com a iniciativa de Pean se apresenta, defrontando-se com ella, a hysterectomia vaginal procurando embargar-lhe o passo e roubar-lhe os triumphos.

Qual das duas vencerá?

Não é chegado ainda o momento de resolver a contenda, pois que o novo methodo apenas tem dado os seus primeiros passos, é ainda pequeno o numero dos seus combates e restricta a lista dos seus adeptos. Estamos, porém, convencidos de que o futuro lhe reserva os mais brilhantes successos.

Inscrevendo-nos no numero dos seus partidarios, fomos levado a isso pelo nosso enthusiasmo de novos por tudo o que é novo e pelos

magníficos resultados que observamos nos casos operados pelo nosso ex.^{mo} professor, dr. Azevedo Maia.

Não nos passa sequer pelo espirito a lembrança de que o nosso trabalho possa influir no resultado da lucta, nem é esse o nosso fim; mas simplesmente cumprir uma obrigação, que nos é imposta para terminarmos o nosso curso.

Somos o primeiro a reconhecer as deficiências d'este trabalho; mas estamos certo de que o illustrado jury ha de tomar em consideração o pouco tempo de que dispozemos, em virtude das numerosissimas obrigações escolares do quinto anno e das difficuldades com que lucta quem pela primeira vez tem de elaborar um trabalho d'esta natureza.

Esboço historico e pathogenico

A hysterectomia vaginal tem passado por todas as vicissitudes, no seu já longo caminho através da cirurgia.

Condemnada em absoluto por muitos, conservou sempre alguns partidarios fieis que teem luctado dia a dia para a levantar do limbo onde fôra lançada ao dar os primeiros passos no campo da cirurgia.

Praticada pela primeira vez em 1680 só muito mais tarde, em 1822, foi repetida por Sauter, em 1828 por Blandell, em Inglaterra, e por Recamier em França.

A primeira hysterectomia vaginal total praticada em França foi seguida de cura, mas esta tentativa feliz foi logo seguida de dois reveses.

Roux por conselho de Recamier praticou duas vezes esta operação que foi seguida da morte das doentes. Estes dois reveses desacreditaram a operação a tal ponto que nem os cirurgiões mais illustres e os mais arrojados ousavam fazel-a ou aconselhal-a.

Siebold em 1831, Kister de Krassan em 1848 publicaram cada um o seu caso de hysterectomia; Holscher, Banner e Lizars praticaram igualmente esta operação sem resultado; mas todas estas tentativas para introduzir a hysterectomia total na pratica cirurgica, eram sempre infructiferas, porque das 17 operadas até esta época, em casos de carcinoma uterino, 14 morreram dentro dos primeiros quatro dias que seguiram á operação, e as outras morreram tambem pouco tempo depois com recidivas.

As descobertas successivas da anesthesia cirurgica e dos methodos antisepticos deram um forte impulso aos progressos da cirurgia; e fizeram nascer uma audacia cirurgica que todos os dias é justificada pelos mais brilhantes resultados.

Esta brilhante renascença da cirurgia espalhou os seus beneficios á pratica de operações, que eram consideradas como as mais graves e em cujo numero estava incluída a hysterectomia vaginal total; hoje esta operação está elevada á dignidade de operação curativa por excellencia do cancro do utero por grande numero de cirurgiões que alguns annos antes eram os seus mais intransigentes adversarios.

Não param, porém, aqui os seus triumphos.

Percorrendo os tratados mais modernos e completos de gynecologia, raro é o capitulo de pathologia do utero e seus annexos em que não vejamos uma indicação da hysterectomia vaginal.

Em 1890 Pean n'uma memoria apresentada no congresso de Berlim, proclama a hysterectomia vaginal o melhor methodo para o tratamento das suppurações pelvicas, apresentando ao mesmo tempo um novo processo operatorio.

Logo depois Segond, que, como todos os outros cirurgiões francezes, recebera com profunda desconfiança as affirmações de Pean, tendo visto este operar uma doente em condições as mais desfavoraveis, e surprehendido com o resultado obtido, tornou-se um dos mais fieis apostolos da doutrina de Pean.

Além de Segond, outros illustres cirurgiões francezes teem feito a applicação do novo methodo ao tratamento das suppurações pelvicas.

Actualmente Pean não limita a applicação do seu methodo ao tratamento cirurgico d'essas suppurações, mas estende-o ao de todas as phlegmazias do utero e annexos para as quaes a laparotomia era até agora considerada como methodo unico.

Em Portugal o iniciador do novo methodo foi sem duvida, o illustre professor da Escola Medica do Porto, o ex.^{mo} sr. dr. Antonio d'Azevedo Maia.

Este notavel operador, que é sem contestação o mais distincto gynecologista portuguez, n'uma recente viagem a Paris viu Pean praticar o seu methodo e no seu regresso a Portugal começou elle proprio a pratical-o.

Não podem ser mais brilhantes os resulta-

dos da sua tentativa, pois que em todos os casos operados, em numero de 13, não teve um unico fatal.

É de resto perfeitamente racional e justificavel a applicação do methodo de Pean ao tratamento cirurgico d'estas affecções.

Com effeito: as inflammações do utero são inquestionavelmente a origem mais commum das inflammações dos annexos; e são tão intimas as ligações d'estas partes, que difficilmente se comprehende a inflammação isolada de cada uma d'ellas.

Para bem se comprehender a estreita solidariiedade do utero e das trompas é preciso lembrar que a sua origem embryonaria é commum.

Ao fim do segundo mez da vida intra-uterina, os canaes de Müller fundem-se inferiormente para formar o utero e a vagina, emquanto que em cima ficam distinctos e constituem as trompas.

Estas não são, portanto, na realidade senão o prolongamento dos cornos uterinos: ha continuidade entre as suas diversas tunicas, d'onde resulta a possibilidade d'uma salpingite ascendente consecutiva á metrite.

O ovario ligado á trompa pelo ligamento tubo-ovarico e em contacto quasi immediato com o seu pavilhão, póde do mesmo modo ser infectado por propagação.

Além d'isso estes orgãos estão ligados por connexões vasculares e lymphaticas importan-

tes que veem completar as relações anatomicas já de si tão estreitas.

Assim póde dizer-se que não ha ovarite sem salpingite, e salpingite sem metrite.

É claro que no começo a affecção póde ficar limitada ao utero e trompa, mas desde que o processo phlegmasico se estende e reveste um certo character de gravidade o ovario é atacado.

Ouçamos o que a este respeito diz Pozzi:

«Poderá existir uma ovarite primitiva, lesão inicial e original ligada ás perturbações da menstruação, aos excessos venerios, independente de qualquer infecção ou lesão anterior do utero e das trompas? O facto parece-me absolutamente duvidoso.

Eu não creio que exista exemplo bem certo de ovarite propriamente dita, sem endometrite e salpingite anterior; na verdade uma ou outra d'essas phases póde ter sido ultrapassada sem deixar vestigios anatomicos duradouros; mas reconhecer-se-ha com o estudo dos antecedentes.»

Limitamos esta parte a estas ligeiras considerações que são as que mais particularmente nos interessam para o nosso ponto de vista.

Tratamento — A Laparotomia e a Hysterectomia

Entramos agora no principal objectivo do nosso estudo: demonstrada a existencia d'uma lesão dos annexos do utero e resolvida a sua ablação qual o methodo a empregar?

Claro é que temos de nos resolver ou pelo methodo antigo, a laparotomia, ou pelo novo methodo a hysterectomia.

O methodo de Pean para o tratamento das inflammações dos annexos do utero, tem sido objecto de longas e interessantes discussões na Sociedade de Cirurgia de Paris, e dividiu os cirurgiões francezes em tres grupos.

Para uns este methodo é applicavel a todos os casos até agora operados por laparotomia, e ainda a outros que por laparotomia eram absolutamente inoperaveis: outros condemnam a hysterectomia em absoluto e proclamam a laparotomia como unico methodo a empregar-se: ha ainda o terceiro que acceta o methodo de Pean, mas só em casos especiaes e muito restrictos.

Não nos propomos n'este nosso trabalho seguir essa longa discussão e que está, por assim dizer, apenas iniciada; limitamo-nos simplesmente a mostrar as razões da nossa preferencia pelo novo methodo, razões colhidas principalmente no estudo dos differentes casos que observamos.

A castração utero-ovarica por via vaginal deve ser preferida, segundo o nosso modo de ver, á castração ovarica por laparotomia, por quatro razões principaes: 1.º a operação é menos grave; 2.º produz curas mais perfectas e mais duradouras; 3.º evita todos os inconvenientes d'uma cicatriz supra-pubica; 4.º não condemna as operadas a trazer continuamente um collete abdominal.

