

Salpingo-ovarites

171/4 FMP

N.º 1

Jaime Ferreira de Carvalho

4



Salpingo-ovarites

(Trabalho de Clínica Ginecológica)

TESE DE DOUTORAMENTO

Apresentada à

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO



MAIO de 1918

IMPRESA NACIONAL

DE

JAIME VASCONCELOS

204, R. José Falcão, 206

PORTO

171/4 FMP

TD/1 FMP

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

PROFESSOR SECRETÁRIO

Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários e Extraordinários

- | | |
|--|---|
| 1.ª classe — Anatomia | { Luis de Freitas Viegas
} Joaquim Alberto Pires de Lima |
| 2.ª classe — Fisiologia e Histo-
logia | { Álvaro Teixeira Bastos
} Abel de Lima Salazar |
| 3.ª classe — Farmacologia. | José de Oliveira Lima |
| 4.ª classe — Medicina legal e
Anatomia Patológica | { Augusto Henriques de Almeida Brandão
} Manuel Lourenço Gomes |
| 5.ª classe — Higiene e Bacte-
riologia | { João Lopes da Silva Martins Júnior
} Alberto Pereira Pinto de Aguiar
} António de Almeida Garrett |
| 6.ª classe — Obstetrícia e Gine-
cologia | { Cândido Augusto Correia de Pinho
} Vaga |
| 7.ª classe — Cirurgia | { Vaga
} Carlos Alberto de Lima
} António Joaquim de Sousa Júnior |
| 8.ª classe — Medicina | { José Alfredo Mendes de Magalhães
} Tiago Augusto de Almeida
} Alfredo da Rocha Pereira |
| Psiquiatria | António de Sousa Magalhães e Lemos |
| Pediatria | José Dias de Almeida Júnior |

Professores jubilados

José de Andrade Gramaxo
Pedro Augusto Dias
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

A MEU PAI



À saudosa memória de minha Mãe



À MEUS IRMÃOS

Júlio

Américo

Manuel

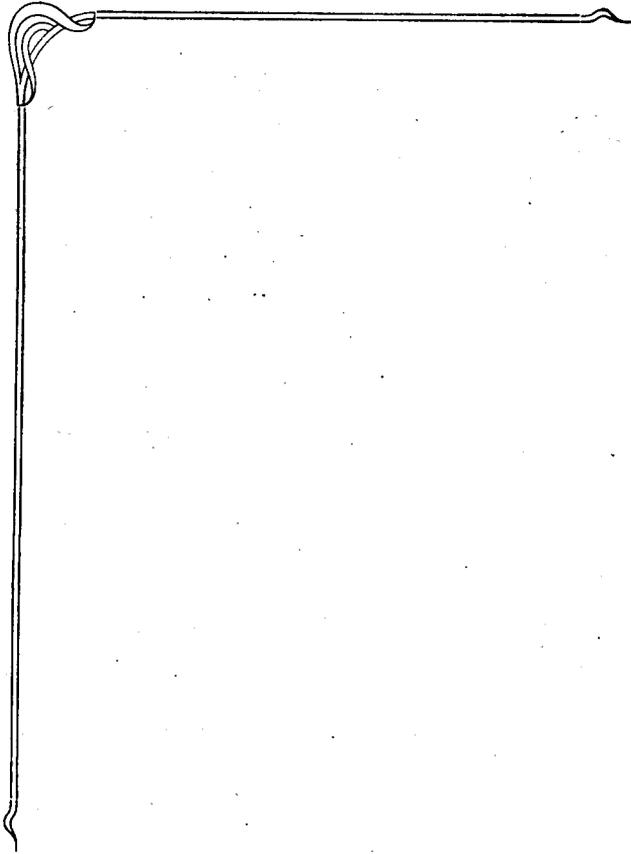
João

Æ

Adelaide Irene Guimarães

Ao meu ilustre presidente de tese

DR. ÁLVARO TEIXEIRA BASTOS



Duas palavras

Quando o ano passado eu pensava já na minha dissertação inaugural, escolhendo agora um assunto, pondo à margem logo, sentindo-me deveras embaraçado na sua escolha, apareceu na enfermaria de clinica ginecológica, uma doente portadora de anexite tuberculosa.

Pensei imediatamente que o assunto se prestaria, a apresentar isto, que um aluno no fim do seu curso pode apresentar, tão poucos são ainda os conhecimentos da carreira que vai encetar.

Começando então a fazer um estudo especial sôbre este assunto, entendi que devia dar um pouco mais de amplitude ao meu trabalho, falando não só da anexite tuberculosa, mas das anexites em geral, porque como veremos no decorrer destas páginas, a sintomatologia é muito semelhante e o diagnóstico diferencial muito difícil, senão a maior parte das vezes impossível.

Trato sempre em especial a tuberculose, pois é essa a parte mais interessante desta dissertação.

Divide-se este trabalho nos seguintes capítulos:— I. Definição, etiologia e patogenia. — II. Anatomia patológica. — III. Sintomatologia. — IV. Diagnóstico.— V. Evolução e tratamento. Vem em último lugar as observações, que são poucas, é certo, mas que estando desde Setembro, com pequenas interrupções, ao serviço da Pátria, não me foi possível frequentar a clínica ginecológica e observar mais algumas doentes, para que estas, correspondessem perfeitamente ao texto.

Ao terminar estas palavras, agradeço ao meu ilustre professor Dr. Álvaro Teixeira Bastos, as provas de amizade e consideração que sempre me dispensou e por último o ter acedido da melhor vontade ao meu pedido de presidir a esta dissertação.

Definição.—Etiologia.—Patogenia

Salpingo-ovarites, são afecções provocadas pela penetração e desenvolvimento dos micróbios e parasitas nas trompas e ovários.

Durante muito tempo, as lesões das trompas e ovários foram quasi desconhecidas e consideradas como a consequência das alterações do tecido celular ou peritoneu.

Lawson Tait em 1872, abriu pela primeira vez o abdómen de doentes portadores de lesões peri-uterinas e viu que, ao contrário do que até ali se julgava, estas lesões tinham por ponto de partida, a trompa e o ovário.

Depois da descoberta de Tait, numerosos trabalhos se fizeram em todos os países, modificando-se completamente, a história clínica, a anatomia patológica e a terapêutica.

O estudo dos dois órgãos de que nos vamos ocupar, deve ser feito conjuntamente porque é raro que a infecção da trompa se não propague ao ovário, ou vice-versa.

*

* *

A salpingo-ovarite, é uma doença do período genital da mulher. É freqüente entre os 20 e 35 anos.

Numerosos são os micro-organismos, capazes de a provocar, mas os mais freqüentes são o gonococo e o estreptococo; o primeiro devido à blenorragia e o segundo sucedendo quási sempre à infecção puerperal.

Mas muitos outros, tais como o estafilococo, o bacterium coli comune, o pneumococo, o bacilo de Koch, etc., podem dar salpingo-ovarites.

Estes micróbios podem atacar os anexos por quatro vias: uterina ou vaginal, linfática, sanguínea e intestinal.

Uterina.—É a gonocócia a mais freqüente. Vem em seguida a infecção puerperal.

As causas que favorecem a infecção dos anexos são múltiplas.

Em primeiro lugar citaremos as metrites, e dentre estas colocamos em primeiro lugar a blenorragica. Sendo as trompas, por assim dizer, a continuação do útero, fácil é de compreender como a infecção se propaga. De mais, a metrite é uma afecção essencialmente crónica.

A infecção puerperal é também uma causa muito freqüente de salpingo-ovarite, produzindo, quer uma metrite e secundariamente uma anexite, quer a infecção directa destes dois órgãos.

Os abortos, seguidos de retenção placentária, são igualmente causadores de salpingo-ovarites.

Algumas afecções uterinas, como, por exemplo, tumores benignos e malignos, podem também, pela metrite que freqüentes vezes os acompanha, provocar a infecção dos anexos.

As explorações intra-uterinas, certas intervenções sobre o útero, (curetagens, operações sobre o colo), exaltando a virulência dos micróbios, podem também dar lugar à infecção dos anexos.

Os micróbios saprófitas da vagina, podem produzir o mesmo efeito, exaltando a sua virulência por uma causa qualquer.

É assim que podemos explicar as anexites das virgens, aparecendo sem infecção geral ou intestinal.

A propagação não é a mesma para todos os agentes. Enquanto que o gonococo utiliza a via mucosa, o estreptococo segue mais a via linfática.

Sanguínea. — Algumas vezes as salpingo-ovarites fazem a sua aparição em seguida a doenças infecciosas, tais como: febre tifoide, varíola, sarampo, escarlatina, gripe, amidalite, etc. De resto, não se compreendia que os micro-organismos, levados pela corrente sanguínea a todas as regiões do organismo, não fôssem também levados ao aparelho genital. Das infecções crônicas podendo determinar salpingo-ovarites, a tuberculose e a sífilis são as melhor conhecidas.

A tuberculose dos anexos é quasi sempre secundária e é vulgarmente a via sanguínea que os bacilos utilizam para chegar a esta região.

Os bacilos tuberculosos, penetrando no organismo pela pele ou pelas mucosas, podem não determinar lesões

específicas apreciáveis no lugar onde penetraram. Daí podem ser transportados, por via linfática, até aos gânglios, e, uma vez aqui, determinar lesões características.

O caminho seguido é habitualmente o seguinte:

Os bacilos de Koch, penetrando pela mucosa, seja respiratória, seja intestinal, chegam aos gânglios cervicais, tracheo-brônquicos, mediastinais ou mesentéricos.

Uma vez aqui, se a virulência é grande e a resistência do individuo insuficiente, sob a influência da desagregação necrótica e da caseificação, produz-se uma grande quantidade de germens, que, por erosão dos vasos, passam para a corrente sanguínea, indo assim localizar-se em regiões afastadas do organismo.

Segundo a opinião de certos patologistas, êste processo goza o principal papel mesmo na infecção dos pulmões.

Contudo, a maior parte dos patologistas consideram a via mucosa brônquica como sendo a mais freqüente na infecção dos pulmões.

Convêm notar desde já, que nem sempre a tuberculose anaxial, é propagada por via sanguínea. A infecção pelo coito pode produzir-se também.

Assim, no coito, os germens podem ser transportados com o esperma, no canal genital intacto e seguindo a mucosa tubar chegam até à cavidade peritoneal.

Os bacilos que existem no esperma ou nas ulcerações específicas do pénis, podem ser inoculados às pequenas ulcerações do colo, ou ainda, os bacilos existindo na vulva podem ser pelo facto do coito, transportados mais profundamente.

Para a produção da tuberculose genital primitiva da mulher, as possibilidades seguintes devem entrar em consideração:

a) Penetração dos bacilos directamente, sobre a mucosa da vagina, do colo, do útero, das trompas e daqui no peritoneu e ovários.

b) Penetração dos bacilos através das pequenas lesões do canal genital, nos linfáticos para-vaginais e para-uterinos e daqui a penetração da tromba directamente, ou nesta através do peritoneu.

