

— N.º 4 —

José Braz Ribeiro

N.º 648

PROLAPSO DOS OVARIOS



DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO

Typographia de Viuva Gandra

Rua da Entre-Paredes, 80

1889

50/7 EMC

Escola Medico-Cirurgica do Porto

CONSELHEIRO-DIRECTOR

VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE



CORPO CATHEDRATICO

LENTES CATHEDRATICOS

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

LENTES JUBILADOS

Secção medica.....	{ João Xavier d'Oliveira Barros.
	{ José d'Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica.....	Visconde de Oliveira.

LENTES SUBSTITUTOS

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

LENTE DEMONSTRADOR

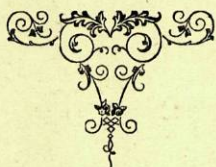
Secção cirurgica.....	Roberto Bellarmino Frias.
-----------------------	---------------------------

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)

Á MEMORIA

DE

Meu Pae



Á MEMORIA

DE

Minha Mãe



Á MEMORIA
DE
MINHA IRMÃ GERMANA



A meu irmão Antonio

*Viverei pouco, para te provar
o quanto te devo, por os teus ge-
nerosos sacrificios.*

A MINHAS IRMÃS

E

A meu irmão Alberto

Á MEMORIA
DE
MEU TIO JOSÉ



Á MEMORIA

DO MEU AMIGO

A. Salgado de Miranda



AOS MEUS AMIGOS

particularmente aos
Ex.^{mos} Snrs.

Dr. Julio Franchini

Dr. Pinto Valente

Dr. Manoel Birra

Aos meus condiscipulos

especialmente a

Fernando da Costa Ferreira

Armando de Freitas

Alfredo Bomfim

Martins da Silva

Castro Ferreira

Alexandre Corte Real

Almeida Ferraz

AO DIGNISSIMO ABBADE
DE S.^{to} ILDEFONSO

Dr. Domingos de Souza Moreira Freire

Ao Ex.^{mo} Snr.

Dr. Antonio de Azevedo Maia

Distincto professor de clinica medica

AO MEU PRESIDENTE

o Ex.^{mo} Snr.

Dr. Antonio Placido da Costa

Desde alguns annos, appareceu na tela das discussões gynecologicas americanas, o prolapso dos ovarios e quasi concomitantemente a apresentação de medidas tendentes a reduzir estes orgãos á sua posição normal; ou então, em desespero de causa, recursos radicacs, quasi iammos a dizer americanistas, tendentes a varrêl-os do campo.

A natureza não offerce casos simples; assim duvidamos que a prática forneça exemplares typicos de pura e simples prociencia

dos ovarios, normaes em a sua structura e funcionamento, visto como só o acaso das explorações gynecologicas os poderia deparar. Em tal caso mesmo a abstenção completa deve ser a regra de conducta por parte do pratico, visto como a deformidade nem sequer ainda é um encommodo.

De tal sorte é a primeira vista de muito somenos importancia pratica o nosso assumpto; reflecta-se porém que, uma vez constituida a anomalia de posição dos ovarios, fi-

cam estes expostos a compressões e traumatismos que vêm a molestal-os, podendo convertel-os em fonte inexaurivel de soffrimentos.

E' sob este ponto de vista restricto que encaramos o nosso assumpto, deixando em plano secundario os casos em que o prolapso dos ovarios é um facto consecutivo ás ovarites, ás hemorragias ovaricas ou salpyngianas, etc., pois em taes casos a linha de conducta therapeutica a seguir ha-de traçar-se em vista

d'estes estados morbidos considerados em toda
a sua complexidade.

Quizemos averiguar o mais importante
da litteratura gynecologica sobre o caso; eis o
que nos propozemos.-- Provavelmente não o
consequimos e d'isto pedimos venia ao illus-
trado jury que tem de julgar-nos esta ultima
prova.

I

O peritoneo, cobre uma parte da face anterior e inteiramente a face posterior do corpo do utero.

Dos bordos lateraes do utero, os dois folhetos do peritoneo, partem separados, para abordarem unidos as paredes lateraes da bacia.

Assim dispostas as duas prégas peritoneaes—*ligamentos largos*, verticalmente dirigidos, dividem a cavidade pelvica, isolando dois compartimentos—anterior e posterior.

O compartimento posterior, que interessa de perto ao caso presente, tem a fechal-o posteriormente o sacro immovel e por diante confronta com os ligamentos largos.

Soldados por o utero, os ligamentos largos descrevem um crescente, cujo bordo concavo, livre e

antero-superior se divide em 3 folhetos secundarios, e cujo bordo inferior, adherente ao pavimento pelvico, corresponde ao tecido celular sub-peritoneal da bacia e á aponevrose perineal superior; as extremidades d'este bordo prolongam-se ao longo dos vasos ovaricos, sendo estes prolongamentos os que Henle denomina—*ligamentos infundibulo-pelvicos dos ovarios*.