Sob o ponto de vista do prognostico nas nossas observações, temos, em 13 casos operados, 11 curas e 2 em via de cura.

Devemos mencionar que o prognostico operatorio da ablação dos annexos por laparotomia por nós observada no decurso do corrente anno lectivo na enfermaria de clinica medica, é o melhor possivel, pois que em todos os casos operados não houve um mau successo.

Onde está pois a superioridade, que apontamos, da hysterectomia?

Está exactamente nos casos mais graves; n'aquelles em que os annexos, sepultados no meio de exsudactos organisados, teem contrahido longas adherencias com os intestinos, epiploon, etc.

N'estas circumstancias a intervenção por laparotomia, em que o operador caminha ao acaso, sem nada ver nem poder distinguir, expunha a doente a todos os graves inconvenientes da ruptura d'essas adherencias e do derrame de pus na cavidade peritoneal.

Pelo contrario, praticando a hysterectomia, o cirurgião pôde perfeitamente orientar-se, nada cortando nem nada destruindo sem primeiro se certificar do estado das diversas partes; e se as adherencias forem de tal ordem que tornem perigosa a ablação dos annexos, deixa-os ficar guardando assim uma zona de respeito juxta-visceral, pois que a sua permanencia em nada prejudica o bom resultado da operação.

Ha ainda uma circumstancia digna de menção e que particularmente me impressionou: o estado das doentes apoz a operação.

Observamos que em seguida a uma laparotomia as operadas apresentavam um *facies* extremamente deprimido, vomitavam repetidas vezes durante os dois primeiros dias e ás vezes mais tempo, estavam muitissimo agitadas queixando-se a cada instante de dôres no ventre, e da fexa que as aperta.

Pelo contrario apoz uma hysterectomia, a doente apresenta uma physionomia serena, está socegada e tranquila, e em todas as operadas apenas duas tiveram ligeiros vomitos no primeiro dia.

A unica coisa que as incommoda é a presença das pinças hemostaticas na vagina, mas,

tiradas estas, cessam todos os soffrimentos e a convalescença decorre extremamente suave.

O segundo ponto que nos propomos demonstrar é que a castração utero-ovarica produz curas mais perfectas e mais duradouras.

Desde ha muito, que, aos cirurgiões que praticam a ablação dos annexos do utero por laparotomia, tem impressionado o facto das suas operadas, passado algum tempo, continuarem a soffrer.

Nós mesmo observamos um facto d'este genero no caso da observação V.

Qual será pois a causa d'estes factos? Evidentemente é a presença do utero doente.

Pois não é elle o principal foco gerador das lesões dos annexos, e que mais tarde as entretém ou as reanima?

Este facto é reconhecido, e desde então é natural pensar que a hysterectomia é a operação que dá melhores garantias de cura completa.

Entretanto temos de fazer uma distincção: quando a natureza das lesões permite a ablação total do utero e dos annexos, e o facto é frequente, a perfeição do resultado não póde ser contestada: quando porém a extensão das lesões se oppõe á ablação completa dos annexos, a superioridade do resultado operatorio é menos evidente, mas entretanto facil de provar.

Mas se na ultima hypothese os resultados da hysterectomia não são tão completos, menos o são os da laparotomia, pois que além de restos mais ou menos importantes de trompas

ou de ovarios retidos por adherencias, fica tambem o utero, origem quasi sempre de todo o mal.

E de resto para a hysterectomia todos os inconvenientes desaparecem com a atrophia dos annexos, que é muito mais segura e completa que a do utero.

Poderão parecer banaes as outras razões da nossa preferencia pelo methodo de Pean, mas vamos mostrar que o não são.

É nas classes inferiores da sociedade que as influencias etiologicas da inflammação do utero e seus annexos principalmente exercem a sua acção.

Será n'estes casos sem importancia a existencia d'uma cicatriz supra-pubica? Evidentemente não é, pois que a mulher é obrigada pelas necessidades da existencia a entregar-se a trabalhos rudes e por vezes demasiado pesados para as suas forças, e a presença da cicatriz colloca-a a cada passo no perigo d'uma even-tração.

Este inconveniente remedeia-se pelo uso do cinto abdominal, mas este difficultando-lhe os movimentos e impedindo-lhe mesmo alguns, a mulher abandona-o com a maior facilidade, sem poder avaliar o perigo a que se expõe.

Taes são as principaes razões que nos parecem militar em favor da operação preconizada por Pean, e que nos levaram á conclusão de que nos casos de lesões bilateraes dos annexos do utero deve preferir-se a hysterectomia vaginal á laparotomia.

Technica da operação

Cuidados preliminares.—As regras da antiseptia a mais rigorosa devem ser observadas pelo operador e ajudantes: as mãos serão bem lavadas, primeiro com agua quente, sabão e escova e em seguida com uma solução antiseptica.

Esponjas do volume d'uma noz grande em numero de vinte, pouco mais ou menos, e cuidadosamente lavadas n'uma solução de sublimado a 1/000, serão montadas em cabos apropriados de madeira ou metal, collocadas n'uma bacia tornada aseptica e cobertas com um panno egualmente aseptico.

Os instrumentos necessarios á operação serão collocados em uma ou mais bacias e ahi submettidos á acção do calor produzido pela combustão d'uma certa quantidade d'alcool que se lança nas bacias, e em seguida mergulhados n'uma solução quente d'acido phenico.

Esses instrumentos são: quatro affastadores Pean; pinças hemostaticas longas; pinças he-

mostaticas curtas; pinças medianas de queixos compridos; pinças grandes de queixos compridos; pinças de Museux de duas ou tres dimensões; sonda canula comprida; tenaculos de dois dentes; *bisturi* comprido; thesouras compridas, recta e curva.

Operação. — Seria impossivel dar uma descripção applicavel a todos os casos, porque cada caso póde apresentar circumstancias particulares que fazem variar a conducta do operador.

Faremos uma descripção applicavel a um caso simples em que os annexos e o utero não estão adherentes e este se deixa abaixar sem difficuldade. Apresentaremos em seguida algumas modificações do processo operatorio, applicaveis aos casos em que o utero não se abaixa facilmente.

Os ajudantes em numero de seis serão distribuidos do modo seguinte: um é encarregado da chloroformisação; o segundo munido d'um afastador largo e d'outro estreito colloca-se á esquerda da paciente entre a perna direita dobrada e a esquerda estendida; o terceiro egualmente munido de dois afastadores Pean colloca-se á direita; o quarto levanta e sustenta a perna direita; o quinto esponja o campo operatorio e o sexto entrega e recebe do operador os instrumentos necessarios á operação.

Chloroformisada a doente, rapados á navelha os grandes labios e parte do pubis e feita a asepsia da vagina, vulva e partes visinhas, col-

loca-se a paciente no decubtio lateral esquerdo com o membro inferior direito dobrado sobre o peito e o esquerdo estendido.

O operador colloca-se em frente da vagina e faz abaixar ou levantar a meza d'operações de modo que a bacia da doente fique, estando elle sentado, pouco mais ou menos á altura do seu peito.

Em seguida os ajudantes abrem a vulva com os afastadores e o operador applica uma pinça Museux em cada labio do focinho de tenca.

Abaixado o collo tanto quanto possivel, faz sobre elle uma incisão circular, logo acima das pinças, que deve interessar toda a espessura da mucosa. Em seguida com uma espatula ou, muito melhor, com o pollegar vae arregaçando a manga talhada, especialmente adeante, contra a bexiga, e atraz, contra o recto.

N'este momento da operação é necessario muito cuidado para que não succeda descollar-se a mucosa vaginal da bexiga, ficando a camada muscular pegada ao collo, o que poderia produzir uma lesão dos ureteres e mesmo da bexiga.

Feito o descollamento externo adeante e atraz do collo, cada ajudante colloca o seu afastador estreito no limite anterior e posterior do descollamento vesico-uterino e o operador applica a primeira pinça com pontaria aos ligamentos largos, uma de cada lado, cortando entre ella e o utero.

Em seguida continúa o descollamento adean-

te e atraz, auxiliando-se prudentemente da thesoura, e applica novas pinças aos ligamentos largos por dentro das primeiras, cortando do mesmo modo e assim por deante até entrar na cavidade peritoneal, tanto pelo fundo do sacco anterior como pelo posterior.

Vimos o ex.^{mo} sr. dr. Azevedo Maia abai-xar sempre o utero (nos poucos casos em que este orgão pôde ser extrahido inteiro) por deante, pratica que, sendo opposta á dos auctores classicos, tem a grande vantagem de premunir efficaamente contra a possibilidade de ruptura d'ureteres e bexiga.

Feita a ablação do utero segue-se a dos annexos que, na nossa hypothese, não tem difficuldades.