Veit afirma que a peritonite é sempre secundária.

c) Poderá considerar-se como tuberculose genital primitiva, esta forma que aparece como única localização duma tuberculose congénita ficada muito tempo latente, ou ainda na qual os bacilos depois da penetração por uma via qualquer na corrente sanguínea ou linfática, tenham determinado lesões unicamente no canal genital.

Mas bem que se encontram bacilos de Koch, nos doentes portadores de lesões do aparelho genito-urinário e até naqueles que só apresentam lesões pulmonares, o certo é que a infecção primitiva do aparelho genital é extremamente rara e anatomo-patologistas iminentes como M. M. Bollinger, von Recklinghausen, Rifferts, etc., declaram nunca terem visto um único caso de tuberculose genital primitiva. Para estes, a denominação de forma ascendente e descendente para a tuberculose genital, é inexacta, porque mesmo nos casos em que a tuberculose é primitiva e portanto ascendente, a trompa é o órgão primeiramente atingido. Não se pode falar com certeza de tuberculose primitiva, senão quando o canal genital apre-

senta a única localização do processo tuberculoso, em todo o organismo. Ora isto não se pode dizer' com segurança senão na ocasião da autópsia.

A predisposição dos órgãos genitais à tuberculose é mais pronunciada no sexo feminino.

No homem apenas 3 % das afecções tuberculosas interessam os órgãos genitais. Na mulher 20 % interessam o mesmo órgão.

Isto compreende-se se repararmos que o órgão genital da mulher, é mais frágil, mais exposto às congestões, às inflamações, às infecções, aos traumatismos, etc. Todas estas causas fazem um lugar de menor resistência. Além disso, certas condições particulares, como a menstruação, a puerperalidade, favorecem particularmente a infecção. Tem também grande influência as infecções anteriores e Schudard tem visto infecções mixtas; tuberculosas e sifilíticas.

É para notar que os ovários são mais raramente atingidos que as outras regiões do aparelho genital.

Os casos de tuberculose primitiva do ovário são raros.

Dizem os autores que a trompa é o órgão do aparelho genital, sempre o primeiro atingido. Compreende-se isto perfeitamente se repararmos que a trompa é um canal, por vezes com curvaturas, o que predispõe à estagnação das secreções. Mas, visto que a infecção se faz quasi sempre por via sanguínea, é necessário procurar na distribuição dos vasos alguma coisa que explique o facto. É o que vamos vêr.

O ramo ascendente da uterina, dá ao nível da base

do ligamento largo, um ramo principal, que se anastomosa com a ovárica e com a artéria tubar.

Da artéria ovárica destacam-se dois pequenos ramos destinados às franjas, quer dizer à extremidade abdominal da trompa.

Do coração até às pequenas artérias, a pressão sanguínea não diminui senão muito pouco, diminuição esta que está na relação de 6 : 5 segundo Jacobson.

Mas, ao nível dos capilares, a pressão sanguínea é metade da das grossas artérias.

O território capilar, situado entre o ramo tubar da artéria uterina e o da artéria vásica, é muito mal servido.

Parece, portanto, explicar-se por comparação, entre a região tubar e o vértice pulmonar, bem como os ossos, órgãos muito mal irrigados.

Terminaremos o assunto referente à tuberculose, dizendo que a hipoplasia genital é uma causa freqüente de bacilose anexial.

A outra infecção crônica que ataca os anexos é a sífilis.

A salpingite sífilítica isolada é rara. Laffond observou recentemente 12 casos.

Não é para admirar que a sífilis, atacando todos os órgãos, não ataque também o aparelho genital.

De entre as salpingites parasitárias, a melhor conhecida, é a salpingite actinomicótica.

Lehman encontrou um caso.

O ovário pode reagir em certas intoxicações; tem-se descrito ovarites tóxicas consecutivas aos envenenamentos, pelo fósforo, arsénio e mercúrio.

Intestinal. — As infecções intestinais provocam também anexites, sobretudo quando existem aderências entre o intestino e os órgãos genitais. Elas são quasi sempre de origem apendicular.

A propagação entre o apêndice e a trompa, pode fazer-se das seguintes maneiras:

- a) Pelo contacto directo do apêndice com a trompa.
- b) Pelos linfáticos que cedem no pequeno ligamento apendiculo-ovárico, linfáticos de Clado.
- c) Por intermédio da serosa, principalmente quando entre os dois órgãos existem aderências.

Pelo que acabamos de expôr, vemos que são as infecções uterinas as que mais frequentemente são causadoras de lesões anexiais.

É de véras interessante o facto de ser a parte externa da trompa a mais vulgarmente atacada, enquanto que a região mais interna apresenta apenas lesões insignificantes.

O facto fica sem explicação, assim como se não explica que, nas metrites blenorragicas, o epididimo seja atacado sem que o canal o seja também.

Championnière, querendo dar uma explicação, diz que a infecção se faz por via linfática e não por via mucosa, e a verdade é que entre os anexos e o útero existem comunicações linfáticas muito íntimas.

Anatomia patológica

A descrição de conjunto é por assim dizer impossível, tão grande é a variedade de lesões. Podemos dizer que o cirurgião nunca encontra duas lesões perfeitamente idênticas. Desde as lesões as mais superficiais, até às mais profundas, encontram-se todos os intermediários. São quasi sempre bilaterais.

Unas vezes encontra-se uma trompa com mínimas lesões, contrastando com um grande abcesso ovárico. Outras vezes dá-se precisamente o contrário.

Nós faremos portanto umas ligeiras considerações, sobre as principais lesões, dizendo desde já que elas se combinam de mil e uma formas, de maneira a não se adaptarem a uma boa descrição.

As classificações, variam segundo os autores, mas a verdade é que elas não correspondem perfeitamente à clinica.

Salpingites provocadas por micróbios muito diferentes, podem dar lugar a uma sintomatologia idêntica. Pelo

contrário, anexites da mesma natureza histológica, podem, umas dar lugar a volumosas colecções e outras passar, por assim dizer, despercebidas.

Pozzi, baseando-se não só na anatomia patológica, mas também nos sintomas clínicos, fez uma classificação adoptada por um grande número de ginecologistas. Êste autor, baseando-se na transformação da trompa doente em uma cavidade quística, divide as salpingites em simples e quísticas.

Mas, a verdade é que, uma salpingite simples, pode acompanhar-se de um grande ovário, formado por uma cavidade purulenta e dando por consequência todos os sinais clínicos de uma salpingite quística.

Faure, propõe a classificação seguinte:

a) Salpingo-ovarites simples, que podem ser catarrais e purulentas. Não há entre estas formas diferença essencial. São apenas, dois estados de diferente evolução, dum mesmo processo infeccioso.

b) Salpingo-ovarites quísticas que segundo o seu conteúdo se subdividem em serosas, hemáticas e purulentas.

Lesões das trompas

Salpingites simples. — Nestas, as trompas são permeáveis. O seu aumento não é grande e raras vezes ultrapassa o volume de um dedo. A sua hipertrofia é mais na parte externa, onde se encontra por vezes flexuosidades e daí desigualdades no seu calibre. A superfície externa é avermelhada e algumas vezes coberta de falsas

membranas. As franjas edemaciadas são aderentes umas às outras. A mucosa tubar é espessa. As franjas estão hipertrofiadas e por vezes o são de tal maneira que obliteram completamente o canal. Outras vezes comprimidas, desaparecem por necrose.

O exame histológico mostra que as lesões são principalmente na mucosa. O epitélio descama, as células glandulares são intumescidas e vesiculosas. A túnica muscular que não se altera nos casos ligeiros, hipertrofia-se nos casos graves. O estrôma é infiltrado de células conjuntivas e linfócitos. Os vasos são dilatados. A cavidade da trompa contém um líquido viscoso e opalescente ou purulento.

Entre as salpingites simples e quísticas, não há diferença essencial. Apenas pela obliteração do canal as lesões são mais acentuadas.

Do lado do orifício uterino, não há obliteração anatomo-patologicamente, posto que a haja fisiologicamente. Na verdade o líquido não passa para a cavidade uterina e isso depende de vários factores, do qual o mais importante são as curvaturas.

O intumescimento da mucosa, o espessamento das paredes, etc., actuam da mesma maneira. No orifício abdominal, já se não passa assim e a obliteração é completa.

As serosas reagem às infecções formando aderências. É sem dúvida devido a estas aderências, unindo as franjas umas às outras, que a obliteração do canal se faz.

Ora tendo a trompa os orifícios obliterados, fácil é de compreender como se forma a salpingite quística.

Mas nem sempre assim sucede. Como Reynaud de-

monstrou, muitas vezes o pavilhão da trompa adere internamente ao ovário. Nestas condições dois quistos se podem formar e pela ruptura da parede de união, dar lugar a um salpingo-ovarite quística.

A comunicação entre os dois quistos, é tanto maior quanto mais antiga fôr a afecção.

O volume do quisto é extremamente variável, atingindo por vezes um volume considerável, mais que uma cabeça de feto.

A quantidade de líquido pode ultrapassar dois litros.

Como já atrás dissemos, as salpingites quísticas distinguem-se pelo seu conteúdo em três espécies de salpinx: hidro-salpinx, hemato-salpinx e pio-salpinx.

Não existe por assim dizer uma barreira nítida, entre estes três tipos, porque um hidro-salpinx, pode transformar-se em pio-salpinx e vice-versa. O mesmo diremos do hemato-salpinx.

Hidro-salpinx. — O conteúdo é serôso, claro e citrino, algumas vezes ligeiramente hemático.

A parede é histologicamente formada por uma delgada lâmina conjuntiva, revestida internamente por epitélio descontínuo que perde os caracteres do epitélio cilíndrico.

A patogenia exacta é ainda mal conhecida. É incontestável que certos hidro-salpinx, são o resultado duma infecção atenuada que determina uma hipersecreção da mucosa. Outros casos, parecem poder explicar-se pela congestão e hipersecreção da mucosa.

Pio-salpinx. — É constituído por pus bem ligado, virulento a princípio, e que muitas vezes com o tempo se

torna estéril. Histologicamente a parede é constituída por tecido inflamatório em via de organização fibrosa. O epitélio é achatado e desaparece em alguns pontos.

Hemato-salpinx.— A parede da trompa, é formada por tecido fibroso. O sangue é mais ou menos alterado, com coágulos, alguns dos quais em via de organização. Quási sempre são devidos à gravidez tubar. Há alguns, causados pela retenção do sangue menstrual, devido à atresia das vias genitais. Alguns são devidos à apoplexia da trompa por congestão excessiva das paredes.

Os hemato-salpinx de origem infecciosa, são devidos a uma pachi-salpingite hemorrágica. A forma da trompa doente é muito variável. Contudo, quando ela adquire um certo volume, as formas mais freqüentes são arredondadas ou fusiformes.

No estado patológico as relações do ovário com a trompa são muito variáveis. Algumas vezes o ovário é perfeitamente independente e parece indene, outras vezes então desaparece no meio de falsas membranas ou os dois formam uma única cavidade quística, sem limite de marcação bem nítida.