A face anterior d'estes ligamentos corresponde á bexiga, a posterior ao recto; é d'esta ultima que partem em angulo recto as duas prégas falciformes de Douglas que revestem os ligamentos utero-sagrados.

Com taes limites, o compartimento posterior tem o feitio de um funil achatado de cima para baixo e de grande abertura dirigida para o umbigo.

E' sobre os confins antero-lateraes do compartimento posterior, que existem os ovarios, tendo a suspendel-os os ligamentos infundibulo-pelvicos.

Privados dos seus ligamentos, desprotegidos dos seus sustentaculos, os ovarios deslisariam sobre um plano inclinado, formado pelas faces posteriores e superiores do utero e dos ligamentos largos.

A cavidade de Douglas, de quatro a seis centimetros de diametro tem como limites:—antero-lateraes os ligamentos largos; anteriores a parte superior da parede vaginal posterior e a face poste-

rior da parte supra vaginal do collo, e como limite posterior, o sacro e o recto cobertos pelo peritoneo.

Do lado externo, immediatamente por baixo do bordo interno do psoas, o peritoneo apresenta uma ligeira concavidade—*fosseta ovarica*. Pedimos a Krause que a descreva:—«A 2 centimètres environ en avant de l'articulation sacro-iliaque, se trouve creusée très frequemment dans la surface pariétale du péritoine une légère excavation, la fossette ovarienne. Cette fossette est située environ á 1 centimetre au dessus du muscle piriforme, et près du bord supérieur des rameaux posterieurs des vaisseaux hypogastriques ou des vaisseaux fessiers.

Elle est separée par ces vaisseaux, du bord interne du muscle psoas-major».

A fosseta ovarica que tem uns trez centímetros de comprimento sobre um e meio centímetros de profundidade, dirige-se de cima para baixo e de traz para diante parallelamente aos vasos iliacos externos. Situada a um centimetro da symphise sacro-iliaca, tem a limital-a superiormente a arteria e veia iliacas externas, que a separam do bordo interno do psoas, inferiormente a arteria umbilical e uterina, atraz os vasos hygastricos, que se separam dos vasos iliacos externos e adiante a parte do ligamento largo adherente á parede pelvica.

Tratemos agora de dilimitar sobre a carta pelvica a séde precisa dos ovarios.



O ovario tem o feitio e o volume de uma amendoa. Dos seus dois bordos—o anterior achatado e adherente, olha para diante e um pouco para fóra, e o posterior convexo e livre olha para traz e ligeiramente para dentro. Tem duas faces: uma pelvica, ou posterior e inferior que corresponde á parede da cavidade pelvica, e a outra tubar ou anterior e superior, fica quasi inteiramente coberta pela trompa. Lisas e unidas, as faces apresentam cicatrizes passado o periodo da puberdade. Tem duas extremidades: uma superior ou pelvica, immediatamente por baixo da arteria iliaca externa, e a outra inferior ou uterina, a dois ou trez centimetros do corno uterino, perto do fundo do utero.

O ovario, tem por grande diametro, uns quatro centimetros, de largura dois e de diametro perpendicular um centimetro. O volume dos ovarios cresce durante as regras e principalmente durante o periodo puerperal. Habita a fosseta ovarica, suspenso da fossa sob-ovarica e dirige-se segundo uma linha, que parte do bordo superior do fundo do utero para a symphise sacro-iliaca.

O ovario tem a sustentação: o bordo adherente, o ligamento do ovario e o ligamento infundibulo-pelvico. O ligamento do ovario que tem de comprimento uns tres centimetros, prende-o ao angulo superior

correspondente do utero. Dotado de grande solidez, com dificuldade se distende. O ligamento infundibulo-pelvico, corresponde como ficou dito acima, aos cornos do crescente formado por os ligamentos largos. Crusa o estreito superior, perto da extremidade posterior do diametro obliquo da bacia.

E' composto de feixes musculares filhos da fascia transversalis e que depois seguem os vasos ovaricos. Chegando ao ligamento largo dirige-se para a trompa e ovarios servindo-lhes de suporte e alguns feixes partem para o utero e crusados com os do outro lado concorrem tambem a sustental-o. A trompa intimamente ligada ao ovario, parte do corno uterino e segue horisontalmente para a parede da cavidade pelvica, subindo ao longo do bordo anterior do ovario para depois descer sobre o seu bordo posterior. A parte do ligamento infundibulo-pelvico destinada a sustentar a trompa, tem a fórma triangular: um dos lados do triangulo, posterior e livre parte do estreito superior para a extremidade da trompa, outro anterior, continua-se com o ligamento largo e o terceiro inferior adhire á trompa. Os ovarios podem soffrer deslocamentos physiologicos, dependendo uns, de desvios uterinos e outros do augmento do utero durante a gravidez. Se o utero tem o fundo desviado para a direita, o ovario esquerdo arrastado pelo ligamento que o torna tributario do corno uterino, afasta-se ligeiramente da

parede pelvica e desce. Desviado para a esquerda o fundo do utero, o contrario se produz. Quando o deslocamento deriva do augmento do utero durante a gravidez, o ovario sobe com o fundo do utero, Ora como o utero gira sobre o seu eixo, apresentando ordinariamente a face antero-lateral esquerda, facilmente podemos sentir o ovario esquerdo fugindo sobre o dedo.