Os ajudantes tem de conservar as pinças empregadas em systemas ou grupos segundo a funcção de cada uma de modo a evitar a confusão, aliaz facil quando nos ultimos tempos da operação ha grande numero d'estes instrumentos na cavidade peritoneo-vaginal.

Bem assegurada a hemostase faz-se uma abundante lavagem com solução quente de sublimado, enxuga-se bem a região operatoria, colloca-se um tampão de gaze afflorando ao limite peritoneal do campo operatorio e almofada-se muito bem a vagina com pequenas esponjas embebidas em etheroleo d'iodoformio e com tiras de gaze iodoformada, de modo a evitar o contacto do feixe de pinças residentes com a vagina.

Colloca-se uma sonda molle na bexiga e applica-se finalmente uma dupla espiga de veri-lha sobre algodão. N'esta descripção nós partimos da hypothese d'um caso simples em que o utero se póde abaixar sem difficuldade.

Mas quando o utero está situado muito em cima e fixo solidamente por adherencias, o cirurgião tem de modificar o seu modo de proceder e recorrer á fragmentação do orgão para fazer a sua ablação completa.

Nos primeiros tempos as manobras são as mesmas; depois da applicação das primeiras pinças aos ligamentos largos correspondentes ao segmento do utero accessivel é que se procede á fragmentação.

O segmento do utero libertado pela secção parcial dos ligamentos largos divide-se em duas valvulas que se cortam uma apoz a outra, depois de se ter applicado uma pinça Museux na base de cada uma d'ellas.

Um primeiro segmento do utero é tirado d'este modo e repetindo as mesmas manobras para a porção restante do corpo uterino pratica-se pouco a pouco a ablação total do orgão sem perda de sangue e vendo-se sempre o que se faz. Esta ultima asserção é perfeitamente exacta e póde mesmo dizer-se que a primeira condição para se praticar a fragmentação com toda a segurança consiste em nunca pinçar ou ressecar uma porção de tecido sem se ter nitidamente visto a região sobre a qual se vão applicar as pinças ou dirigir o instrumento cortante.

Os dois artificios operatorios que permitem obrar d'este modo, são d'uma parte, o uso dos afastadores, e d'outra a divisão do utero em duas valvulas. Os afastadores bem manobrados dão ao campo operatorio dimensões inesperadas protegendo ao mesmo tempo efficazmente todos os orgãos que é necessario respeitar.

Quanto á divisão do utero em duas valvulas que se ressecam separadamente, tem por effeito facilitar o abaixamento do orgão e de permittir muitas vezes a mobilisação de partes que pareciam completamente inatingiveis.

Tirado o utero vamos ver como devemos proceder com relação aos annexos.

Quando os ovarios e trompas não estão muito adherentes e cedem á tracção das pinças sob as vistas do operador devem ser tirados, assegurando-se sempre a sua hemostase com as pinças proprias.

Mas quando as adherencias são mais solidas e se receia provocar uma ruptura visceral, o operador deve-os deixar ficar, ou contentar-se em fazer a ablação d'alguma porção mais accessivel e não adherente.

Para terminar esta parte damos em seguida algumas indicações que devem ser seguidas depois da operação.

As pinças hemostaticas só devem ser tiradas ao fim de quarenta e oito horas. Comquanto n'alguns dos casos por nós observados ellas se tirassem ao fim de 36 horas e se verificasse que a hemostase era completa, julga-

mos que a primeira indicação deve prevalecer, como mais prudente.

Na ocasião em que se tiram as pinças são igualmente retiradas as esponjas e gaze iodoformada que forram a vagina bem como o pequeno tampão que se tinha introduzido no limite peritoneal do campo operatorio.

Em seguida enxuga-se bem o campo operatorio com algodão phenicado, e introduz-se na vagina iodoformio em pó e um tampão de gaze iodoformada; está feito o penso.

Este é renovado, com mais ou menos frequencia segundo as necessidades de cada caso e é precedido d'uma irrigação vaginal com solução quente de sublimado.

Deve conservar-se por alguns dias uma sonda molle na bexiga, onde devem ser feitas algumas lavagens antisepticas.

Taes são nos seus traços mais essenciaes, o processo operatorio e os preceitos a seguir antes e depois da operação, tal como os colhemos na pratica operatoria do nosso professor de clinica medica.

Observação I (1)

Pachi-metro-salpingo-ovarite. Hysterectomia vaginal seguida da ablação dos annexos do utero. Cura.

F., de 38 annos, casada, occupando-se no serviço de casa, natural de Frazão, concelho de Paços de Ferreira, de constituição fraca e de temperamento lymphatico, entrou para a enfermaria de clinica medica, no hospital de Santo Antonio do Porto, no dia 20 de fevereiro de 1892.

Antecedentes hereditarios.—O pae tem tido sempre boa saude e ainda é vivo. A mãe foi

(1) Os exames macroscopicos e microscopicos das peças das nossas observações foram feitos no laboratorio d'histologia e bacteriologia da nossa escola.

Como o estudo histologico das metrites fará objecto especial da these d'um nosso contemporaneo, mencionamos só as lesões histologicas mais necessarias para se fazer uma ideia geral do aspecto das preparações. Puzemos completamente de parte o exame macro e microscopico dos annexos porque se encarregou de o fazer, na sua these sobre *Ovarites*, o nosso discipulo Aguiar Cardoso.

Por motivos ponderosos não foi possivel fazer o exame histologico das peças da observação IV; as preparações não eram aproveitaveis e faltou-nos o tempo para fazer outras. O leitor que tenha interesse n'isto, póde examinal-as, dentro em pouco, no laboratorio d'histologia e bacteriologia, onde ficarão archivadas como de costume. Nem todos os exames histologicos foram feitos regularmente no corpo e collo, por causa da fragmentação operatoria.

Não me foi possivel obter as peças das duas ultimas observações, por pertencerem á clinica particular do ex.^{mo} sr. dr. Azevedo Maia e por isso não se fizeram os respectivos exames macro e microscopicos.

sempre saudavel; morreu antes de attingir 50 annos, de doença que não pude precisar. Na linha collateral boas referencias.

Antecedentes pessoas e historia da doença.

— Em creança teve sarampo e variola. Menstruada pela primeira vez aos 13 annos continuou a sel-o regularmente até aos 18, e o seu periodo menstrual era de 8 dias.

Dos 18 para os 19 annos a duração dos catamenios reduziu-se a 3 dias: por vezes suspendiam-se ao terceiro dia, recomeçando em seguida, e suspendendo-se definitivamente um ou dois dias depois.

Durante o periodo menstrual sentia dôres fortes na cabeça, lombos e ventre. Casada aos 30 annos, teve um anno depois o seu primeiro parto, — natural e de tempo, seguindo-se, com intervallo d'um anno, mais tres partos todos naturaes e de tempo. Ha cerca d'um anno a doente teve uma hemorragia uterina abundante, sobrevindo-lhe — passadas algumas semanas — um ataque de peritonite pelvica com dôres intoleraveis, febre, vomitos e pollakiuria dolorosa. Ataques analogos repetiram-se principalmente a proposito da menstruação, e a doente tornou-se tão valetudinaria que — ha seis mezes — está de cama. Alguns dias antes de entrar para o hospital reconheceu que não podia mover a perna direita, porque qualquer movimento que tentasse fazer causava-lhe dôres intoleraveis. O medico por quem foi examinada, mandou-lhe fazer uso de irrigações ute-

rinas adstringentes. Como não melhorasse resolveu vir para o hospital, onde ficou como pensionista de terceira classe.

Estado actual. — Ligeiro movimento febril; pulso muito frequente; anorexia; dor lombocrural direita permanente e leucorrhêa. O membro inferior direito está em flexão sobre a bacia, como se houvesse ankylose em tal attitude. Na região inguinal direita uma adenite suppurada.

Exame physico. — O exame pelvico bi-manual revela uma verdadeira pachi-metro-salpingo-ovarite: utero e annexos constituem uma massa dura, irregular e muito sensível á pressão; apenas é possível reconhecer que o utero conservou a sua attitude de ante-flexão. De resto os fundos de sacco sem a menor elasticidade.

Operação. — A 6 de março o ex.^{mo} sr. professor dr. Azevedo Maia, praticou a hysterectomia vaginal total com ablação dos annexos do utero. Tiradas as pinças no fim de 48 horas. Convalescença sem complicações. Sahiu completamente curada no dia 1 de abril.