Como já atrás dissemos, é principalmente a parte externa da trompa que se torna quística. Esta, pelo seu próprio pêso e pelo decúbito dorsal, no qual as doentes permanecem muito tempo, tende a cair para o fundo de saco de Douglas. É na verdade aí, onde nós a encontramos a maior parte das vezes. É vulgar também encontrá-la acima do ligamento largo.

Pierre Delbet, pensa que as aderências que fixam a trompa ao peritoneu que forra o estreito superior, são

devidas à inflamação primitiva do cêcum, do apêndice ou do S. íliaco. Uma infecção secundária vem então encontrá-la nesta posição.

Finalmente, a trompa pode estar na sua situação normal, fixar-se ao fundo do útero, ao fundo do saco vesico-uterino, etc.

Quando é a parte interna da trompa que se torna quística, pode desenvolver-se no interior do ligamento largo, tornando-se assim intra-ligamentar.

Os anexos, quando caem no fundo do saco de Douglas não o enchem totalmente, existindo entre a parte mais inferior dêste e os anexos caídos, um espaço de cli-vagem que se aproveita quando se faz a histerectomia pelos processos de Faure.

Visto que o peritoneu pélvico é menos irrigado que o intestinal, as aderências são também menos resistentes. Esta propriedade é também aproveitada nos mesmos processos.

Diremos agora duas palavras sôbre a tuberculose.

As lesões não diferem das lesões tuberculosas encontradas nos outros órgãos; as reacções celulares são sempre as mesmas e manifestam-se por alterações idênticas: tuberculos miliares isolados ou confluentes, pequenas massas caseosas ou largas infiltrações, cavernas microscópicas ou vastos abcessos frios, colécções purulentas, fongosidades e ulcerações mais ou menos profundas e mais ou menos extensas.

É principalmente a trompa a mais atacada. Torna-se freqüentes vezes quística.

Quando o peritoneu não é semeado de granulações

tuberculosas, o diagnóstico não pode ser feito senão depois da abertura da trompa onde se encontra pus granuloso e mal ligado, ou verde e cremoso. A parede é então espessa e condensada podendo adquirir estas formas um volume considerável formando um verdadeiro abscesso frio.

Em outros casos a cavidade da trompa contém fongosidades; são as salpingites fongosas.

Como as lesões são quasi sempre bilaterais, podemos encontrar, dum lado um abscesso frio, e do outro fongosidades.

Sobre a sífilis diremos apenas que as lesões da trompa, apresentam-se debaixo de duas formas:

a) Forma catarral, na qual as trompas são aumentadas de volume, fortemente congestionadas e isoladas.

b) Forma gomosa ou esclerogomosa, onde as paredes tubares apresentam nódulos gomosos. Estes podem adquirir um volume considerável.

Entremos agora nas lesões do

Ovário. — Aqui como para as lesões da trompa, numerosas são as classificações que se tem proposto.

Faure, divide as ovarites em infecciosas e esclerosas. Se bem que algumas ovarites esclerosas, não são senão o resultado da infecção, o certo é que quasi todas são dependentes de perturbações distróficas.

Ovarites infecciosas. — A infecção microbiana do ovário faz-se pela periferia e pelo hilo. A infecção pela periferia é sem dúvida devida à passagem dos micro-organismos através da trompa. Esta infecção é quasi sempre blenorragica e não determina colecções purulentas.

O ovário é aumentado de volume e de consistência mole. As lesões corticais são em geral pouco marcadas.

A infecção pelo hilo é geralmente devida ao estreptococo.

Os folículos aumentam de volume e tornam-se purulentos, formando os abscessos do ovário.

Quando os fenómenos inflamatórios param, os abscessos reabsorvem-se muitas vezes. Os vasos atrofiam-se e o tecido conjuntivo hipertrofiando-se, organiza-se em tecido fibroso, formando assim a forma esclerosa.

Ovarite esclerosa. — O ovário atrofiando-se é cheio de circunvoluções. Todo o órgão é a sede duma infiltração esclerosa retráctil que oblitera os vasos e estrangula os filetes nervosos.

*

* *

Os ovários são mais raramente atingidos pela tuberculose que a trompa. E quasi sempre secundária a esta. Guilhemain tem contudo operado 13 casos de tuberculose isolada dos ovários. São extremamente raras as granulacões tuberculosas à sua superfície. É sobretudo sob a forma de abscessos frios que o ovário se nos apresenta.

Uma variedade muito interessante de ovarite tuberculosa, é a forma hipertrófica, quística.

Poncet e Leriche, mostraram que o bacilo de Koch podia determinar um grande número de lesões de patogenia incerta. Entre estas lesões Pollosson e Violet, estuda-

ram um certo número de ovarites quísticas, atingindo algumas delas volumes consideráveis.

Estes autores dividem as ovarites quísticas de origem tuberculosa em três grupos:

a) Produções quísticas do ovário associadas à tuberculose tubar ou peritoneal em evolução.

b) Produções quísticas do ovário associadas à tuberculose tubar ou peritoneal, apagadas.

c) Produções quísticas do ovário, sem se encontrarem lesões tuberculosas de vizinhança, mas onde existem focos tuberculosos a distância.

A tuberculose é pois susceptível de provocar quistos ováricos, uni, pauci ou multiloculares. Estes quistos, diferem das lesões neoplásicas em que podem desaparecer pela reabsorção do seu conteúdo.

*

* *

A sífilis apresenta-se com a forma gomosa ou esclero-gomosa. Pode também determinar degenerescência esclero-quística dos ovários. Em alguns casos, estes são muito reduzidos e quási constituídos por tecido fibroso.

Peritoneu. — Dissemos já nas páginas antecedentes que o peritoneu apresenta lesões apreciáveis.

Estas lesões, ao contrário do que antigamente se julgava, são quási sempre secundárias às lesões dos anexos.

O peritoneu, reage às inflamações, produzindo muito

rápida-mente aderências, graças às quais o mal não se propaga.

De todas as infecções dos anexos, aquela que ataca mais vezes o peritoneu, é a tuberculose. Com efeito, esta desenvolve-se com facilidade nas serosas, provocando por vezes lesões insignificantes: — umas ligeiras granulações sôbre o peritoneu que envolve a trompa. Outras vezes então, o processo estende-se mais longe.

As aderências formam espaços que se enchem de líquido seroso ou mesmo purulento.

O processo pode ainda ir mais longe e não ficar localizado na pequena bacia, havendo então a peritonite mais ou menos difusa.

Sintomatologia

Sintomas funcionaes. — Das formas crónicas que se apresentam com uma ligeira sintomatologia, até às formas agudas, mais ou menos alarmantes, todos os intermediários se podem encontrar.

Quási sempre a infecção é crónica desde o início e sucede a uma metrite antiga.

De todos os sintomas, o mais importante e que quási nunca falta, é a dor. As doentes portadoras de metrites, vêem as suas dores aumentarem, com o tempo.

Pela pressão nos anexos doentes, as dores tornam-se por vezes intoleráveis. A sua irradiação é muito variável; assim, irradiam para as coxas, para o perineo, para a bexiga, para o coccix, para a região lombar, etc.

Diremos também que algumas vezes, embora raramente, este sintoma falta, queixando-se as doentes apenas de um ligeiro pêso no perineo, que augmenta é certo durante a marcha, viagem, etc., mas que não as incomoda a ponto de recolherem ao leito. Esta ausência de

dor, encontra-se sobretudo nos casos de colecções salpingeas volumosas e antigas.

As dores podem, pelo contrário, ser muito intensas e obrigarem a doente a uma imobilidade mais ou menos absoluta. Mas isto é raro e elas incomodam mais pela persistência do que pela intensidade.

Alguns autores falam de cólicas tubares, que atribuem a contracções da trompa e que desaparecem depois de uma certa quantidade de líquido ter passado para a cavidade uterina.

Faure e Siderey, encontraram numa ocasião destas cólicas, uma pequena massa globulosa justa uterina, que desapareceu com a cólica. O facto é raro, não tendo portanto grande importância prática.

É para notar a dor que muitas doentes sentem no momento da defecação, principalmente se o bôlo fecal é duro e volumoso.

Muitas doentes fazem mesmo por não defecar, aumentando assim a obstipação que frequentemente se observa.

As perturbações sanguíneas são variadas. Não é raro encontrar dismenorrea. Observam-se também menorragias e metrorragias, mas o que mais se observa é a amenorrea, ou pelo menos períodos de amenorrea. Nos 30 % dos casos, a menstruação é normal.

Falam também alguns autores de leucorrea, o que é verdade, pois que o orifício uterino nem sempre é obliterado. Já atrás falamos de cólicas tubares que são seguidas de um escoamento lançado na cavidade uterina.

Quando se faz a palpação bimanual, observa-se ainda

que muito raramente, a desapareção quasi completa do quisto, que é devida à passagem para o útero do líquido existente na trompa.

Mas a verdade, é que o corrimento leucorreico é quasi sempre devido à metrite concomitante.

As perturbações gerais variam muitissimo. Algumas vezes são tão ligeiras que pouco ou nada incomodam os doentes. Estas perturbações descritas por Pozzi, sob o nome de síndrome uterino, são:

Perturbações digestivas. — Sem dúvida as mais frequentes, manifestam-se por perda de appetite, náuseas, flatulência, vômitos, timpanismo, obstipação, etc.

Perturbações respiratórias. — A tosse e a dispneia são as mais frequentes.

Perturbações nervosas. — Nevralgias variadas, nevroses, neurastenia, coccidodinia, etc.

Perturbações circulatórias. — Palpitações, tendência às lipotímias, etc., etc.

Mas nem sempre a afecção tem uma marcha essencialmente crónica. Se não principia duma maneira aguda, pode na sua evolução, ter acessos agudos.

É frequente depois de um abôrto ou parto, a anexite fazer a sua aparição mais ou menos aguda.

As dores são então muito intensas, a temperatura é elevada, o pulso pequeno frequente e hipotenso, náuseas, vômitos, timpanismo abdominal, disúria, etc. A curva da temperatura é bastante irregular, mas encontra-se muito frequentemente exacerbações vespertais de um a dois graus.

Com o tratamento médico, o arrefecimento das lesões é a regra, passando então ao estado crónico.

Sinais físicos. — A palpação não dá grandes ensinosa não ser que os anexos estejam muito aumentados de volume.

Habitualmente por este meio sente-se:

- a) Uma resistência muscular mais ou menos acentuada.
- b) Um ponto doloroso à pressão situado mais baixo e mais para dentro do ponto apendicular.
- c) Algumas vezes um empastamento profundo nas anexites altas.

Pelo toque combinado com a palpação podemos apreciar:

a) *Sede do útero.* — Os desvios são extremamente freqüentes, principalmente os retro-desvios. Os latero-desvios observam-se também, mormente se a salpingo-ovárite é quística e de grande volume.

b) *Volume e sensibilidade do útero.* — O útero aumentado de volume nas metrites parenquimatosas, é doloroso quando se explora vivamente.

c) *Mobilidade do útero.* — Este pode ser móvel, mas quasi sempre é fixo pelas aderências, o que é um bom elemento de diagnóstico.

d) *Volume, situação e sensibilidade dos anexos.* — No estado normal os anexos sentem-se quasi sempre, a não ser que as doentes tenham grande quantidade de tecido adiposo, ou que os músculos da parede abdominal estejam muito tensos e não permitam uma palpação completa.