II

O *prolapso dos ovarios* ou definindo-o—a des-
cida dos ovarios ao fundo do sacco de Douglas,
comprehende, praticamente considerado, duas va-
riedades, conforme o ponto a que desce o ovario:
—ou cae apenas sobre a fossa ovarica—variedade
retro-lateral ou primeiro gráo do prolapso, ou antes,
desce sobre o fundo do sacco de Douglas—varie-
dade *retro-uterina* ou segundo gráo do prolapso.

* * *

Os deslocamentos intra-pelvicos dos ovarios,
desconhecidos por bastante tempo, porventura de-
vido a exames incompletos e deficientes da parte
dos observadores, principiaram a inspirar interesse

e a servir de titulo a importantes artigos, depois que, ha 18 annos, Skene e Mundé lhes consagram algumas horas, perante a Sociedade de gynecologia americana.

Mundé, a quem consultamos a proposito da frequencia do prolapso dos ovarios, demonstra-a com os Algarismos que seguem: sobre 145 doentes que durante um curto praso frequentaram o seu consultorio gynecologico, observou Mundé 139 casos de prolapso dos ovarios e coisa importante de saber-se, das 145 doentes, 139 disseram-se casadas.

Verificada a descida dos ovarios e interrogada a doente, ordinariamente ouvimos incriminar a gravidez como a causa provocante da descida. E assim deve ser: durante o periodo da gravidez, os ovarios sobem arrastados pelo fundo do utero, liberdade que lhes concede o alongamento dos ligamentos infundibulo-pelvicos. *Post partum* o utero involuciona e os ligamentos distendidos consentem a descida dos ovarios. Ora, como *post partum*, os ligamentos largos e infundibulo-pelvicos poucas vezes involucionam completamente, com justo fundamento deve a gravidez figurar como a causa principal da procidencia dos ovarios. Citam-se como causas adjuvantes todas as circumstancias que impedem ou demoram a involução dos ligamentos, como sejam, os partos successivos, os partos dystocicos e a imprudencia das parturientes, que desprezando conselhos

faceis de acatar, abandonam o leito ao quarto ou quinto dia depois do parto. Augmentados de volume o utero e os ovarios, os ligamentos distendidos tendo a sustentar pesos superiores aos que ordinariamente supportam, deixam-se vencer e conservam-se definitivamente alongados. E como consequencia, deslocamentos do utero e dos ovarios. E' pois certo que a fraqueza do systema ligamentoso que sustenta o utero e os ovarios, fraqueza que deriva quasi sempre da gravidez, tem uma influencia pathogenica de primeira ordem, sobre a procidencia dos ovarios. E para proval-o ainda uma vez citaremos Mundé. Além de que, o justamente considerado gynecologo, observou que das suas 145 doentes apenas 6 eram celibatarias, constatou ainda que com o prolapso dos ovarios coincidem frequentemente desvios uterinos. Ora, a fraqueza do pavimento pelvico e dos sustentaculos do utero, assume, como se sabe, o principal papel na pathogenia dos desvios uterinos.

Dos dois ovarios, o esquerdo é um pouco mais atreito a descer do que o direito. Dos 77 casos observados por Mundé, 46 pertencem ao ovario esquerdo, 19 ao ovario direito e 12 aos dois ovarios. Esta particularidade admittida por todos os authores, explica-a L. Tait pela ausencia de valvula á entrada da veia ovarica esquerda. Demais affirma Barnes que o fundo de sacco de Douglas é mais profundo á esquerda, por causa da presença do recto

á direita e portanto este facto permite ao ovario esquerdo uma descida mais facil.

* * *

Estudada a causa verdadeira, a causa que geralmente determina a procidencia, outras devemos indigitar, como capazes de, abusando da fraqueza do pavimento pelvico, se combinarem com a primeira para produzirem a descida dos ovarios.

O augmento de volume dos ovarios determina-se pelas hyperemias menstruaes periodicas distende o systema ligamentoso da pequena bacia. Mann averiguou que durante o fluxo menstrual, os ovarios congestionados desciam, e assim permaneciam durante o curso da hemorragia menstrual. Por outro lado, Schultz observou que um ovario inflamado havia descido ao fundo do sacco de Douglas e assim se conservou enquanto persistiram os phenomenos inflammatorios.