Exame macroscopico do utero. — O utero sahiu em fragmentos e por isso não se pôde fazer uma descripção macroscopica exacta. O fragmento que vamos descrever, forma o corpo do utero. O collo sahiu em dois fragmentos. O corpo do utero tem um comprimento de 0^m,055; uma grande parte da face antero-superior desapareceu em virtude da fragmentação, e vê-se

portanto largamente a cavidade uterina que é muito rugosa. A face posterior é menos ecchymosada que a anterior e tem saliências e depressões consideráveis.

Exame microscópico.—A superfície interna da mucosa do corpo é formada de tecido embryonario, formando gomos mais ou menos salientes.

Quasi nenhum fundo de sacco se acha intacto; a grande maioria é completamente vazia de cellulas e quando estas ainda existem, sempre alteradas, acham-se destacadas da parede. A camada de cellulas chatas desapareceu e o tecido embryonario do estroma salienta-se algumas vezes nas cavidades glandulares.

A infiltração embryonaria estende-se até á parede muscular.

Observação II

Retro-flexão uterina adherente. Hysterectomia vaginal, seguida de ablação dos annexos. Cura.

F., de 30 annos, solteira, serviçal, natural de Armamar, entrou para a enfermaria de clinica medica no dia 11 de março de 1892.

Teve sarampo em creança; aos 23 annos soffreu durante um mez de febres intermitentes. Foi menstruada pela primeira vez aos 15 annos, continuando a sel-o periodicamente até aos 18, idade em que gravidou pela primeira

vez. O parto foi natural e de tempo. Aos 25 annos gravidou pela segunda vez, e no fim de 9 mezes teve um parto natural. Desde esta epoca as visitas catameniaes são de tres em tres semanas.

Historia da doença.—Ha pouco mais d'um mez, antes da sua entrada para o hospital, na occasião em que levantou uma vasilha pesada, tendo apoiado esta sobre o ventre, sentiu uma dôr violenta na região iliaca direita: este facto deu-se em periodo menstrual. Na primeira visita catamenial, apoz este incidente, o escoamento sanguineo foi muito abundante, durou 8 dias, e acompanhou-se de dôr na região iliaca direita, fixa, por vezes lancinante e seguida a miudo de arrepios. Além d'isto a doente ficou sentindo uma sensação de peso constante no perineo, e a defecação difficil e dolorosa.

Estado actual.—A doente apresenta os symptomas acima mencionados, dôres lombo-cruaes e metrorrhagias.

Exame physico.—Retro-flexão muito consideravel e adherente do utero. É impossivel achar os annexos pela palpação vagino-abdominal. O toque rectal combinado com o hypogastrico patenteia no limite da exploração pelo dedo uma parte muito sensivel á pressão, mas não se lhe pôde precisar os caracteres objectivos.

Operação.—A 20 de março o ex.^{mo} sr. dr. Azevedo Maia praticou a hysterectomia vaginal, seguida da ablação dos annexos.

Tiradas as pinças no fim de 48 horas. Quatro dias depois, na occasião em que se renovou o penso, verificou-se a existencia d'uma fistula vesico-vaginal, devida á pressão exercida por uma pinça sobre a bexiga.

Em virtude d'este incidente, a doente ainda se acha na enfermaria; mas a fistula tem diminuido consideravelmente, e crêmos que dentro em pouco estará completamente fechada. Dos soffrimentos que motivaram a operação a doente está completamente curada.

Exame macroscopico do utero. — O utero tem de comprimento 0^m,08, de largura maxima na parte superior 0^m,055 e de largura minima na extremidade inferior 0^m,035 approximadamente. A face anterior é muito irregular, e apresenta nos dois terços superiores largas manchas echymoticas. A face posterior é de tal maneira incurvada que fórma quasi um angulo recto ao nivel da extremidade superior. Esta face é muito mais lisa que a anterior — especialmente nos dois terços superiores. Tanto n'esta face, como na anterior, ha vestigios de adherencias que são mais accentuados n'esta ultima.

Exame microscopico. — Os tubos glandulares, ao nivel da superficie interna, estão de tal forma desfigurados que seria difficil reconhecê-los se não houvesse ainda, em alguns raros pontos, o epithelio cylindrico. Ao nivel da superficie externa, isto é, ao nivel da reunião da mucosa com a muculosa, as lesões são menos

accentuadas: o epithelio conserva-se em quasi todos os fundos de saccos, não obstante se achar destacado do estroma; logo acima d'estes fundos de sacco ha cavidades glandulares, muito irregulares e sem epithelio.

Observação III

Retro-flexão uterina adherente e degeneração kystica dos ovarios. Hysterectomia vaginal com ablação dos annexos do utero. Cura.

F., de 31 annos, solteira, serviçal, natural de Amarante, de constituição fraca e temperamento mixto, entrou para o hospital de Santo Antonio (enfermaria de clinica medica) no dia 5 de março de 1892.

Antecedentes hereditarios.—O pae soffre d'uma dyspepsia; a mãe, de constituição fraca, e bastante nervosa, é pouco saudavel. Tem um irmão e quatro irmãs—todos saudaveis—excepto a mais nova d'estas que frequentemente se queixa de dôres no peito e é muito fraca.

Antecedentes pessoas e historia da doença.
—Teve sarampo em criança e sezões aos 12 annos. Foi menstruada pela primeira vez aos 17 annos, e andando ainda assistida foi lavar roupa—suspendendo-se então o fluxo menstrual. Em seguida teve um periodo de amenorrhea que durou 7 mezes; no fim d'este tempo appareceu-lhe de novo a menstruação, mas

muito irregular e acompanhada d'um mal estar geral indefinivel.

Gravidou pela primeira vez aos 23 annos, e dois mezes depois teve um aborto. Aos 25 annos gravidou de novo, sendo o parto prematuro, bastante accidentado e precedido de grande hemorrhagia. Aos 27 annos—terceira gravidez—dando á luz, passados seis mezes, um feto morto, após um parto muito laborioso.

Desde então tem padecido muito, soffrendo de dôres continuas—no hypogastro e regiões iliacas—com irradiações para as regiões ileo-lombares. Estas dôres exacerbavam pela pressão e impossibilitavam-a de andar.

Tinha, além d'isso, um corrimento intenso, —sanguineo-purulento, que por vezes se exagerava, sendo então acompanhado de nauseas, vomitos e ás vezes de arrepios. Durante a defecação havia dôr com tenesmo.

Estado actual. — Leucorrhœa intensa, dôr após a micção, dôres lombo-cruraes e dysmenorrhœa.

Exame pelvico. — Retro-flexão uterina com fortes adherencias. Pelo toque combinado recto-abdominal encontram-se ambos os ovarios que estão extremamente sensiveis á pressão, a ponto tal que a doente entra em grandes gritos e convulsões mal se lhes toca.

Operação. — A 25 de março foi feita a hysterectomia vaginal com ablação dos annexos do utero. Durou 45 minutos. Tiradas as pinças dois dias depois. Convalescença longa, mas sem

complicações. Sahiu no dia 1 de junho completamente curada.

Exame macroscopico do utero. — Comprimento do utero 0,^m065; largura maxima 0,^m045, largura minima 0,^m02.

A superficie externa mais ou menos lisa nada apresenta de anormal, simplesmente na parte media da face anterior ha uma mancha avermelhada pouco mais ou menos de 0,^m02 de altura e de 0,^m015 de largura, e sem limites nítidos. A face anterior é mais accentuadamente convexa do que a posterior. Dado um córte completo vertical, desde a inserção d'uma trompa á outra, observa-se que a parede tem uma espessura maxima de 0,^m015. A mucosa nada apresenta de anormal. Deram-se córtes n'um pequeno fragmento do tecido, comprehendendo o ponto onde a parede era mais espessa e a mucosa, isto é, na parte superior da cavidade. Tambem foram dados córtes transversalmente ao nivel do collo.

Exame microscopico. — Córtes dados acima do focinho de tenca, fornecem os seguintes esclarecimentos: o epithelio da superficie interna acha-se quasi completamente destruido e as preparações distinguem-se por os fundos de sacco serem completamente vasis de epithelio, que só em rarissimos pontos existe, ainda assim destacado da parede. A infiltração embryonaria, que se estende por toda a parede musculosa, é muito variavel d'intensidade, n'uns pontos muito consideravel, n'outros quasi insignificante.

Observação IV

Metrite intersticial e ovarite kistica. Hysterectomia vaginal seguida da ablação dos annexos do utero. Cura.

F., de 40 annos, casada, natural de Badajoz, entrou para a enfermaria de clinica medica no dia 21 de março de 1892.

Antecedentes hereditarios. — Sem importancia.

Antecedentes pessoaes — Antes dos 24 annos, idade em que appareceu o padecimento actual, não teve doença alguma. Foi menstruada pela primeira vez aos 16 annos, continuando a sel-o regularmente até aos 21, idade em que casou. Teve quatro filhos o ultimo dos quaes nasceu morto, em virtude d'uma queda que a doente deu por uma escada abaixo.