Os anexos encontram-se aumentados de volume e dolorosos.

Este aumento de volume pode ser considerável e

atingir mesmo o tamanho de uma cabeça de feto. Nas salpingo-ovarites simples, sente-se apenas um cordão duro, doloroso e bosselado.

O aumento de volume não é tão grande como nos parece pela palpação. Compreende-se isso perfeitamente se repararmos que entre os dedos está a parede abdominal e vaginal e que à volta dos anexos doentes existem falsas membranas, algumas vezes mesmo, bolsas de peritonite serosa.

Como já dissemos a propósito da anatomia patológica, os anexos doentes encontram-se muitas vezes no fundo de saco de Douglas.

Sente-se então aí uma massa dura, sensível, apreciando-se quando não existem aderências, a forma, a consistência, a sensibilidade, o volume, etc.

O toque rectal deve sempre empregar-se nas virgens, bem como quando os anexos estão prolabados no Douglas.

*

* *

A tuberculose anexial apresenta-se com dois tipos clínicos principais: Salpingo-ovarite crónica e peritonite tuberculosa sub-aguda ou crónica.

Salpingo-ovarite crónica. — Depois de um período mais ou menos agudo, persiste um estado doloroso na pequena bacia. Estas dores exasperam-se no momento das regras (dismenorreia). A dôr é longe de ser constante e pode mesmo faltar, principalmente nos grandes abscessos frios da trompa. A amenorreia é aqui muito frequente. As

menorragias ou metrorragias só se encontram se por exemplo o útero tem algum fibroma ou se existe uma infecção associada.

A leucorreia é variável.

O estado geral é ordinariamente alterado: emagrecimento, suores, febre, em suma mais grave do que parecia pelo estado local.

Pelo toque, percebe-se ordinariamente massas anexiais bilaterais e alongadas no sentido transversal e em forma de rosário.

Os ligamentos largos são a sede da parametrite crônica, devida à linfangite tuberculosa. Sente-se algumas vezes na parede posterior do útero e nos ligamentos uterossagrados, tubérculos salientes e duros, nodosidades desde o volume duma cabeça de alfinete até ao duma fava e mais. Êste sinal é mais fácil procurá-lo pelo recta toquel.

Ê vulgar encontrar-se também grossos pio-salpinx indolores. Ê em favor da tuberculose, quando há a coexistência de diarreia com lesões inflamatórias do aparelho genital e a constatação de lesões duras, parecendo antigas, com tendência cicatricial, posto que a história clínica, toda recente, não permita concluir um processo antigo.

Nenhum dos sintomas funcionais e físicos nos permite assegurar com certeza absoluta o diagnóstico. Êste basea-se principalmente nos antecedentes, (escrófula, tuberculose), ausência de puerperalidade e gonocócia.

Deve pensar-se também em tuberculose quando a evolução é fria, quasi indolor, não dando nascimento a episódios agudos de pelvi-peritonite, como sucede tantas vezes nas salpingo-ovarites estreptocólicas e gonocóci-

cas, acompanhando-se contudo duma alteração profunda da saúde geral.

É necessário também dizermos que a tuberculose pode não se manifestar senão na ocasião dum parto, aparecendo com a forma aguda, que se confunde com a infecção puerperal.

Peritonite tuberculosa. — A propagação ao peritонеu é freqüente, dando a peritonite com forma ascítica ou adesiva.

Nas doentes atacadas da primeira, o estado geral não se altera tão rapidamente porque o intestino funciona bem quer dizer, não impede a absorpção intestinal, posto que a segunda formando obstáculo a esta função debilita muito mais o organismo.

Um dos sintomas muito freqüentemente notado, é a esterilidade.

Observa-se, dores abdominais que aumentam no momento das regras, perturbações digestivas, amenorrea, leucorreia que toma algumas vezes o aspecto leitoso, irregularidades menstruais, alteração do estado geral, etc.

A palpação sente-se a ascite ou massas de peritonite.

De tudo isto, concluímos nós que se a invasão peritonia se não fizer rapidamente, os sintomas, são os de uma vulgar anexite.

*

* *

Na sífilis anexial os sintomas são também os de uma anexite banal.

O Dr. Jeanne apresentou uma observação, na qual

as alterações anexiais afectam numa mulher sífilítica, uma salpingo-ovarite de aparência banal, que desapareceu com o tratamento anti-sifilítico.

O diagnóstico foi terapêutico.

Contudo existem dois sintomas, que quando se observam devem inclinar o clínico a fazer o diagnóstico de sífilis.

O principal é a hemorragia.

A princípio são menorragias e depois um escoamento de sangue quási contínuo.

Quando estas metrorragias se observam na puberdade devem fazer pensar na heredo-sífilis.

Muitos autores dão um grande valor de diagnóstico à dor provocada pela pressão nas artérias pelvicas: uterina, vaginal, vergonhosa interna e hipogástrica. Êste sinal tem na verdade grande valor, quando coexiste com outros sintomas, como um tumor anexial, hemorragias rebeldes e antecedentes específicos.

Diagnóstico

O diagnóstico das salpingo-ovarites é por vezes extremamente difícil. Assim as salpingo-ovarites simples, onde o aumento da trompa é pequeno, o empastamento periférico não existe e caracterizando-se apenas por ligeiras dores à pressão, são sem dúvida de diagnóstico difícil.

Diz Pozzi que as dores que se encontram na metrite são devidas à propagação da infecção às trompas. Mas, a verdade é que mesmo no estado normal a trompa é muito sensível, sensibilidade esta que pode ser aumentada pela simples congestão entretida pela metrite.

Certas dores, provocadas por alterações esclero-quisticas importantes dão lugar também a confusões. Vê-se pois, que o diagnóstico das salpingo-ovarites simples é um tanto ou quanto difícil, mas como vamos ver não é menos a salpingo-ovarite quística.

Em primeiro lugar diremos, que fazer o diagnóstico diferencial entre pio, hidro e hemato-salpinx, não é já pe-

quena tarefa e quantas vezes só pela operação é que o diagnóstico se faz.

Devemos sempre pensar num pio-salpinx, quando a dilatação da trompa sucede a uma infecção blenorragica ou a uma infecção puerperal e há muitas aderências; quando por exemplo se observam fístulas purulentas, ou quando o quisto é duplo.

Diremos também que o hidro-salpinx é vulgarmente duplo e que podemos encontrar dum lado um pio-salpinx e do outro um hidro-salpinx.

São em favor dêste último, o aumento considerável do quisto sem aderências extensas.

A pressão é também aqui menos dolorosa.

Devemos pensar em hemato-salpinx quando ela é unilateral e quando existem sintomas de gravidez.

As perturbações da menstruação são aqui de grande valor.

Quando os anexos estão prolabados no Douglas, três são as afecções que se prestam à confusão. São: fibroma da face posterior do útero, hematócelo e retroflexão.

Fibroma da face posterior. — Um fibroma de pequeno volume não dá hemorragias, não dá aumento da cavidade do útero, não dá tumor perceptível acima do púbis, etc. Há mesmo alguns fibromas que são dolorosos.

Pelo contrário, há salpingites que se acompanham de menorragias e metrorragias, de corrimento leucorreico e podem mesmo não ser dolorosas.

O toque rectal pode nestas condições tirar-nos algumas dúvidas.

Por este meio, circunscreve-se melhor o tumor, cons-

tata-se que êle faz ou não corpo com o útero e que a consistência é dura ou não, por todo êle.

O diagnóstico é facil se encontrando um tumor na face posterior do útero, encontramos ao mesmo tempo os anexos muito mais altos.

Hematocelo. — Êste, forma geralmente um tumor arredondado, indolente e sem reacção febril. Se além disso a história da doença nos dá sinais de hemorragia interna, o diagnóstico torna-se então fácil.

Retroflexão. — Na retroflexão, o fundo do útero não é percebido pela palpação bimanual e o corpo que se sente no Douglas não é doloroso.

Além disso vê-se a continuidade do corpo caído, com o colo, bem como o ângulo que faz um com o outro. Fazendo a histerometria, vemos que o útero está caído para traz, o que não succede na salpingo-ovarite.

Mas não é só com as afecções atrás citadas que as anexites se confundem. Os quistos do ovário, a apendicite, a pelvi-peritonite, as fibromas do útero, o fleimão do ligamento largo e a gravidez tubar, prestam-se também a confusões.

Quisto do ovário. — Êste distingue-se pela ausência de relação com o útero, pela indolência e forma arredondada.

Apendicite. — Nas formas agudas de salpingite a reacção peritoneal é tão intensa como na apendicite e não é fácil precisar bem onde existe o máximo de dor.

O toque nada nos dirá, porque nesta época não existe ainda nenhum exsudato apreciável.

Se, depois de extintos os fenómenos agudos, uma

colecção enquistada se forma o diagnóstico é ainda difícil porque as duas afecções a podem produzir.

O interrogatório da doente, pode até certo ponto elucidar-nos, se acusa perturbações do aparelho genital.

Mas não devemos esquecer-nos que estas duas afecções podem coexistir.

Pelvi-peritonite. — Esta é muitas vezes a complicação duma salpingite antiga. A pequena bacia é aqui cheia de uma massa sólida, os fundos de saco desaparecem à excepção do anterior e não se sentem os anexos no meio de toda aquela massa.

Fleimão do ligamento largo. — Neste caso o tumor é junto ao útero e projecta-o para o lado oposto. Não existe limite de marcação entre o fleimão e o útero.

Além disso estes tumores tem uma tendência a propagar-se para a face anterior do útero.

Nada disto se encontra nas salpingites, mas o diagnóstico torna-se muito difícil se as duas afecções coexistem.

Fibroma. — Êste está intimamente ligado ao útero, não existindo portanto sulco intermediário. Isto mesmo pode também suceder na salpingite, mas então a consistência é aqui menor e o aumento de volume do útero não existe.

Gravidez tubar. — Durante os primeiros meses o diagnóstico é, senão impossível, muito difícil.

A hipertrofia do útero e a expulsão duma caduca são os únicos sinais de probabilidade. As regras, podem com efeito persistir.

*

* *

O diagnóstico da tuberculose anexial é por vezes impossível e não pode ser posto duma maneira absoluta, se se não encontra o bacilo de Koch.

A simptomatologia duma salpingite tuberculosa e de uma salpingite banal, é quasi sempre muito semelhante só com a diferença de a tendência muito mais acentuada à invasão do peritoneu.

Pelo contrário, há casos em que o diagnóstico se torna fácil.