Em um, como em outro caso, os ovarios terminadas as regras ou cessados os phenomenos inflammatorios procuraram o seu logar ordinario, visto que os ligamentos, apenas passageiramente se haviam distendido.

Mais pesado, o ovario distende os ligamentos largos e infundibulo-pelvicos e por seu turno os

ligamentos tem a distendel-os os seus vasos congestionados.

Das duas uma: ou a hyperemia desaparece depressa, e os ligamentos conseguem levar os ovarios ao seu logar ordinario, ou ao contrario persiste a hyperemia, e os ligamentos consideravelmente distendidos auctorisam a descida dos ovarios.

E assim produzem o prolapso, todas as circumstancias susceptiveis de congestionar as visceras da pequena bacia, circumstancias que afinal as doentes accusam quasi sempre: alteração de menstruação e principalmente menstruação abundante, relações sexuaes exageradas, padecimentos uterinos, constipação habitual e repleção exagerada da bexiga.

Que o *emagrecimento* póde determinar a descida dos ovarios, affirma-o Goodell: «jai observé que dans la majorité des cas, ce déplacement s'observe chez des personnes amaigris, á chairs molles, á paroi abdominale relaché».

Assim pois, a perda do poder contentivo das paredes abdominaes, póde produzir a procidencia dos ovarios, porque faltando a camada de tecido adiposo, que, como que algodôa as visceras pelvicas, os ligamentos ficam laxos e como consequencia, a descida dos ovarios.

Ainda a descida dos ovarios se produz, quando *retro-vertido* ou *retro-fletido* o utero, sendo os

ovarios arrastados pelo fundo do utero, ao qual ficam presos por o seu ligamento.

Procidente e inflammado o ovario, as adherencias que contrae com o peritoneo sustentam o prolapso.

III

Mencionadas as causas, que ordinariamente presidem ao desenvolvimento da procidencia dos ovarios, apontemos seguidamente, os signaes diagnosticos que costumam denuncial-a. Como symptomas propriamente dependentes da procidencia, citemos, a par dos signaes de certeza, tirados do exame local, dois, que as doentes accusam invariavelmente: — dôres ao defecar e durante o coito ou seja *dyschesia* e *dyspareunia*, como as denominam os inglezes. Sem pretendermos impugnar a importancia que os praticos conferem aos dois signaes subjectivos que vimos de indicar, diremos comtudo, que o valor diagnostico por excellencia, cabe positivamente aos signaes objectivos. As dôres, que surgem subitamente ao defecar e durante o coi-

to, agudissimas e por vezes intoleraveis, persistem por duas ou tres horas, ainda depois de cessadas as causas que as suscitaram. Porém, durante os intervallos das crises, as doentes, adormecidos os phenomenos dolorosos, conseguem socegar e por vezes gosam de uma calma quasi absoluta. Nauseosas e algumas vezes provocadoras do vomito, as dôres seguem para a coxa correspondente ao longo do nervo genito-crural. Incriminam-se as féses duras e o choque do penis, como as causas excitantes das crises. E para abonar o pensar dos praticos que garantem que os phenomenos dolorosos derivam dos choques e traumatismos do ovario deslocado, diz-se que as dôres diminuem ou desaparecem, quando o ventre funciona livremente e ainda o provam, a influencia de algumas attitudes, que desviando o ovario do fundo de sacco de Douglas, o defendem dos choques e traumatismos a que ficam sujeitos quando descidos. Assim as doentes confessam praticavel o coito sobre o lado direito, por exemplo, sendo-lhes absolutamente impossivel pratical-o sobre o lado esquerdo. E conhecendo que certas posturas lhes diminuem os soffrimentos—como sejam o decubito dorsal simples, a postura genu-pectoral, procuram-as durante as crises.

Ao lado da *dyspareunia* e *dyschesia*, signaes fundamentaes, que dominam o quadro symptomatico, apontemos outros, que afinal derivam ordina-

riamente da fraqueza do pavimento pelvico, como tenesmo vesical, peso pelvico e dysmenorrhœa.

O exame local, fornece signaes, sem os quaes seria impossivel o diagnostico.