Historia da doença — Depois do ultimo parto a menstruação tornou-se muito irregular, apparecendo-lhe duas ou três vezes por mez. Antes da apparição dos catamenios sentia dôres fortes no ventre, lombos e cabeça, acompanhadas de perturbações digestivas e persistindo durante o periodo menstrual. Ha quatro annos os menstros redobraram de frequencia e abundancia, e as dôres em que já fallamos, eram por vezes intoleraveis.

Ha dois mezes que o escoamento menstrual se transformou n'uma verdadeira metrorrhagia.

Desde esta época o appetite desapareceu quasi completamente, as dores de cabeça tornaram-se mais intensas e sentia aborrecimento por tudo e inaptidão para o trabalho. Aconselhada por uma compatriota, residente no Porto e que n'este hospital foi operada pelo ex.^{mo} sr. dr. Azevedo Maia, resolveu confiar-se aos cuidados d'este illustre operador.

Estado actual.—Pela inspecção geral reconhece-se que a doente está bastante emmagrecida e pallida.

O toque combinado abdomino-vagino-rectal revella que as regiões inguino-iliacas — principalmente a esquerda — são muito sensiveis á pressão. A superficie do utero muito irregular, o collo volumoso e fendido transversalmente.

Operação.—A 7 de abril praticou-se a hysterectomia vaginal com ablação dos annexos do utero. A operação durou 55 minutos. 48 horas depois foram tiradas as pinças. Convalescença regular. A doente sahiu curada a 16 de maio de 1892.

Exame macroscopico do utero.—Como a peça está fragmentada, devido ao acto operatório, é difficil dar uma descripção do seu conjuncto. A sua fórma é a de um triangulo de base superior; a largura d'esta base é de 0,^m07 e a do vertice ou collo 0,^m025. A face anterior é ligeiramente convexa, pouco irregular, e de um modo geral tem uma côr castanho clara; pelo contrario a face posterior é extremamente irregular e accidentada, devido em grande parte ao

acto operatorio; a côr é mais pallida que a da anterior e em alguns pontos mesmo completamente esbranquiçada. Dando um córte vertical-transversal, vê-se que as paredes uterinas estão enormemente hypertrophiadas. Dando um córte perpendicular a este, ao nível da união do terço superior com os dois terços inferiores, vê-se que a parede tem 0,^m02 de espessura; o canal a este nível apresenta um diametro de 0,^m015.

Observação V

Metrite intersticial e salpingo-ovarite chronica unilateral. Hysterectomia vaginal com extirpação dos anexos esquerdos. Cura.

F., solteira, de 22 annos, costureira, natural do Porto, entrou para a enfermaria de clinica medica no dia 2 de abril de 1892.

Antecedentes hereditarios.—O pae foi sempre saudavel. A mãe tem soffrido muito dos orgãos genitales; tem um prolapso uterino e um fluxo leucorrhœico chronico e abundante.

Antecedentes pessoaes.— Aos 2 annos teve escarlatina; pouco tempo depois teve sarampo, e aos 10 annos varioloide.

Menstruada pela primeira vez aos 11 annos, sendo o fluxo menstrual abundante e durando 8 dias.

Nos tres primeiros mezes immediatos foi

menstruada regularmente, porém ao quarto mez as regras foram precedidas de dôres intensas no ventre; eram em pequena quantidade e tinham uma côr vermelha desmaiada.

Historia da doença.—Desde então até aos 17 annos, occasião em que gravidou, continuou a ser menstruada muito irregularmente e o fluxo catamenial pouco abundante e descorado. O parto deu-se ao nono mez; foi natural. Os padecimentos da doente augmentaram então consideravelmente: era menstruada com grande frequencia, e o menstuo pouco abundante e acompanhado de agudissimas dôres no ventre. A doente continuou no mesmo estado durante um anno, no fim do qual resolveu entrar para o hospital onde o ex.^{mo} sr. dr. Franchini lhe fez a laparotomia seguida da extirpação das trompas e dos ovarios, segundo consta do livro respectivo. Passado algum tempo retirou-se aparentemente curada; mas pouco tempo depois reapareceram-lhe os antigos padecimentos, motivo que a obrigou a voltar para o Hospital onde o mesmo clinico lhe fez uma raspagem do utero. Sahiu do hospital algum tempo depois.

Não obstante esta segunda operação a doente continuou a soffrer, resolvendo voltar de novo para o hospital, vindo então para a enfermaria de clinica medica.

Estado actual.—Dôres intensas no baixo ventre, principalmente na região inguinal esquerda, com irradiações para o membro infe-

rior respectivo. Fluxo vaginal amarello-esverdeado, abundante e permanente. Pelo toque vaginal reconhece-se a presença dos annexos do lado esquerdo que estão muito sensíveis.

Operação.—A 10 de abril foi feita a hysterectomia vaginal com ablação do anexo existente, *não obstante a tal laparotomia, seguida da extirpação das trompas e ovarios, realisada pelo sr. dr. Franchini.* Durou 45 minutos. Tiradas as pinças no fim de 36 horas.

Dez dias depois da operação notou-se a presença de fezes na vagina, e verificou-se a existencia d'uma fistula recto-vaginal. Este accidente foi devido á queda d'uma eschara produzida pela mortificação de tecido feita por uma pinça. Actualmente a fistula está consideravelmente reduzida, e em via de cicatrização completa. A doente acha-se completamente curada dos padecimentos que motivaram a operação.

Exame macroscopico do utero.—Comprimento—0^m,075; largura maxima na parte superior—0^m,064, sem contar um appendice que está no angulo superior direito, e que logo descreveremos; largura minima do collo—0^m,025.

O corpo vae insensivelmente diminuindo de largura, desde a extremidade superior até á inferior.

A face anterior é mais convexa na parte superior que a posterior; na extremidade inferior apresenta um labio mais comprido que a posterior, e na parte superior uma larga mancha echymotica.

A face posterior é rugosa e apresenta também largas manchas echymoticas, e grande numero de vestigios de adherencias.

Dois centímetros abaixo do angulo superior direito ha um corpo oval, achatado, com saliencias e depressões, tendo pouco mais ou menos 0^m,02 de comprimento e 0^m,015 de largura.

Dando um córte longitudinal a este corpo reconhece-se que a metade inferior é muito differente da metade superior: esta apresenta uma pequena cavidade hematica de 0^m,005 de diametro pouco mais ou menos.

A superficie interna d'esta cavidade apresenta pregas que são devidas á parede de pequenas cavidades kysticas desenvolvidas dentro da cavidade hematica.

A metade inferior apresenta d'um lado uma mancha amarellada, alongada, oval; do outro lado esta mancha corresponde a uma ligeira depressão circumdada por uma substancia igualmente amarellada, exactamente igual á mancha do primeiro.

Exame microscopico. — As preparações do collo são muito interessantes, porque a um exame com uma pequena amplificação, dir-se-hia que não havia a minima alteração inflammatoria. O que se vê, porém, immediatamente é que a musculosa estende-se quasi até á periphéria das pregas e, por outro lado, que a infiltração embryonaria se estende até á musculosa; não ha, portanto, limites nitidos entre a mucosa e a musculosa. Os vasos são numerosos.

As cavidades glandulares estão augmentadas de volume e tapetadas, em geral, d'um epithelio que apresenta um aspecto especial: as cellulas são alongadas, achatadas no sentido do seu maior eixo, por estarem comprimidas umas contra as outras; em outros pontos, o epithelio acha-se mais alterado e as cellulas cahiram dentro da cavidade glandular. Algumas d'estas cavidades acham-se transformadas em ovos de Naboth. Por cima do epithelio ha, em mais de um ponto, uma camada, relativamente espessa, d'uma substancia homogenea, fracamente córada pelo carmim (muco proprio do collo) contendo alguns nucleos mais fortemente córados.

A *mucosa* do corpo tem uma espessura de perto de 5 milímetros e as alterações que apresenta são muito notaveis. A infiltração embryonaria é consideravel e o epithelio acha-se profundamente alterado pelo processo inflammatorio; em alguns pontos, a mucosa quasi que se acha reduzida a um simples tecido embryonario. Como se vê, as lesões do corpo são muitissimo mais accentuadas que as do collo.

Observação VI

Salpingo-ovarite e perimetrite de origem blenorragica. Hysterectomia vaginal e ablação dos annexos do utero. Cura.

F., de 18 annos, solteira, costureira, natural do Porto, de constituição fraca e tempera-

mento lymphatico, entrou para a enfermaria de clinica medica no dia 8 de abril de 1892.