Assim, encontrando numa mulher nitidamente tuberculosa, o desenvolvimento rápido de massas anexiais volumosas e sobretudo se estas manifestações anexiais são acompanhadas de invasão peritoneal, com aumento de volume do abdómen, bolsas ascíticas e acumulação de neo-membranas irregulares, o diagnóstico é fácil.

A evolução não dá ensinamentos precisos. A tuberculose instala-se insidiosamente e assim continua sem provocar grandes dores.

Ela pode ao contrário, fazer a sua aparição, com fenómenos agudos, ou apresentar, no caso de uma evolução insidiosa, períodos agudos. Pode também complicar-se de infecção secundária. Vê-se portanto, que o diagnóstico é difícil e por vezes nem mesmo na ocasião da operação se faz e só o laboratório é que pode pronunciar-se com certeza.

Faure, cita um caso duma doente, onde a evolução

foi tão rápida que êle julgou estar em frente de um tumor maligno.

Vem publicado num jornal inglês a seguinte observação:

Irido-ciclite bilateral com diminuição progressiva da acuidade visual. Dores fortes num joelho e num braço. Wassermann negativo. Tratamento iodado e mercurial sem efeito.

Descoberta duma salpingite dura. Nenhuma modificação menstrual nem dor abdominal.

Histerectomia por tuberculose anexial.

Desaparição das dores 3 dias depois da intervenção e melhoras rápidas da vista (objectiva e subjectiva), desaparecimento de opacidades do vítreo.

Sintomas devidos verdadeiramente à acção das toxinas.

Riche conclui da maneira seguinte:

«Em certos casos, o diagnóstico pode ser posto duma maneira absoluta; noutros será muito provável; as probabilidades podem ir diminuindo até tornar o diagnóstico impossível.

1.º Toda a mulher com salpingite cujas secreções uterinas dão inoculações positivas, ou deixam ver o bacilo, o diagnóstico será certo.

2.º Será muito provável, se encontrarmos uma salpingite numa virgem, ou numa mulher não tendo tido nem gravidez nem blenorragia, mas apresentando ou tendo apresentado manifestações tuberculosas.

3.º Se numa mulher tuberculosa, tendo tido uma gravidez ou uma blenorragia, nós constatarmos uma sal-

pingite dura e bosselada, nós estamos no direito de supôr a tuberculose das trompas.

4.º Finalmente, uma mulher, não tuberculosa pulmonar, tendo nos seus antecedentes uma gravidez ou uma blenorragia, poderá ter uma salpingite bacilar, sem que nada nos autorise a supôr esta natureza da afecção.

Finalmente, é por vezes impossível dizer qual o verdadeiro agente de uma salpingo-ovarite. É em favor do bacilo de Koch o seguinte:

- a) Estado geral do doente.
- b) Antecedentes pessoais.
- c) Dores não desaparecendo com o tratamento anti-flogístico.
- d) Estado dos outros aparelhos do organismo.
- e) Amenorreia.
- f) Esterilidade.
- g) Ausência de gravidez ou gonocócia.
- h) Virgindade.
- i) Aumento de volume do abdómen. Sinais de peritonite tuberculosa.

Mas se os sinais clínicos são muitas vezes insuficientes, ficando portanto no nosso espírito, a incerteza, podemos ainda lançar mão dos processos bacteriológicos e das reacções humorais confirmando-nos assim ou não, o diagnóstico presumível.

A procura do bacilo nas secreções uterinas é quasi sempre negativa. A inoculação à cobaia elucida muito mais do que o processo antecedente, e é a êste que nós devemos recorrer sempre.

A cuti-reacção, a oftalmo-reacção, o sero-diagnós-

tico de Arloing e Courmont e as injeções sub-cutâneas de tuberculina, são métodos de que podemos lançar mão nos casos duvidosos.

O diagnóstico de salpingite sifilítica é baseada nas hemorragias e nos antecedentes.

Evolução.—Acidentes.—Terminação

As salpingo-ovarites teem quási sempre uma evolução crónica.

Nas formas agudas a infecção propaga-se ao peritoneu, podendo dar lugar a uma peritonite generalizada que vitima as doentes em poucas horas. As lesões da trompa podem ser então mínimas. A rutura da trompa doente, é um acidente que termina quási sempre pela morte.

Quando a infecção dos anexos não é tão aguda, encontram-se estes cheios de pus virulento, envolvidos de falsas membranas, formando igualmente cavidades cheias de pus virulento. Se a rutura destas cavidades se produz, a extensão do mal faz-se rápidamente.

A rutura da salpingite pode fazer-se de duas maneiras:

Brutal, sem prodromas e caracterizada por uma dor sincopal.

Lenta e caracterizada por fissuras múltiplas. Esta

última, traduz-se clinicamente por um síndrome menos alarmante e por uma diminuição progressiva do volume do quisto.

A consequência a mais grave, é como acima dissemos, a peritonite generalizada.

Nas formas hiperagudas, as doentes morrem intoxicadas sem que os sintomas de peritonite se mostrem duma maneira nítida.

Nas formas agudas o síndrome peritonial é bem caracterizado.

Aqui, como na apendicite, observa-se a *acalmia triste*, de que tanto fala Dieulafoy.

É necessário, como diz este grande mestre, operar imediatamente e não acreditar na cura tão rápida das lesões. Demorar algumas horas, é deixar generalizar o mal.

Em casos destes, operam-se imediatamente as doentes e os resultados são tanto mais satisfatórios, quanto mais cedo se opera.

A rutura na bexiga traduz-se pela aparição de pus nas urinas. Este escoamento purulento pode persistir muito tempo sem que a cistite se declare. Contudo a infecção urinária ascendente e a septicemia crónica são a temer.

A rutura no rectum é frequente. É geralmente precedida de tenesmo, diarreia serosa ou sanguinolenta, frequente vontade de defecar, etc.

Por esta fístula o pus pode sair completamente e fazer-se assim a cura, mas o facto é muito raro. Vulgarmente o quisto não se esvasia completamente e não de-

mora a encher-se de novo. A dor, febre, fenómenos gerais etc., aparecem até uma nova evacuação. Depois a fistula infecta-se secundariamente. Os sintomas de reabsorção tóxica aparecem e a doente sucumbe com o síndrome «*septicemia crônica*».

A torção dos anexos é também uma complicação que se observa nas salpingites quísticas. O grau de torção é variável e devemos distinguir dois graus:

a) *Torção com estrangulamento.* — Esta faz-se rapidamente e toda a circulação é interrompida no pedículo. A trompa e o ovário apresentam então lesões de esfacelo e a peritonite é a consequência.

b) *Torção sem estrangulamento.* — Neste, a mudança de posição do tumor faz-se lentamente. A circulação não pára por completo. Esta perturbação traduz-se por hemorragias (transformação dum hidro em hemato-salpinx) e por inflamação periférica.

Clínicamente a torção brusca, caracteriza-se por dor intensa, vômitos, dilatação do ventre, aceleração do pulso, aumento de volume e sensibilidade do tumor.

Na torção lenta, as dores são muito menos intensas, os vômitos raros, o estado geral pouco alterado e no fim de poucos dias tudo entra na ordem.

A oclusão intestinal, complicação que também se observa, é devida à inflamação perianexial.

As salpingo-ovarites agudas, com o tratamento médico passam ao estado crônico.

Podem curar-se clinicamente ou pelo menos incomodar tão pouco as doentes, que o mal lhes passa quasi despercebido.

Infelizmente isto não é a regra e o contrário sucede até nas anexites gonocócicas.

Pelo repouso e com o tratamento antiflogístico, o estado agudo passa, mas em breve, sob a influência duma infecção nova, duma fadiga ou mesmo sem causa apreciável, os fenómenos agudos reaparecem.

A doente tem então dores em todo o baixo ventre, a febre aparece, o estado geral altera-se, o pulso pequeno e freqüente, timpanismo, etc., tudo parece prever a infecção peritonal e se uma operação activa não é feita, a doente sucumbe.

Contudo, é mais freqüente ver esta crise passar e suceder-lhe uma, e outra, etc.

As perturbações tornam-se então de cada vez mais graves.

As doentes são obrigadas a passar muitos dias no leito e mesmo mēses. Emagrecem, caquetizam-se e succumbem aos accidentes da infecção crónica, ou a alguma complicação, como a peritonite difusa.

*

* *

A evolução da tuberculose é lenta e em geral discontinua.

Caracteriza-se por accidentes agudos ou sub-agudos, separados por períodos de silêncio completo.

No fim de algum tempo a ascite aumenta bem como as aderências. Ao mesmo tempo o estado geral altera-se.

Algumas complicações podem sobrevir agravando o prognóstico.

A propagação à pleura, à bexiga e a toda a árvore urinária, agravam sem dúvida o prognóstico. O mesmo sucede com as fístulas que se podem abrir, na pele, no uretere, na bexiga, no intestino e na vagina.

Se a operação não é feita a tempo estes doentes morrem por infecção crónica.

*

* *

A sífilis aqui como em qualquer outro órgão, é geralmente benigna desde que as doentes se submetam ao tratamento anti-sifilítico.

Tratamento

Feito o diagnóstico de salpingo-ovarite, devemos sempre ensaiar o tratamento médico, pois que ele é por si só, suficientemente num grande número de casos, para curar as doentes. Mas se o tratamento médico está indicado quando a evolução da salpingo-ovarite é crónica, muito mais está, quando deparamos com uma anexite em pleno período agudo.

A base do tratamento médico, é, o repouso prolongado.

As doentes de classe menos elevada, que não podem fazer um repouso, tão absoluto quanto possível, só muito dificilmente, ou mesmo não se curam da sua salpingo-ovarite.

Como a obstipação anda sempre ligada às afecções do aparelho genital, é absolutamente necessário lutar contra esta, porque ela aumenta a congestão dos órgãos pélvicos.

O régimen alimentar, deve pois ser rigorosamente instituído.

A cura da obstipação pelos purgantes, é um mau processo e a hygiene e dieta bem conduzidas, são na maior parte dos casos suficientes.

O régimen lacto-vegetariano é o melhor. As carnes, os condimentos, etc., em suma tudo o que é irritante para o intestino, deve ser pôsto de parte.

As doentes devem habituar-se a defecar a uma determinada hora.

A massagem, a electricidade e as duches no abdómen, são úteis nos casos rebeldes.

Se depois de todos estes meios, a obstipação continua, sômos então forçados a lançar mão dos purgantes. Destes, não utilizamos os drásticos, porque aumentam a congestão pélvica, nem os salinos, porque se o seu uso fôr prolongado, aumentam o que desejamos combater.

O oleo de rícino, a beladona, a evonimina e o podo-filino, são os que nós preferimos.

*

* *

Quando os fenómenos inflamatórios são agudos e as dores intensas, devemos lançar mão do gêlo sôbre o ventre. As aplicações quentes são também úteis.

No estado crónico, se as dores continuam, empregaremos os revulsivos.

As pontas de fôgo diminuem muito a dor. O mesmo

diremos das aplicações de tintura de iodo, nos fundos de saco vaginais, bem como na parede abdominal.

Como tratamento sintomático, é útil lançar mão dos clisteres de láudano, de valeriana, de chloral, etc.