O toque vaginal descobre sobre os confins do fundo de sacco posterior e lateral, um tumor ovoide, do volume e da fórma de uma amendoa, ligeiramente sensivel e fugindo instantaneamente sob o dedo. Quando haja verdadeira procidencia, poderemos praticando com Skene—introduzindo os dedos indicador e medio na vagina e firmando contra o sacro, o ovario descido, facilmente constatar o volume e sensibilidade do ovario. Mundé, aconselha, que quando o perineo se deprima difficilmente se proceda assim:—a doente deve guardar o decubito lateral:—esquerdo quando quizermos examinar o ovario direito e o dedo explorador será o indicador direito; direito quando o exame se destine ao ovario esquerdo e o dedo investigador será o indicador esquerdo. Guiados por Mundé podemos examinar cuidadosamente as partes lateraes e posteriores da bacia. Quando além da procidencia houver ovarite, o dedo ao cahir sobre o tumor ovoide, desperta uma dôr intensa e agudissima, inteiramente analoga ás dôres que ao defecar e durante o coito atacam as doentes.

O toque rectal, precioso sempre, porque permite um exame completo do fundo de sacco pos-

terior, da cavidade do sacro e da face postero-superior do ligamento largo, deve ser praticado sempre que o observador suspeite dos annexos. Algumas vezes pratica-se como aconselha Recamier, o toque vaginal combinado com o toque rectal: —introduzindo o indicador na vagina e o medio no recto ou o indicador no recto e o pollegar na vagina constatamos promptamente o ovario descido.

O *exame bimanual* permite como os outros processos, sentir o ovario e ainda circumscrevel-o e precisar a sua séde, fórma e volume.

Adan consagra-lhe as palavras que seguem:— «La palpation abdominale, associée au toucher vaginal, devient une des sources les plus précieuses du diagnostic; car pratiquée á l'hypogastre et sur les parties latérales du bas-ventre, elle refoule devant elle les organes pelviens, les rapproche du doigt explorateur, et parvient même á saisir ces organes entre la main posée sur l'abdomen et le doigt introduit dans le vagin. Mais le service le plus important qu'en reçoit l'exploration, est de pouvoir atteindre, grâce à elle, les points les plus élevés de l'utérus, la trompe, l'ovaire, les tumeurs pelviennes mobiles, situées ordinairement au-dessus du niveau auquel le doigt peut arriver par le vagin».

Para examinar pelo processo bimanual, a doente deve guardar o decubito dorsal conservando as coxas um pouco fletidas. O dedo penetra na vagi-

na e deprimindo o ventre, procuramos por assim dizer, levar as partes adiante do dedo vaginal. Para sentir o ovario direito tem de servir o index e o medio direito e o index e medio esquerdo quando tivermos a examinar o ovario esquerdo. Guiados pelo bordo interno do psoas, os dedos descobrem perfeitamente os ovarios, sob a fórma de um corpo ovoide liso, sensível e fugindo sob o dedo. Nem sempre porém o exame bimanual pôde ser praticado. E' praticavel quando sejam depressíveis as paredes abdominaes. Quando as circumstancias obriguem, administraremos o chloroformio, diante do qual fogem os obstaculos que tornavam impraticavel o exame bimanual. Comtudo por qualquer dos processos indicados, um dedo habil descobre claramente o corpo ovoide, sensível, preso ao corno uterino pelo ligamento do ovario e escapando-se instantaneamente sob o dedo.

* * *

Vimos de considerar os casos de procidencia simples ou antes de indicar os symptomas do dominio exclusivo de procidencia. Acontece porém e com frequencia, que com o prolapso dos ovarios coincide a ovarite ou desvios uterinos, complicando-o. Quando a par da procidencia haja ovarite, aos

signaes do prolapso accrescem os que caracterizam a phlegmasia do ovario ou os que costumam denunciar os desvios uterinos quando exista concomitantemente procidencia dos ovarios e desvio do utero.

IV

Com extrema facilidade se diagnostica a prociencia dos ovarios, quando francamente declarada, quando o observador descobre os dois signaes predominantemente — *dyspareunia* e *dyschesia*, que lhe inspiram immediatamente um exame do utero, ovarios e trompas. Menos facil quando complicada a prociencia, o diagnostico impõe-se perante as qualidades do tumor ao toque: corpo ovoide, bem circumscripto, sensivel e fugindo sob o dedo. Quando hesitante, quando duvidoso o diagnostico, devemos praticar o exame bimanual, e sendo preciso poremos as doentes sob a influencia do chloroformio, e assim além de as furtarmos a dôres por vezes intoleraveis conseguiremos uma certa depressibilidade das paredes abdominaes.

* * *

O prognostico da procidencia dos ovarios assume uma certa gravidade, quando haja ovarite ou adherencias a complical-a.

V

E' difficil o tratamento da procidencia dos ovarios e por vezes os praticos, desesperados da inutilidade dos expedientes preconisados para combatel-a, e condoidos da vida amargurada das doentes têm que intervir com armas perigosissimas. Comtudo os conhecimentos pathogeneticos atraz desenvolvidos, fornecem dados preciosos para um tratamento preventivo. Assim, indigitada a puerperalidade como a causa verdadeira da procidencia, como a sua causa determinante por excellencia, as descidas dos ovarios pôdem prevenir-se algumas vezes, quando as parturientes observem com cuidado os preceitos que a simples prudencia aconselha. Existente o prolapso, cuidaremos dos seus symptomas.