Nos antecedentes hereditarios nada se pôde apurar.

Antecedentes pessoaes e historia da doença.

— Aos 5 annos teve sarampo. Primeira visita catamenial aos 13 annos, precedida de dôres lombares e hypogastricas que desappareciam com a vinda do fluxo menstrual. Aos 17 annos contrahiui uma blenorragia: é a esta epoca que a doente faz remontar os padecimentos que a obrigaram a entrar para o hospital; isto é, cystite, dôres lombares e hypogastricas premenstruaes e dysmenorrhœa.

Estado actual.—Corrimento abundante; polakiuria dolorosa; sensação de peso no perineo; dôres nas regiões iliacas, lombares e hypogastricas; difficuldade na defecação.

O toque bi-manual (abdomino-vaginal) revela: ovarios empastados e adherentes ao peritoneo, muito sensiveis á pressão; trompas dilatadas.

Operação.—A 13 d'abril fez-se a hysterectomia vaginal, seguida da ablação dos annexos. Durou 40 minutos. Tiradas as pinças no fim de 36 horas. Convalescença rapida, sem complicações. Sahiu a 13 de maio completamente curada.

Já encontrei a doente algumas vezes, dizendo-me que estava perfeitamente boa.

Exame macroscopico do utero.— Comprimento 0^m,08, sendo 0^m,035 para o collo; largu-

ra maxima do corpo 0^m,04; largura maxima do collo 0^m,025. A face anterior não differe sensivelmente da posterior: ambas tem uma convexidade egual e apresentam echymoses insignificantes.

Dando um córte vertical transversal não se observou nada de anormal.

Exame microscopico.—A mucosa do *corpo* é menos espessa que nos casos ordinarios de endometrite. Os tubos glandulares, alongados, que existem de ordinario ao nivel da superficie interna, encontram-se, n'este caso, mesmo junto á parede musculosa. Os fundos de sacco são, em alguns pontos, irregulares, estrellados e alguns completamente cheios de cellulas embryonarias. A superficie interna da mucosa acha-se reduzida a tecido embryonario e o epithelio das glandulares está alterado, mas em graus diversos. A infiltração embryonaria é desigual, mas sempre abundantissima.

Observação VII

Salpingo-ovarite e metrite intersticial de origem blenorragica. Hysterectomia vaginal com ablação dos annexos. Cura.

F., de 21 annos, casada, costureira, natural de Famalicão, de constituição regular e temperamento lymphatico, entrou para a enfermaria de clinica medica no dia 20 d'abril de 1892.

Antecedentes hereditarios sem importancia.

Antecedentes pessoas.—Sarampo aos 6 annos, e uma gastrica aos 8.

Menstruada pela primeira vez aos 14, continuou a sel-o regularmente.

Aos 16 annos gravidou, dando á luz passados 9 mezes; parto natural.

Historia da doença.—A doente começou a sentir-se incommodada dois annos depois do parto, constando os seus soffrimentos de — dyspareunia — sobretudo esquerda, — com dôres constantes e surdas no baixo ventre e regiões iliacas — irradiando para a raiz das coxas; — de dysmenorrhœa e menorrhagias.

A micção era frequente e com ardor.

Acabado o periodo menstrual, manifestava-se um corrimento mucopurulento que durava até tres dias antes da chegada dos novos catamenios.

Na occasião em que deu entrada no Hospital, a doente apresentava pouco mais ou menos os mesmos symptomas.

Depois do respectivo exame physico diagnosticou-se uma salpingo-ovarite e endometrite.

Operação.—A 24 de abril fez-se a hysterectomia seguida da ablação dos annexos doentes. Durou 50 minutos. Foram tiradas as pinças no fim de 48 horas. A doente conservou-se apyretica durante toda a convalescença.

Sahiu curada a 23 de maio.

Exame macroscopico do utero.—O utero tem a forma d'um T cuja haste horisontal tem

quasi o mesmo comprimento que a vertical; a largura d'esta é igual ao terço da largura da horisontal.

A haste horisontal é formada pelo corpo do utero, e a vertical pelo collo; este está enormemente hypertrophiado.

A largura da haste horisontal é de 0,^m065, e a altura de 0,^m045. A face anterior d'esta haste é accidentada e rugosa e accentuadamente convexa; tem uma côr castanho clara, tendendo em alguns pontos para o vermelho escuro. A face posterior, menos convexa que a anterior, é mais lisa, e tem uma côr castanha uniforme.

Foram dados córtes, ao nivel da parte media da haste horisontal, comprehendendo a parede e a mucosa.

Foram tambem dados córtes transversaes, ao nivel da parte media da haste vertical, comprehendendo egualmente a mucosa e a parede.

Exame microscopico.—Ao simples exame das preparações com uma pequena amplificação é facil verificar que as lesões inflammatorias são muito accentuadas.

A mucosa apresenta ainda vestigio da estructura normal; rarissimas vezes, porém, o epithelio das glandulas se encontra e quando existe fixa muito mal o carmin, indicio d'uma profunda alteração nuclear. (4)

(4) Entre as cellulas epitheliaes e o estromu ha um espaço, que já descrevemos em algumas das observações anteriores e que Cornil dá como proprio dos epitheliomas. O mesmo anatomopathologista diz que as cellulas chatas que se encontram

A infiltração embryonaria é muito consideravel na mucosa e estende-se mesmo para a parede musciosa, onde se póde verificar mesmo longe da primeira.

As lesões do *collo* são menos accentuadas: o epithelio acha-se em alguns pontos quasi intacto e regularmente adherente ao estroma da mucosa; em outros pontos as cellulas acham-se mais alteradas chegando mesmo a cair dentro das cavidades glandulares.

A infiltração embryonaria é muitissimo menos abundante que no corpo.

Observação VIII

Prolapso completo do utero. Hysterectomy vaginal com ablação dos annexos. Cura.

F., de 34 annos, casada, occupando-se no serviço de casa, natural do Porto, de constituição regular e temperamento mixto, entrou para a enfermaria de clinica medica no dia 12 de abril de 1892.

Antecedentes pessoas e historia da doença. — Teve sarampo em creança. O fluxo men-

abaixo do epithelio se acham de ordinario conservadas na endometrite. Ora, no nosso caso, as cellulas chatas não existem e o espaço referido encontra-se muito evidente. É necessario, portanto, dar a estes dois elementos de diagnostico differencial entre a endometrite e o epithelioma, menos valor do que o que lhe assigna Cornil.

strual estabeleceu-se dos 15 para os 16 annos: era regularmente abundante. Casou aos 26 annos, e, pouco tempo depois, começou a sentir dores no acto da micção. Quinze dias depois do primeiro parto, na occasião em que descia uma escada com uma mala á cabeça, sentiu o utero descer-lhe na vagina, chegando a afflorar á vulva. O prolapso foi augmentando pouco a pouco com os esforços que fazia no seu trabalho, até que se tornou completo, descendo o utero até ao meio da coxa.

Ha tres mezes, manifestou-se-lhe uma leucorrhea muito abundante que a enfraquecia muito.

Estado actual. — Á sua entrada para o hospital, observamos que a doente tinha um corrimento abundante, de côr esbranquiçada, ligeiramente corado de vermelho. O utero estava em prolapso completo, e a bexiga, com longas adherencias ao utero, acompanhava-o na sua descida.

Operação. — No dia 5 de maio fez-se a hysterectomia vaginal, seguida da ablação dos annexos.

Foi muito laboriosa a disseccção da bexiga, que se achava enormemente hypertrophiada. Os annexos estavam visivelmente alterados. Tiraram-se as pinças 36 horas depois da operação.

Sahi curada a 15 de junho.

Exame macroscopico do utero. — Tem 0^m,06 de comprimento. Largura do corpo 0^m,04; largura do collo 0^m,025.

A face anterior menos convexa, e com mais saliencias e depressões que a posterior. N'aquella face havia vestigios de longas adherencias. Quasi toda a face posterior é lisa nos seus dois terços superiores. Em ambas as faces encontra-se largas manchas eehymoticas.

Exame microscopico.—As lesões inflammatorias são muito pouco accentuadas.

Em mais de um ponto, muito extenso, o revestimento epithelial interno no corpo está intacto.

A infiltração embryonaria logo abaixo d'este é insignificante, mas vae crescendo pouco a pouco á medida que nos fôrmos approximando da parede musculosa.

É raro o fundo de sacco em que se encontram as cellulas epitheliaes ligadas á parede; alguns dos fundos de sacco estão mesmo completamente vasis; não obstante isto as cellulas epitheliaes acham-se pouco alteradas.

No *collo* as lesões são tambem pouco accentuadas; a infiltração embryonaria é, em geral, ainda menos accentuada que no corpo.