Junto ao repouso, que é indispensável, anda associado o emprêgo das grandes irrigações quentes. Não é de grande necessidade que o líquido contenha antisépticos, no entanto, é útil manter a vagina tão aséptica quanto possível. Os antisépticos mais usados na sala de ginecologia são: permanganato de potássio e sublimado. O primeiro muito mais que o segundo.

As lavagens devem ser de uma grande quantidade de líquido, 3, 4, 5 e mais litros e a uma temperatura sufficientemente elevada. A cincoenta graus, as doentes podem suportá-la.

Ao mesmo tempo que estas irrigações se fazem é útil prescrever também injecções rectais egualmente quentes.

A quantidade a injectar é aqui pequena, porque é necessário que as doentes conservem o líquido 20 minutos a $\frac{1}{2}$ hora.

O líquido acumulado no recto banha a face posterior do útero e dos anexos.

O papel das lavagens e das injecções rectais, é descongestionar os órgãos inflamados, de maneira a favorecer a circulação pélvica.

Depois da irrigação, coloca-se no fundo da vagina um tampão de algodão embebido em glicerina, que pode ser pura ou associada a qualquer medicamento queratogénico, antiséptico, etc.

Para o nosso caso, a glicerina não precisa de qual-

quer junção medicamentosa. A glicerina provoca uma grande exudação, uma verdadeira sangria branca, des congestionando assim os órgãos pélvicos.

Richelot, preconiza o tratamento de *Luxeuil* que consiste em fazer duches vaginais de 80 a 100 litros de água também a temperatura elevada, seguida duma duche epigástrica e geral.

Este metodo qua dá na verdade grandes resultados, só pode ser utilizado nos grandes hospitais e portanto não tem para nós grande importância prática.

A massagem presta também grandes serviços na terapêutica ginecológica.

Para toda a espécie de massagens é preciso mais delicadeza que força. Nos primeiros dias, a massagem faz-se durante poucos minutos. Á medida que as sessões vão aumentando, aumenta também o tempo durante o qual se faz a massagem. Depois de cada sessão, a doente faz um repouso absoluto.

A massagem actua des congestionando os órgãos, activando a circulação arterial, venosa e linfática, provocando a absorpção das infiltrações e diminuindo a dor; as aderências desaparecem também por este processo.

As contra-indicações são: fenomenos agudos, derrames sanguíneos recentes e colecções purulentas.

Como modificador do estado geral, como sedutivo da dor, como agente vaso-motor, a electricidade com a diversidade das suas modalidades, é um agente terapêutico dos mais eficazes.

Se a anexite fôr blenorragica, o tratamento vacinico cura-a completamente.

Por estes meios, consegue-se clinicamente curar um grande número de salpingo-ovarites.

Devemos sempre ensaiar todos estes processos, e se eles não derem resultado satisfatório, recorreremos ao

Tratamento cirúrgico

Na terapêutica cirúrgica das anexites, temos a considerar os meios conservadores e os meios radicais. Sempre que possamos lançar mão dos primeiros, devemos fazê-lo, porque os órgãos de que nos ocupamos, tem várias funções a exercer e desempenham um grande papel na vida da mulher.

Das operações conservadoras, as que mais frequentemente se usam, são: reseção parcial do ovário, salpingostomia e salpingorrafia, salpingectomia, colpotomia posterior, etc.

As indicações destas operações, são os casos ligeiros, as lesões unilaterais e limitadas, colecções supuradas no fundo do saco de Douglas, etc.

Quando as lesões são mais acentuadas e bilaterais, todos os autores são de acôrdo em fazer, juntamente com os anexos, a ablação do útero. Pratica-se, portanto, a histerectomia, geralmente abdominal.

A histerectomia vaginal faz-se apenas nos casos de lesões agudas, febris e virulentas, quando há prolapso uterino muito acentuado, ou quando as doentes, pelo seu estado geral, não possam suportar o choque da histerectomia abdominal.

Da histerectomia abdominal há varios processos, que nós não vamos aqui relatar, porque se encontram descritos em todos os tratados de cirurgia.

*

* *

O tratamento médico da tuberculose anexial, só muito raras vezes pode curar uma doente.

Sabemos perfeitamente que o bom ar, a luz e a alimentação, tem uma grande influência sôbre qualquer foco tuberculoso e da tuberculino-terapia muito há a esperar.

Estes meios devem sempre empregar-se antes da terapêutica cirúrgica, porque se a lesão não é muito extensa, pode por si só curar-se.

A tuberculose é hoje uma doença freqüente, mas curável.

Nas autópsias encontram-se muitas vezes nódulos tuberculosos calcificados, fibrosos, isto é, curados. Os tuberculosos do 1.º grau, são quási todos curáveis desde que se sujeitem a um régimen higieno-dietético severo. É por isso que só depois dêste tratamento se mostrar insufficiente, é que o cirurgião deve lançar mão do bisturi.

Mas, pergunta-se, o tratamento é eficaz?

Maurice Patel diz, sôbre o assunto o seguinte:

8 doentes estavam completamente curados no fim dum ano.

80 doentes, tendo sido vistos em espaços de tempo mais ou menos longo, apresentaram-se.

7 em estado mau (6 tuberculosos e 1 com fistula vaginal).

73 perfeitamente bons.

Esta estatística, mostra que o tratamento cirúrgico deve ser altamente preconizado.

Diremos de passagem, que a tuberculose anexial, é a maior parte das vezes dupla.

Para Schranm, é dupla 8 vezes sôbre 10, 5 vezes sôbre 6 para Martin.

A cura espontânea destas lesões e a feliz influência da laparotomia exploradora, só poderá dar-se em condições anatómicas, higiênicas e sociais, especiais e raras.

Bouilly, Murphy, Mais, etc., mostram que a cura post-operatória não é senão provisória.

Depois de laparotomias sucessivas, a ascite reproduz-se e a cura não sobrevem definitivamente, senão depois da extirpação completa das lesões anexiais.

O tratamento cirúrgico, diverge muito segundo os autores.

Emquanto que uns preconizam a exeresse larga e necessária, outros recomendam a abstenção.

Faure, não admite que o cirurgião, deixe ficar dentro do organismo outro foco tuberculoso e visto que a tuberculose anexial é quasi sempre dupla, não é apolo-gista das intervenções conservadoras.

Pozzi é partidário da castração total, para que não fique um único bocado de tecido uterino, que pode estar tuberculoso.

Pelo contrário, Veit, diz que a tuberculose anexial é susceptível de cura.

Mac Carm, diz que a tendência à cicatrização é indiscutível e se manifesta pelo desenvolvimento dum processo fibroso.

Mas, é um facto assente, que as tuberculoses anxiais não operáveis, são fatais.

Em 80 casos, Simmonds, observou os seguintes resultados:

33 mortos de tísica.

12 mortos de tuberculose visceral.

20 mortos de tuberculose peritonal.

8 mortos de afecções intercorrentes.

Vemos, portanto, que é necessário operar todos os doentes portadores de tuberculose anxial. É claro que aqui, como de resto para qualquer operação é necessário saber indicações precisas. Não podemos ser sistemática-mente, radicalistas ou abstencionistas.

O caso clínico é que nos há-de dizer a maneira de proceder.

Indicações tiradas do estudo clínico

Estado geral.— A presença de um outro foco de tuberculose em evolução, não constitui sempre uma contra-indicação absoluta e tem-se visto na tuberculose secundária, do intestino ou peritoneu, que a ablação do foco principal, produz a retrocessão destas lesões.

Pelo contrário, a presença de lesões avançadas contra-indicam a operação.

Estado local.— Desde que o estado geral seja bom,

parece que a única contra-indicação local está apenas na evolução aguda: temperatura, dor, ascite, meteorismo, náuseas, vômitos, pulso freqüente, etc., devendo aqui instituir-se um tratamento médico, até que os fenômenos agudos desapareçam.

O tratamento cirúrgico neste momento, seria a generalização do mal.

Escolha da intervenção

As intervenções por via vaginal, estão quasi completamente postas de parte, como já atrás dissemos, e tendem a desaparecer, não só porque a operação é muito mais difícil e perigosa por causa das aderências, mas também porque não permite operações completas.

É a laparotomia, a via alta, que hoje correntemente se emprega.

Três espécies de intervenções se empregam: a laparotomia simples, as intervenções conservadoras e as intervenções radicais.

A *laparotomia simples*, está indicada quando há ascite enquistada (pelvi-peritonite tuberculosa serosa).

Infelizmente, como já atrás dissemos a ascite recidiva e é por isso que se tem proposto a ablação dos anexos doentes, quando não existem aderências muito fortes.

Mayo, vendo recidivar as ascites, resolveu praticar sistematicamente a ablação dos anexos e em 26 casos, obteve 25 sucessos.

Se as lesões peritoneais são muito extensas e a abla-

ção dos anexos é impossível, está ainda indicado a laparotomia simples. Algumas destas doentes curam por êste processo, sem que se saiba a maneira como êle actua.

Intervenções conservadoras. — Os radicalistas, apoiando-se sôbre a bilateralidade das lesões anexiais, não hesitam em praticar a castração, dizendo ao mesmo tempo, que a ablação dos ovários predispondo à obesidade, constitui também um bom tratamento da tuberculose.

A verdade é que muitas intervenções conservadoras tem curado completamente as doentes, e em idade relativamente baixa, só em último caso devemos ser radicais.

De resto existem muitas observações, onde operações conservadoras tem curado as doentes, que continuam a ter regularmente as suas menstruações e que se tornam ulteriormente grávidas.

Se as duas trompas estão doentes e que a sua ablação é necessária, devemos ainda, se um ou dois ovários estão bons deixá-los ficar, para que a doente não sofra por falta da secreção interna destes.

De maneira que, sempre que se possa deixar ficar os ovários, ou uma tromba e um ovário, está indicado fazê-lo.

A conservação do útero quando os dois anexos são atingidos, não me parece dever fazer-se.

Êle não serve senão para entreter indefinidamente fenómenos dolorosos duma incurável metrite. Além de ser inútil é perigoso, quando existem muitas aderências.

A ablação do útero primeiro, torna a ablação dos anexos muito mais fácil, quando existem fortes aderências.

Se o que acabamos de relatar, não é suficiente para

indicar a histerectomia, diremos ao terminar que o útero se encontra muitas vezes tocado pela bacilose.

Intervenções radicais. — Estão indicadas quando os dois anexos estão bastante tocados.

*

* *

O tratamento da anexite sífilítica, é hoje para os médicos um assunto mais do que vulgar.

O mercúrio e o iodêto, durante muito tempo, e hoje aumentado dos diversos preparados arsenicais, constituem a base do tratamento anti-sifilítico.



Observações

I

M. D. R., de 20 anos de idade, solteira, doméstica, natural de Felgueiras e internada na enfermaria 14, sala de ginecologia.

OBSERVAÇÃO. — A doente apresenta no perineu anterior e na vagina, sífilides ulcerosas. Tem um corrimento amarelo-esverdeado.