Mantendo, por intermedio dos derivativos intes-

tinaes, a liberdade do ventre, abafamos os phenomenos dolorosos, que as scibalas provocam comprimindo os ovarios.

Recomendando a abstinencia do coito, defendemos os ovarios dos traumatismos e choques que despertam a sua irritabilidade. Recorreremos aos calmantes e ao brometo de potassio, sempre que predominem os phenomenos dolorosos. O brometo aproveita ainda por o seu poder anaphrodisiaco, descongessionando as visceras da pequena bacia.

Quando os ovarios, ligeiramente descidos tenham tendencia a cahir por completo sobre a cavidade de Douglas, os praticos aconselham que se trate primeiro de conduzil-os ao seu logar ordinario.

E para o conseguirem costumam convidar as pacientes a tomar a postura genu-pectoral, perante a qual os ovarios se afastam do fundo do sacco de Douglas.

Marion Sims foi quem primeiro utilisou a attitude *americana* ou *genu-pectoral*, para os seus exames gynecologicos. As pacientes postas de joelhos sobre um plano horisontal, fletem o busto sobre a bacia, o preciso para que uma das faces venha cahir sobre o plano horisontal.

Os joelhos devem guardar uma distancia de 30 centimetros, cahindo as coxas perpendicularmente sobre o plano horisontal.

Comtudo antes de tomarem a postura citada, as pacientes devem de, por intermedio de um tubo

de vidro apropriado, facilitar a passagem do ar para a vagina.

Duas ou tres vezes ao dia, as doentes postas conforme indicamos, tiram passados alguns instantes o tubo de vidro, deitam-se docemente sobre o lado esquerdo e assim se devem conservar por algum tempo.

A attitude genu-pectoral, alem da vantagem de convidar o ovario a procurar o seu logar physiologico, convem ainda, porque acalma as dôres e tanto assim que as doentes a conhecem bem, por o grande allivio que lhes concede, durante as crises.

Se apesar de todas as tentativas, os ovarios guardarem ainda o fundo de sacco de Douglas, devemos, aproveitando a postura precedente e sendo preciso com o auxilio do chloroformio praticar a reposição.

Nas doentes que tenham as paredes abdominaes distendidas e pendentes, um grande partido podemos tirar dos cintos abdominaes. Realmente o cinto abdominal, prestando ás paredes abdominaes o seu poder contentivo, immobilisa as visceras pelvicas, subtrahindo-as aos traumatismos.

Quando concomitantemente houver descida dos ovarios e ovarite, devemos prestar os primeiros cuidados ao ovario inflammado, porque apenas depois de cessados os phenomenos inflammatorios, podem aproveitar os pessarios.

Sem pretendermos preconisar algum, diremos que os praticos tem preferido os pessarios de L. Tait e de Thomas, sendo certo que algumas vezes um simples annel Dumontpallier basta para levantar o ovario descido.

Emfim, quando inuteis os expedientes que vimos de citar, a vida das doentes — um verdadeiro suplicio, obriga os praticos a intervir audaciosamente, com Battey, Hegar e Lawson Tait extirpando os ovarios.

OBSERVAÇÃO I

Publicada por G. Herman

F. E. C., idade 26 annos, casada, veio á consulta externa obstetrica do hospital de Londres, a 15 de dezembro de 1877. Antes do seu casamento tinha sido enfermeira no hospital de Londres e, provavelmente, em razão da experiencia adquirida, era extraordinariamente clara e precisa na descripção que dava de seus soffrimentos.

Está casada ha trez annos e meio; tinha tido um filho; ha dous annos não houve mais gravidez. Até ao parto, ella passou sempre bem. O trabalho foi difficil, a ponto de ser preciso o emprego d'instrumentos; teve em seguida um leve ataque d'inflammação. A hemorrhagia persistiu durante tres semanas, e esta mulher perdeu por varias vezes, durante os nove mezes seguintes, sangue em maior

abundancia do que o que estava habituada a perder na epocha das regras. Cinco mezes depois do parto, começou a ter um escoamento amarello; este apparece gradualmente, e ultimamente torna-se muito abundante. Durante os seis ultimos mezes as regras foram regulares, mas pouco abundantes, durando apenas dois dias e não se acompanhando de dôr alguma. Do que ella se queixa principalmente, o que a decidiu a voltar ao hospital é a dyspareunia. Este symptoma foi constante desde o parto e levado a um gráo extremo. O coito não podia ser supportado, senão por muito pouco tempo. Estes encommodos: dyspareunia, escoamento, irritabilidade da bexiga, eram os unicos de que ella soffre actualmente. Não accusa nenhuma dôr, senão a que foi mencionada; e esta não appareceu senão depois do parto. As dejecções são regulares.