Observação IX

Pachi-metro-salpingo-ovarite. Hysterectomia vaginal, seguida da abertura d'um sem numero de saccos cheios de serosidade. Cura.

F., de 30 annos de idade, solteira, serviçal, natural dos Arcos de Val-de-Vez, entrou para

a enfermaria de clinica medica no dia 27 de abril de 1892.

Antecedentes hereditarios. — O pae morreu com uma lesão cardiaca. A mãe ainda vive e padece do utero. Tem irmãs que são saudáveis, excepto uma que tem um myoma uterino, e outra que padece d'uma lesão cardiaca.

Antecedentes pessoaes. — Foi menstruada desde os 14 annos com toda a regularidade, todos os mezes durante quatro dias.

Historia da doença. — Aos 28 annos começou a sentir os symptomas da doença que a obrigou a entrar no hospital: arrepios acompanhados de suores; dôres abdominaes intensas que augmentavam á pressão; abaulamento do ventre que augmentava de dia para dia; anorexia completa e enfraquecimento.

Consultou um medico que, suppondo a existencia d'uma ascíte, fez-lhe a paracentese que, como era de esperar, não deu resultado. Em virtude d'isto, o mesmo clinico dirigiu a sua attenção para os órgãos genitales, e o seu exame deu o seguinte resultado: órgãos genitales externos dolorosos e entumecidos; collo do utero, fechado e duro; utero dilatado e em anteversão; ovarios dolorosos á pressão. (1)

Resolveu fazer-lhe um tratamento diuretico e evacuante, juntamente com o analgesico e emolliente. Fez-lhe ainda applicação de sangüe-

(1) Estas indicações foram-nos fornecidas pelo clinico que n'esta occasião a tratou.

sugas na região hypogastrica. Pouco tempo depois as dôres desapareceram, e o estado da doente melhorou; porém, passado pouco tempo, appareceram de novo os mesmos symptomas, ainda com maior intensidade, pelo que resolveu entrar para o hospital.

Estado actual.—A doente apresenta um aspecto melancolico e está muito abatida. Tem dôres nas regiões inguino-iliacas—principalmente na direita—que augmentam com a pressão. Dysmenorrhea e leucorrhœa; constipação habitual e abaulamento do ventre.

O utero em retro-sinistra versão. Não se encontram os annexos esquerdos; os direitos em prolapso e muito sensiveis á pressão.

Operação.—No dia 8 de maio fez-se a hysterectomia vaginal. Foi muito laboriosa: o utero completamente immovel não se deixava abaixar e foi extrahido por fragmentação. Durante o acto operatorio e no fim d'este foram abertos um grande numero de saccos, cheios de serosidade, e formados por septos peritoneaes.

Tiradas as pinças ao fim de 48 horas.

Sahiu completamente curada no dia 13 de junho de 1892.

Exame macroscopico do utero. (1)—O utero sahiu completamente fragmentado, não sendo, por isso, possivel fazer a sua descripção.

(1) O exame macroscopico dos casos IX, X e XI foi feito no fresco, e o de todos os antecedentes, depois das peças terem estado mergulhadas em alcool.

Exame microscopico.—Como o utero saiu muito fragmentado, só o exame microscopico revelou em que parte do orgão se tinham dado os córtes: foi no collo. As lesões são identicas ás do collo da Obs. VII, mas mais accentuadas: ha pontos em que o epithelio apresenta umas poucas de camadas e n'outros em que as cellulas epitheliaes cairam dentro das cavidades. A infiltração embryonaria é consideravel. Alguns fundos de sacco das glandulas estão transformados em ovos de Naboth e, como já temos observado nas trompas (1) ha tambem vestigios glandulares a uma distancia consideravel da mucosa, quasi perto da periphèria da musculosa. Em geral as cavidades glandulares estão augmentadas de volume.

Observação X

Hydro-salpinx e degeneração hydro-kystica dos ovarios; kysto do ovario direito. Hysterectomia vaginal com ablação dos annexos.

F., de 33 annos, casada, occupando-se no serviço de casa, natural de Gaya, entrou para a enfermaria de clinica medica no dia 12 de maio de 1892.

Antecedentes hereditarios.—O pae morreu

(1) Vej. a Est. III da these do sr. Ferreira de Castro, *As salpingites.*

aos 60 annos apoz a ruptura d'um aneurisma. Mãe saudavel. Tem muitos irmãos; são todos saudaveis, excepto uma irmã, que tem dysmenorrhœa.

Antecedentes pessoas e historia da doença.—Teve variola aos 3 annos e sarampo aos 7. Menstruada pela primeira vez aos 16 annos, continuou a sel-o regularmente. Casou aos 17; teve 4 filhos, sendo os partos naturaes e de tempo, sendo, porém, o ultimo muito trabalhoso. Desde este parto ficou-lhe em permanencia um corrimento leucorrhœico que augmentava apoz as relações sexuaes e no fim do periodo menstrual. Ha quasi dois annos, o marido communicou-lhe uma blenorragia de que se curou passado algum tempo.

Desde então a doente começou a soffrer perturbações menstruaes, havendo occasiões em que o fluxo menstrual apparecia duas vezes por mez, e outras em que havia uma amenorrhœa de um e dois mezes.

Além d'isso nas épocas menstruaes, e mesmo fóra d'ellas, tinha dôres nas regiões hypogastrica e inguino-iliacas—sobretudo na esquerda, com irradiações para os membros inferiores. Tinha tambem nauseas e vomitos frequentes.

Estado actual.—Leucorrhœa abundante; dôres no baixo ventre, principalmente do lado esquerdo, com irradiações para os membros inferiores; nauseas e vomitos e difficuldade de andar.

Exame pelvico bi-manual.—O utero em retroversão. O fundo de sacco posterior muito augmentado, e o anterior diminuido. Do lado esquerdo ha um tumor pediculado ao utero, movel, irregular, sensivel á pressão, e que deve ser a trompa dilatada e fundida com o ovario. O ovario direito está em prolapso e é sensivel á pressão.

Operação.—Foi operada a doente no dia 19 de maio. Durou 37 minutos. 48 horas depois foram tiradas as pinças. A doente conservou-se completamente apyretica durante toda a convalescença.

Sahiú perfeitamente curada no dia 14 de junho de 1892.

Exame macroscopico do utero.—Comprimento 0,^m08, largura maxima do corpo 0,^m045, largura do collo 0,^m03. A face anterior é mais convexa que a posterior, havendo n'esta—a 0,^m02 do bordo superior —uma pequena cavidade kystica de paredes transversaes, contendo um liquido amarellado ligeiramente corado de vermelho. Esta bolsa kystica está suspensa por um pediculo de perto de 0,^m015.

Dado um corte vertical transversal vê-se que a mucosa está ligeiramente congestionada.

Exame microscopico.—N'alguns farrapos da mucosa do corpo, mais proximos da cavidade central, ha pequenos fundos de sacco glandulares, tapetados muito regularmente de células epitheliaes cylindricas, notaveis simplesmente por terem um grande nucleo com gra-

nulações; na base d'estas cellulas ha uma camada de cellulas chatas (normaes), muito nítidas; é notavel que estas cellulas estão ainda completamente intactas, não obstante haver em volta d'ellas uma profusa infiltração embryonaria. No resto da mucosa as cellulas do epithelio estão profundamente alteradas.

A infiltração embryonaria é mais consideravel na parte da mucosa proxima da musculosa e estende-se por toda esta, no grau mais consideravel que temos observado em todos os nossos casos actuaes, o que não admira visto como estes casos de metrite parenchymatosa (infarcto uterino de Schröder) são raros.

A infiltração embryonaria da parede musculosa é menos consideravel no collo e torna-se, n'este ponto do utero, mais abundante quando começa a mucosa.

As cellulas epitheliaes, esmagadas umas contra as outras, apresentam um nucleo alongado, formando camadas multiplas e destacando-se em muitos pontos da parede.

Observação XI

Hydro-salpingo-ovarite. Hysterectomia vaginal com ablação dos annexos do utero. Cura.

F., de 28 annos, solteira, jornaleira, natural do Porto, entrou para a enfermaria de clinica medica no dia 9 de maio de 1892.

Antecedentes hereditarios.—O pae era saudavel e morreu de idade avançada com icteri-

cia. A mãe tem de tempos a tempos fortes dôres de cabeça e syncopes repetidas. Tem 10 irmãos vivos e saudáveis. Teve ainda mais quatro, tres dos quaes morreram em creança, e o quarto aos 25 annos de tuberculose pulmonar.