O colo é pequeno, cónico e com o orifício externo arredondado. Tem uma ligeira ulceração na face anterior d'este.

O útero é móvel e tem uma ligeira *torção* do corpo. Está em latero-versão direita.

A trompa direita está aumentada de volume e é um pouco dolorosa. Os anexos esquerdos estão normais. Os sinais subjectivos são muito insignificantes. Além da leucorreia, queixa-se apenas de umas ligeiras dores na fossa ilíaca direita.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Há quatro meses que iniciou as relações sexuais e daí para cá, teve sempre um corrimento amarelo-esverdeado. Por causa dêste, veio tratar-se à consulta externa, onde lhe deram irrigações vaginais quentes de permanganato de potássio. Depois dêste tratamento, começou a sentir ardência na uretra, principalmente no momento de urinar. Começou também a ter dores na fossa ilíaca do lado direito e isto principalmente quando é menstruada. Reacção de Wassermann positiva.

HISTÓRIA DA DOENTE. — Teve aos 9 anos o sarampo. Aos 14 teve umas ulcerações pelo corpo. Fácilmente se constipa. Já teve icterícia. Tem dores nos ossos com a mudança do tempo.

Foi menstruada aos 12 anos. Tem tido períodos de amenorreia de tempo variável, sendo o mais longo de 3 meses. Cança com facilidade quando executa trabalhos um pouco violentos.

As conjuntivas estão descoradas. O sangue menstrual é ultimamente bastante descorado.

DIAGNÓSTICO. — Metro-salpingite direita gonocócica. Sífilis.

TRATAMENTO. — Irrigações quentes de permanganato de potássio. Pensos vaginais com óxido de zinco, e calumelanos. Injecções de bensoato de mercúrio.

A doente saiu completamente curada.

II

M. A. F., de 32 anos de idade, solteira e internada na enfermaria 14, sala de ginecologia.

OBSERVAÇÃO.— A doente tem dores, principalmente na fossa ilíaca esquerda, com irradiação lombar, dores contínuas mas muito pouco violentas, incomodando a doente não pela agudeza, mas pela persistência. Tem leucorreia de côr amarelada.

A menstruação não é dolorosa, mas é mais abundante desde que se encontra doente.

O colo é um pouco aumentado de volume e duro. Os movimentos imprimidos ao colo são dolorosos. Fundo de saco posterior, doloroso à pressão. Através dêste sente-se um corpo duro e doloroso que faz continuação com o colo, havendo entre os dois um ângulo aberto para baixo e para trás.

Através do fundo de saco anterior não se sente o corpo do útero.

Os anexos direitos estão normais.

Os anexos esquerdos estão caídos para trás e são muito dolorosos à pressão. O seu volume é pouco superior ao normal.

A histerometria deu 7 centímetros.

Reacção de Wassermann negativa.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Há 6 meses que lhe faltou a menstruação, julgando a doente estar grávida. Dois meses depois caiu pelas escadas, aparecendo-lhe então uma forte hemorragia com enormes coágulos e dores violentas. Dois dias depois de ter começado a hemorragia saiu um coágulo maior, diminuindo em seguida as dores e a hemorragia, parando-lhe tudo um dia depois.

Quando lhe faltou a menstruação, tinha já há dois meses um corrimento amarelado, que ainda hoje continua.

Logo depois de lhe aparecer a hemorragia, teve elevação de temperatura, suores, perturbações digestivas e dores na fossa ilíaca esquerda. Estas dores e este corrimento continuam ainda.

ANTECEDENTES GENITAIS. — Foi menstruada aos 15 anos. Tinha dores dois dias antes de lhe começar a menstruação. Teve dois filhos, que lhe morreram. Aos 18 anos teve um corrimento amarelo-esverdeado, que passou com irrigações quentes de permanganato de potássio.

HISTÓRIA DA DOENTE. — Há 6 meses que começaram a incomodá-la umas fortes cefaleias, principalmente à tarde. Desde então, tem-lhe caído o cabelo e tem sofrido bastante da garganta. Tem tido dores nos ossos.

O pai morreu dum cancro.
A mãe é viva e saudável.
Tem 10 irmãos saudáveis.

DIAGNÓSTICO. — Metro anexite esquerda consecutiva a um aborto. Retroflexão. Sífilis.

TRATAMENTO. — Irrigações vaginais quentes. Dilatações do colo uterino seguidas de cauterizações com tintura de iodo e cloreto de zinco. Compressas de areia quente sobre o ventre.

Toques com tintura de iodo no fundo de sacco lateral esquerdo e fundo de sacco posterior. Injecções de bensoato de mercúrio.

A doente saiu completamente curada.

III

G. L., de 22 anos de idade, solteira e internada na enfermaria 14, sala de ginecologia.

OBSERVAÇÃO. — A doente queixa-se de dores espontâneas mas pouco violentas, nas fossas ilíacas.

Tem um ligeiro corrimento esverdeado. Tem metrorragias muito abundantes, que anemiaram muito a doente. Não tem dores com estas metrorragias.

Útero, ovário direito e anexos esquerdos, normais. Trompa direita muito aumentada de volume (como um ovo de pomba) e dolorosa à pressão. Ligamento redondo direito, com flexunidades e dilatações. Estado geral, bom.

Reacção de Wassermann positiva.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Em maio último, apareceu-lhe um corrimento verde, acompanhado de dores nas fossas ilíacas, mas mais violentas do lado direito.

Recolhendo à cama, as dores e o corrimento dimi-

nuiram, mas logo que continuou a andar, voltaram-lhe com a mesma intensidade. Nesta ocasião tinha também dores na bexiga após as micções; polaquiúria e urina bastante turva.

Era menstruada regularmente mas a menstruação vinha-lhe sempre com alguns dias de atraso. Tinha nesta ocasião, cefaleias que se exacerbavam nos períodos menstruais e queda de cabelo. Dois meses depois o corrimento verde, desapareceu, e as hemorragias começaram a ser de tal modo abundantes, que a doente se via impossibilitada de sair à rua.

Isto durou dois meses. Começou então a fazer irrigações vaginais quentes e lavagens vesicais com permanganato de potássio. Foi depois disto que a doente entrou para a nossa enfermaria.

HISTÓRIA DA DOENTE. — A doente nada conta do seu passado. O pai era sífilítico.

DIAGNÓSTICO. — Metro salpingite gonocócica.

TRATAMENTO. — Injecções de vacina antigonocócica e tratamento local.

A doente saiu curada.

IV

F. M. A. C., internada na enfermaria 14, sala de ginecologia.

OBSERVAÇÃO.—Dores no baixo ventre, sem irradiação, aumentando com a marcha e diminuindo pelo decubito dorsal, chegando mesmo nesta posição a desaparecer. Dores com a defecação e micção. Oligúria. Tenesmo vesical. Obstipação.

Dores de cabeça, principalmente à tarde; queda de cabelo. Metrorragias que lhe apareceram depois de um corrimento fétido. Astenia. Côr anemiada. No perineu tem pápulas sífilíticas.

Pelo toque notamos: Um tumor do lado direito da bacia, limitando-se bem apenas na parte superior. O útero estava um pouco aumentado de volume e muito desviado para o lado esquerdo.

Os movimentos imprimidos a êste são um pouco dolorosos.

O tumor está separado do útero por um pequeno sulco, mas não se limita muito bem. Os movimentos imprimidos ao útero, transmitem-se a este tumor. É do volume duma laranja, de consistência um pouco dura e doloroso à pressão.

O comprimento do útero é de 9 centímetros. Trompa esquerda um pouco aumentada de volume, principalmente no terço externo, onde é bastante dolorosa à pressão. Os movimentos desta são muito reduzidos. A doente teve durante bastante tempo, temperatura de forma remittente.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Há dois anos teve um aborto gemelar de cinco meses, tendo um dos fetos saído muito macerado. Teve nessa ocasião algumas dores, febre e um corrimento amarelado. Este último só desapareceu há dois meses. Depois deste corrimento ter desaparecido, começou a ter fortes metrorragias, acompanhadas de grandes dores. Com estas hemorragias, ficou muito anemiada.

Foi na ocasião das hemorragias que lhe apareceram as cefaleias.

HISTÓRIA DA DOENTE. — Teve uma febre tifoide. Foi menstruada aos 14 anos. Teve quatro filhos.

DIAGNÓSTICO. — Metro-anexite bilateral quística. Sífilis.

TRATAMENTO. — Fizeram-se durante bastante tempo grandes irrigações vaginais quentes. Injecções de benzoato de mercúrio. Iodeto de potássio. Cacodilato de sódio.

Nada disto cedeu ao tratamento médico.

Feita a laparatomia, viu-se que havia uma salpingite bilateral quística. Da trompa direita, foi necessário primeiro esvasiar o pús, tão aumentada estava a trompa. Fez-se em seguida a histerectomia sub-total, pelo processo de Kelli

A doente saiu completamente curada.

V

F. F. P., de 33 anos de idade, solteira, natural do Pôrto e internada na enfermaria 14, sala de ginecologia.

OBSERVAÇÃO.— A doente entrou com uma forte hemorragia. O útero estava em posição normal e a sua consistência era também normal. Os fundos de saco, posterior e laterais, eram dolorosos, mas a dor era muito mais acentuada no fundo de saco posterior, onde parecia existir um corpo estranho.

A palpação dos anexos do lado esquerdo foi negativa. Do lado direito sentia-se a trompa muito aumentada de volume, talvez como um ovo de pomba e muito dura. Imediatamente para trás sentia-se o ovário que parecia normal. O útero mobilisava-se muito pouco. Ao mínimo movimento imprimido a êste, a doente sentia fortes dores.

Tem hemorroides externas.

Tem gânglios na região cervical e inguinal e estes principalmente do lado direito.

Reacção de Wassermann negativa. Murmúrio respiratório diminuído na base do pulmão direito.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Conta a doente que no dia 2 de Abril de 1917, foi surpreendida por uma hemorragia uterina, sem causa aparente que a motivasse, tanto mais que no dia 18 do mês de Março a doente tinha sido menstruada. Pouco depois de a hemorragia ter principiado, o sangue aumentou rápidamente até ao seu auge, que era muito superior ao sangue que vulgarmente tinha nas menstruações, e saía com enormes coágulos. Teve violentas dores que se propagavam para a região lombar, e sentia na mesma ocasião um pêso grande na região vulval, dizendo a doente que tinha a sensação do útero caído. Para que as dores não a incomodassem tanto, curvava-se no leito. As dores desapareceram no dia 5. A hemorragia só desapareceu completamente no dia 13, mas depois de as dores desaparecerem, a hemorragia tornou-se muito menor. Nesta ocasião a doente diz que teve, pelo menos alguns dias, temperatura elevada, e obstipação tenaz.

ANTECEDENTES GENITAIS. — Foi menstruada aos 18 anos. Dos 19 aos 20 desapareceu-lhe a menstruação durante alguns meses. Depois disso foi menstruada regularmente. Nunca a menstruação lhe durou menos de 7 a 8 dias. Logo que o fluxo menstrual aparecia, tinha umas ligeiras dores renais que lhe duravam quatro dias, isto é, só desapareciam quando aquela começasse a diminuir.