Era uma mulher de boa apparencia, bem alimentada, cujo rosto respirava saude. O utero achava-se um pouco descido, mas não era alterado em sua fórma. A vagina estava bastante relaxada, mas nada mais havia de anormal d'este lado ou do lado da vulva. Nada de sensibilidade no orificio vaginal ou suas proximidades. Leve erosão arredondada do orificio uterino. A cavidade uterina media $2\frac{3}{4}$ pollegadas de comprimento. Em baixo, atraz e á direita do utero, achava-se um corpo movel da fórma e do volume d'um ovario. A' pressão, a doente quei-

xava-se immediatamente de dôr, e dizia ella que a dôr assim produzida era semelhante áquella para cujo allivio ella vinha ao hospital. Applicou-se um pessario de metal, de Hodge, e deu-se-lhe egualmente uma injecção adstringente de que ella devia servir-se duas vezes por dia.

Voltou ao hospital bastante irregularmente. Usou da injecção e chegou por si mesmo a tirar e pôr o pessario. Reconheceu que o não podia supportar mais de 24 ou 36 horas se não soffria na região coccygiana e as partes genitales inchavam-lhe. Mas a datar do emprego d'este instrumento, a dyspareunia melhorou muito. O escoamento cessou. Como o pessario de Hodge occasiona dôr, tirou-se e substituiu-se por um anel espesso de caoutchouc.

A nota mais proxima, importante, data de 16 de julho. Esta mulher declara n'este momento que a dyspareunia melhorou muito, mas que o escoamento é abundante. Notou que quando se achava sem o pessario anel, o escoamento cessava, mas a dyspareunia reaparecia. Com o anel, o escoamento é abundante, mas a dôr leve.

Não a tornei a ver até 11 de março de 1879. Disse-me que depois da sua ultima visita, tinha tido uma doença que a tinha obrigado a chamar um medico vizinho. Actualmente sente-se tão bem, que não julgou necessario voltar ao hospital.

Tornei a vê-la a 3 de fevereiro de 1880. De-

pois da sua ultima visita ella foi tratada algum tempo «uma ulceração da madre» pela cauterisação; de cada vez a abstinencia de relações era prescrita durante o tratamento; logo depois que a ulceração foi declarada em bom caminho, a doente foi passar uma ou duas semanas ao campo. A' sua volta, constatou a desappareição da dyspareunia. A ulceração acómpanhava-se de um escoamento que cedeu á cauterisação. Durante os tres ultimos mezes, voltou a dôr na occasião do coito. A doente referia esta dôr á região ovarica esquerda e de cada vez que praticava o coito, apparecia o escoamento que durava alguns dias. Existe uma pequena erosão arredondada do collo. O corpo sensível, semelhante ao ovario, sentia-se á direita, por fóra e atraz do utero como d'antes. Por causa do escoamento determinado pelo annel de cautchu, a doente preferiu um apparelho de materia differente; applicou-se portanto um pessario de Hodge.

13 de fevereiro. A doente declara ter praticado o coito sem dôr.

19 de janeiro de 1881. Uma outra enfermeira disse-me que esta mulher tinha de novo reclamado os cuidados de um medico vizinho, que experimentou diversos pessarios e por fim conseguiu applicar-lhe um pessario annel de cautchu que deu optimo resultado. Esta mulher considera-se hoje inteiramente curada.

OBSERVAÇÃO II

Publicada por G. Herman

H. M., 26 annos, casada, veio á consulta externa obstetrica do hospital de Londres a 8 de março de 1879.

Diz ter sido regradada pela primeira vez aos 19 annos; desde o principio as regras foram regulares; o escoamento durava uma semana, mas variava em quantidade. Desde a idade de 20 annos pouco mais ou menos, a menstruação acompanha-se de grandes soffrimentos que costumam apparecer no dia seguinte ao do começo do escoamento e durar um ou dois dias. Ella refere suas dôres ao ponto em que residem os ovarios mas sobretudo do lado esquerdo. A dôr vinha subitamente e durava cerca de duas horas. Ella achava-se alliviada pelo decubito.

Casou da idade de 24 annos. Desde então, a dôr foi peiorando; mas sob os outros pontos de vista, a funcção menstrual não foi alterada.

Nunca houve apparencia de gravidez. Tem soffrido de dyspareunia desde o casamento; esta tem variado em intensidade, mas afinal, tem sempre peiorado. Queixa-se egualmente de uma sensação de peso no baixo-ventre e de vontade frequente d'urinar, de impossibilidade de reter as urinas, de dôr durante a defecação, de leucorrhœa e ardencia

dôr produzida é semelhante á que experimenta durante o coito. Um pessario espesso, anel de cau-chu, é applicado na vagina.