Antecedentes pessoaes e historia da doença.—Menstruada desde os 14 annos—durante quatro a cinco dias—regularmente até aos 25 annos. N'esta epoca começou a diminuir-lhe o fluxo menstrual e a sentir dôres pre-menstruaes nos lombos, cabeça e regiões inguino-iliacas. O menstruo era vermelho escuro. Tinha arrepios frequentes e urinava com difficuldade.

Seis mezes antes da sua entrada para a enfermaria de clinica medica teve um parto natural e de tempo. Em seguida manifestou-se-lhe uma diarrhea intensa e um corrimento branco-amarellado. Ao mesmo tempo sentia muito calor em todo o ventre, arrepios, dôr intensa na região inguino-iliaca direita, irradiando para o membro inferior direito, região inguino-iliaca esquerda e epigastro. Anorexia completa. Passado algum tempo a diarrhea desapareceu, mas os outros soffrimentos persistiram, o que deu causa á sua entrada para o hospital.

Estado actual.—Dôr muito intensa na região inguino-iliaca direita; arrepios frequentes, suores abundantes, anorexia completa, dôres de cabeça e em todo o ventre.

Exame pelvico bi-manual.— Collo do utero muito pouco saliente no fundo da vagina; focinho de tenca muito delgado; fundos de sacco muito diminuidos e tensos. Corpo do utero immovel em ante-flexão.

Á direita do utero ha um tumor immovel, sem limites precisos e muito doloroso; do lado esquerdo tumefacção diffusa e dolorosa não affectando tanto o fundo de sacco lateral esquerdo.

Operação.— Praticada no dia 22 de maio, durou 50 minutos. Foi muito laboriosa, em virtude da immobilidade do utero que foi tirado por fragmentação. Tiradas as pinças 48 horas depois. A doente está completamente curada da doença que motivou a operação, mas está ainda na enfermaria em tratamento d'uma pleurisia com derrame que lhe sobreveio no decurso da convalescença.

Exame macroscopico do utero.— É completamente impossivel descrever a peça, em virtude da sua fragmentação.

Exame microscopico.— A inflammação atacou por igual o epithelio e o tecido conjunctivo subepithelial do corpo uterino; a parede musciosa acha-se tambem infiltrada. Alem da infiltração chromatica que observamos só n'este caso (1), não ha nada mais de notavel a mencionar.

(1) Temos encontrado abundantemente a infiltração chromatica em muitos ovarios que ultimamente temos examinado

Observação XII

F., de 20 annos, casada e natural de Braga. Antecedentes hereditarios e pessoases sem importancia.

Contrahi u em principios de março uma febre typhoide que seguiu a sua evolução lealmente e com fórma relativamente benigna.

Em principios d'abril, quando legitimamente se esperava uma franca entrada em convalescença, começou a doente a queixar-se de dôr na região inguino-iliaca esquerda, a ter accessos irregulares de febre, terminando por abundante suor, micção frequente e dolorosa, e todos os symptommas d'uma rectite.

O medico assistente, apalpando a região supradita, achou-a dura, empastada, com notavel diminuição de sonoridade á percussão. Levando mais longe a sua exploração, praticou o toque combinado vagino e recto-abdominal constatando a existencia d'uma tumefacção circumscripta á esquerda do utero, sahindo principalmente sobre a face anterior do recto.

Aplicações calmantes e antiphlogisticas levaram esta tumefacção á imminecia de suppuração, sendo então praticada uma punção com um trocate pelo recto. Foi d'algumas centenas de grammas a quantidade de pus.

provenientes tambem da clinica gynecologica do ex.^{mo} sr. professor Maia. Vej. a este proposito a these do nosso condiscipulo Aguiar Cardoso sobre *A histologia das ovarites*.

O allivio da doente foi grande e a febre cahiu; passados, porém, dois dias começou a dar signaes de suppuração á esquerda do utero, e voltaram os accessos de febre, não obstante a sahida diaria de pus pelo recto.

A febre reduziu a doente ao estado de extrema emmaciação, parecendo á primeira vista uma tuberculose nos ultimos momentos.

Tal era o seu estado em 25 de maio, quando o ex.^{mo} professor dr. Azevedo Maia a observou pela primeira vez.

O exame physico revelou-lhe que o corpo e parte supra-vaginal do collo do utero estavam absolutamente immoveis, como que perdidos na espessura d'um plastrão duro, irregular e doloroso. Pareceu evidente que a suppuração pelvica era periuterina, e a ablação do utero impunha-se. É o que foi resolvido em conferencia e levado a effeito no dia 2 de junho.

A operação durou 45 minutos.

Apoz a ablação do utero começou a sahir pus. A exploração do plastrão pelvico mostrou-o muito irregular, e revelou sobretudo que elle se tornava movel, manifestamente solidario com os intestinos. Seria imprudente não conservar em relação aos intestinos uma zona de respeito.

Estava feita uma sahida real ao pus.

As consequencias operatorias foram excellentes, dizendo a familia que a paciente ficara menos abalada pela hysterectomia do que pela punção outr'ora feita pelo recto.

Nos primeiros dias deu-se a sahida d'alguns gazes pela vagina e o pus tinha cheiro fecal. Mas no fim de dez dias nenhum vestigio já havia da fistula rectal resultante da punção.

No dia 30 de junho o estado da doente é muito satisfactorio, comquanto haja ainda alguma suppuração, resultante da abertura de successivos focos.

Tudo leva a crer que em breve a doente se achará restabelecida por completo.

Observação XIII

Hysterectomia vaginal seguida da ablação dos annexos

F., de 26 annos, casada, natural de Famação, de constituição regular e temperamento lymphatico.

Casou aos 20 annos, concebendo passados tres mezes. A gravidez teve regular evolução, mas o feto foi extrahido a forceps.

D'esta operação resultou uma ruptura completa do perineo, seguindo-se-lhe incontinencia para os gazes intestinaes e fezes, particularmente quando liquidas.

Perdeu por essa occasião enorme quantidade de sangue, e esteve de cama longos mezes com febre, suor abundante, vomitos, dôr, inchação e endurecimento do ventre, e pollakiuria dolorosa, etc., etc.

O feto, uma menina, está viva, e tem saude regular.

D'esse parto e da doença que se lhe seguiu — metrite puerperal — resultaram-lhe padecimentos de ventre que lhe tornaram a vida amargurada. A menstruação deixou de ser regular.

Quando menos o espera, acha-se com fluxo vaginal sanguineo, precedido de intoleraveis dôres pelvicas, tumefacção do ventre, febre e vomitos; isto tem acontecido duas, tres vezes ao mez, em alguns periodos.

Estas perdas sanguineas teem-na debilitado muito.

As relações sexuaes eram muito dolorosas; leucorrhœa constante.

Concebeu mais tres vezes, mas abortou sempre antes dos tres mezes.

Estado actual.—Integridade dos apparatus fundamentaes do organismo.

O toque combinado vagino e recto-abdominal revela a existencia d'uma retro-flexão adherente do utero e enorme laceração do collo — anterior esquerda e posterior direita.

O ovario direito está em prolapso, fixo e doloroso; o esquerdo não se encontra.

A hysterectomia foi realisada pelo nosso professor dr. Azevedo Maia, no dia 12 de junho sem incidente digno de menção, fazendo-se a ablação completa do utero, em manifesta sub-involução, e em seguida a extirpação completa dos annexos.

A primeira parte da operação foi trabalho-

sa, por causa da enorme superficie do utero a separar dos orgãos visinhos.

Os ovarios, completamente transformados em kystos serosos e hematicos, apresentavam as lesões da ovarite intersticial.

No dia 29 de junho o estado da doente é muito satisfatorio; já se senta no leito e o nosso professor, dr. Azevedo Maia, conta fazer em breve a perineorrhaphia.

Encerramos aqui as nossas observações, que procuramos obter tão completas quanto possivel.

PROPOSIÇÕES

Anatomia — Regeito a theoria de Ranvier sobre a origem dos lymphaticos.

Physiologia — Admitto a theoria de Altmann sobre a constituição do bioplasma.

Therapeutica — Na chlorose prefiro sempre o oxalato de ferro.

Anatomia pathologica — O bacillo d'Eberth é perfeitamente distincto do bacterium coli.

Pathologia geral — A auscultação retrosternal é preferivel á presternal nas doenças cardio-aorticas.

Pathologia interna — A antisepsia buccal impõe-se no tratamento das doenças infecciosas.

Pathologia externa — O lupus erythematoso não é de natureza tuberculosa.

Partos — A tuberculose é uma indicação para a provocação do aborto.

Operações — Para a ablação dos annexos do utero prefiro á laparotomia a hysterectomia vaginal.

Hygiene — Reprovo os lazaretos.

Visto.

R. Pinto.

Póde imprimir-se.

O director,

Visconde de Oliveira.