Quando tem relações sexuais, tem dores nos ová-

rios, principalmente no direito. Estas dores incomodam-na desde há dois anos.

Ainda virgem, já a doente tinha um ligeiro corrimento, que aumentou depois dos partos. Esse corrimento de côr branco amarelado, permanece no intervalo das menstruações. Quando a doente se sente mais fraca, o corrimento aumenta.

Teve 3 partos de termo, onde não houve nada de anormal. Há 5 anos que deixou de gravidar sem saber qual a razão.

HISTÓRIA DA DOENTE. — Em criança sofreu muito de eritêma pérnio. Sofreu também por vezes de abcessos subunguiaes com queda das unhas. Sofreu também em tenra idade dos olhos e do ouvido direito; êste supurou imenso e essa supuração só desapareceu há um ano.

Teve também em tenra idade lesões cutâneas, de que a doente não sabe o diagnóstico, mas que muito provavelmente era impetigo.

Aos 4 anos teve a varíola, aos 7 uma pneumonia. Dos 3 filhos que tem, nenhum é saudável. Um sofre do estômago e reumatismo e tem ataques epiléticos. Os outros sofrem dos intestinos.

ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS. — O pai morreu com uma pneumonia dupla. A mãe morreu tuberculosa.

Teve 4 irmãos, 3 dos quais morreram em tenra idade. A única que vive sofre do reumatismo.

DIAGNÓSTICO. — Anexite tuberculosa.

TRATAMENTO. — Tratou-se a pelvi-peritonite com que a doente entrou, com: irrigações vaginais quentes, compressas de areia quente sôbre o ventre, toques com tinctura de iodo no fundo de sacco e tampões vaginais com glicerina.

Fizeram-se em seguida várias curas de arsénio e no dia 15 de Março a operação mostrou:

Que a trompa e o ovário direito estavam aumentados de volume e muito aderentes, não havendo distinção entre os dois órgãos.

O ovário esquerdo ligeiramente aumentado de volume e o mesmo sucedia à trompa do mesmo lado, que tinha as franjas aderentes entre si pela face peritonal. Havia muitas aderências entre os dois anexos aos órgãos vizinhos, o que dificultou bastante a operação. A consistência destes órgãos era mole e parecia que as paredes estavam muito edemaciadas.

Fez-se a histerectomia sub-total pelo processo de Faure (hemissecção uterina).

O exame histológico deu: Degenerescência quística com infecção tuberculosa.

Logo depois da operação, a doente começou a fazer temperatura tendo ao mesmo tempo uma ligeira expectoração hemoptoica, mas à auscultação nada se observava. Dois dias depois, a temperatura subiu mais ainda, chegando a 39 e mesmo a 40 e acompanhada de cefalalgias, inapetência, arrepios de frio seguidos de suores abundantes, expectoração hemoptoica que em breve passou a purulenta, dispneia, etc.

Os sinais estetoscópicos observados, eram:

Ruidos sub-crepitantes. Expiração soprada. Broncofonia, vibrações vocais aumentadas e sub-macissês.

Estes sinais observavam-se apenas no pulmão direito e dêste atacando principalmente a base.

Durante alguns dias tratou-se êste estado pulmonar, com codeína, xarope de Tolú, cloreto de cálcio e aspirina.

Os fenómenos gerais foram-se agravando, aumentando os suores, a astenia, a expectoração, a inapetência, etc. A temperatura conservou-se elevada e com grandes oscilações.

Recorreu-se então à creogenina, sentindo a doente melhoras rápidas, diminuindo consideravelmente os sintomas, hipertermia, expectoração e suores. Neste estado retirou-se a doente da nossa enfermaria.

Tendo saído do Pôrto, para fazer uma cura de repouso, melhorou consideravelmente.

VI

F. R., de 34 anos de idade, solteira e internada na enfermaria 14, sala de ginecologia.

OBSERVAÇÃO. — Tumefacção na fossa ilíaca esquerda. Dores intensas que aumentam pela pressão e impedem a doente de trabalhar, e com irradiação para a coxa e perna esquerda, região lombar e nadegueira.

No período catamenial, há aumento de dor, vômitos, não tolerando alimentos de qualidade alguma no primeiro dia. A menstruação vem-lhe de 20 em 20 dias. Tem períodos de amenorreia. A última menstruação foi uma menorrhagia de 20 dias.

O útero está reduzido de volume e em anteflexão ligeira. Istmo reduzido de volume e flácido. Corpo e colo muito duros. Movimentos uterinos muito dolorosos. Empastamento no fundo de saco lateral esquerdo. Ovário esquerdo, duro, bosselado e aumentado de volume.

Trompa esquerda volumosa, da grossura de um dedo. Estes anexos estavam muito baixos e eram dolorosos à palpação.

Os anexos direitos estavam um pouco baixos e boseselados.

No fundo de saco de Douglas, notamos corpos duros, irregulares e excessivamente dolorosos.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Há 10 anos, depois dum parto, teve uma infecção puerperal. Desde essa ocasião é que a menstruação lhe vem de 20 em 20 dias; ficou-lhe também um corrimento amarelado. As dores que sente na ocasião da menstruação vem-lhe também desde a infecção puerperal.

Há dois anos faltou-lhe a menstruação dois meses e em seguida a êste período, apareceram-lhe dores violentíssimas na região lateral esquerda e inferior do abdómen irradiando para a região lombar, flancos e região nadegueira. Nesta ocasião o corrimento aumentou e vomitava todos os alimentos. Com tratamento por irrigações quentes e gêlo no abdómen, todos estes fenómenos inflamatórios diminuíram. 15 dias depois de ter feito êste tratamento, que durou dois meses, apareceu-lhe a primeira menstruação, com novos fenómenos inflamatórios. A menstruação era em pequena quantidade. Últimamente o mal agravou-se e resolveu internar-se de novo.

HISTÓRIA DA DOENTE. — Teve em pequena o sarampo. Aos 6 anos uma febre tifoide. Aos 18 uma gastrite. Teve dois filhos, um dos quais foi vitimado, na idade de um

mês, por uma enterite. As menstruações antes do 2.º parto eram regulares.

ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS. — Mãe saudável. Teve 5 filhos, falecendo 3, sendo um tuberculoso.

DIAGNÓSTICO. — Anexite quística bilateral.

TRATAMENTO. — Foi-lhe feita a histerectomia sub-total pelo processo de Kelli. À abertura da cavidade abdominal, notou-se que tinha havido hemorragia interna.

Aderências fortes dos anexos esquerdos ao fundo de saco de Douglas. Anexos direitos também aderentes. Fundo de saco de Douglas, cheio de coágulos antigos. Trompa esquerda muito aumentada de volume, flexuosa e com um volumoso hemato-salpinx.

O ovário esquerdo muito duro, congestionado, com degenerescência esclero-quística e com numerosos corpos amarelos.

Útero muito esclerosado.

Um coágulo que existia dentro da trompa esquerda, tinha a sua forma, com bosseladuras correspondentes às da trompa.

A doente saiu completamente curada.

VII

A. S. P., internada na enfermaria 14, sala de ginecologia.

OBSERVAÇÃO. — O exame do útero pouco de importante apresentava, a não ser uma grande fixidez o que fazia prever fortes aderências.

No exame dos anexos notava-se: do lado direito uma tumefacção bastante volumosa, maior que um ovo de pomba, onde a pressão mesmo ligeira provocava dores. Não se limitava perfeitamente do útero. Estava intimamente ligado a êste, não havendo sulco intermediário. O ovário, ou estava intimamente ligado à trompa ou então não se sentia a palpação.

Do lado esquerdo apenas a trompa ligeiramente hepertrofiada e com flexuosidades e o ovário pouco aumentado de volume.

Os anexos dêste lado estavam também mais ou menos fixados ao útero.

HISTÓRIA DA DOENÇA. — Há talvez dois anos, pouco depois do seu casamento começou a sofrer do seu aparelho genital. Esses padecimentos embora a não incomodassem muito, durante o período inter-menstrual, aumentavam consideravelmente nos três dias que antecediam o aparecimento do fluxo. Logo que este fizesse a sua aparição, os padecimentos da doente começavam a declinar e em breve, embora não desaparecessem por completo pouco incomodavam a doente. O que a doente sentiu durante esse longo prazo de dois anos, foi: dores vagas no baixo ventre, dando-lhe a sensação de pêso, com irradiação para a região lombar e coxas.

Leucorréia abundante e persistente de côr mais ou menos leitosa, manchando as roupas e bastante fétido.

Foi esta a ligeira sintomatologia que a doente apresentou durante bastante tempo.

Um dia, no dia 24 de Fevereiro de 1918, depois da aplicação duns sinapismos na região interna das coxas, apareceu-lhe inesperadamente o fluxo catamenial, que decorreu como de costume.

Mas no dia em que este desapareceu, a doente teve violentas dores no baixo ventre, principalmente na região hipogástrica, com irradiação para as fossas ilíacas, nomeadamente para a esquerda, para a região lombar e coxas. Neste momento, o corrimento que até então era abundante, desaparece, e dá lugar a uma elevada e permanente hipertermia. A doente diz, ter sentido uma ocasião arrepios de frio cefalalgias, sede e prostração. Foi neste estado que a doente se resolveu internar na nossa enfermaria.

HISTÓRIA DA DOENTE. — Nada conta a doente do seu passado, a não ser a varíola em pequena.

ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS. — Pais vivos e saudáveis.

DIAGNÓSTICO. — Anexite quística.

TRATAMENTO. — O tratamento feito a esta doente foi a histerectomia pelo processo de Faure (degolamento anterior).

Havia inumeras e fortes aderências, que fizeram a operação um pouco custosa.

Teve de se deixar um dreno para assim retirar algum sangue que caísse no fundo de saco de Douglas. Na verdade, no mesmo dia da operação, retiraram-se 4 c.c. de sangue. No segundo dia retiraram-se 25 c.c. de líquido sero-hemático. No terceiro dia 5 c.c. Neste mesmo dia substituiu-se o dreno por gase. No dia seguinte pouco depois de se retirar a gase, saía pelo orifício cutâneo, feses. Felizmente poucos dias depois o orifício ia fechando e as feses iam diminuindo de quantidade. 8 dias depois já não saíam feses, mas estas foram substituídas por uma abundante supuração, que felizmente foi combatida pelo soluto de *Delbet*

EXAME MACROSCÓPICO. — Trompas distendidas e volumosas unidas aos ovários por espessas aderências, e dilatadas desigualmente e bosseladas. Os ovários de forma

irregular e com múltiplos quistos serosos. No ovário direito formou-se um volumoso quisto, um pouco maior que um ovo de pomba, contendo um líquido sero-hemático. Do lado do útero, nada de anormal se observou.

A doente saiu completamente curada.

Visto

Pode imprimir-se

TEIXEIRA BASTOS

MAXIMIANO DE LEMOS

Presidente.

Director.