A cada visita seguinte, a doente declara que todos os symptomas melhoram.

5 d'abril. Não ha dôres d'especie alguma. A dyspareunia cessou, assim como a dyschesia.

A 10, as regras acabam de terminar e foram indolentes. A mulher considera-se inteiramente curada. Mandou-se-lhe continuar com o uso do pessario e voltar no fim de trez mezes.

Voltou portanto a 26 de julho. Fez uso do medicamento aperitivo até 3 de maio. Desde que interrompeu o uso d'este medicamento, a dôr durante a defecação não tardou a fazer-se sentir de novo. Ao mesmo tempo, ella viu reaparecer a leucorrhea, constipação, nauseas, flatulencia e mesmo colicas. A dyspareunia não voltou. As regras foram regulares e não dolorosas. Tirei o pessario e mandei fazer uso do medicamento aperitivo.

16 d'agosto. Depois da ultima visita, as dejecções teem sido regulares. A doente não teve nem dyschesia, nem dyspareunia. Tem uma leve sensação de peso na bacia durante a marcha. Nada d'escoamento. As urinas podem ser conservadas mais tempo do que antes. Nenhuma dôr. A doente considera-se muito boa.

21 de janeiro de 1881. Tornámos a vêr a doen-

te no hospital. Ella diz-nos que os symptomas de que outr'ora se queixava reapareceram um ou dois mezes depois da ultima visita. Os symptomas são os precedentemente enunciados.

A 28 applicação de um espesso pessario annel.

1.º de maio de 1881. Desde a sua ultima visita, a doente fez uso de uma poção aperitiva. As dejecções são regulares. Nenhuma dôr quer na defecação, quer no coito. Regras regulares, persistindo o escoamento oito dias. Sofrimentos muito leves. Durante alguns dias, experimentou uma leve dôr nos rins e entorpecimento nos pés. O resto do tempo sentiu-se perfeitamente.

OBSERVAÇÃO III

Publicada por G. Herman

A. L., idade 26 annos, casada, veio á consulta externa gynecologica do hospital de Londres, a 15 d'outubro de 1879. Teve 2 filhos; o mais novo tem 8 mezes; foi apartado ha quinze dias. Não tornou a ser menstruada depois do parto. Queixa-se de uma dôr no ventre, dôr na micção, impossibilidade de reter por muito tempo as urinas, e dôr durante a defecação. Ao toque, acha-se o utero em sua si-

tuação normal, não augmentado de volume; o colo é pequeno e sem lesão. Por traz e á esquerda do utero sente-se um corpo semelhante ao ovario, que não apresenta sensibilidade especial. Nenhuma outra lesão foi constatada.

Infelizmente, não tomei nota do seu tratamento, nem mais ampla explicação sobre o seu estado. Em julho de 1880, o seu medico, M. Culpin, tornou a enviar-m'a; ella explicou-me então, o que não tinha querido confiar-me no hospital, que o seu mal principal era a dyspareunia. Este symptoma existia desde o parto e tinha-se tornado intoleravel durante os tres ultimos mezes. Havia egualmente dôr durante a defecação; esta dôr tinha muita analogia com a que ella sentia durante o coito. Atraz e á esquerda do utero, sentia-se, como outr'ora, um corpo semelhante ao ovario, muito sensivel á pressão. Applicação de um pessario annel, espesso e prescripção de uma poção aperitiva.

A 4 de setembro de 1880 é a data da minha nova visita; não tem havido de ha muito tempo dôr nenhuma nem na defecação nem no coito.

16 de janeiro de 1887. Em resposta a uma carta minha, M. Culpin que tirou o pessario durante alguns dias, haverá coisa de 2 mezes, mas a dôr reapareceu; reapplicou o pessario, e a dôr de novo desapareceu. A doente traz ainda o pessario.

OBSERVAÇÃO IV

Publicada por W. Price

C. G., idade 26 annos, casada, foi-me enviada a 13 de março de 1880, pelo Dr. Wheeler Brown. Queixava-se de dyspareunia, difficuldade na defecação, irritabilidade da bexiga com dôr á micção, leucorrhœa, flatulencia e dôr de cabeça.

Ella dizia ter sempre passado bem e nunca ter tido doença séria. A menstruação começou na idade de 14 annos, e foi sempre regular, excepto durante a gravidez.

Antes do seu casamento, o escoamento era muito pouco abundante, não durava mais que um dia e era doloroso, por vezes mesmo bastante doloroso, para a obrigar a estar na cama. Depois do casamento, o escoamento tem sido mais abundante, durava tres dias, e no anno passado a dôr era muito menos forte. Esta mulher casou entre os 19 e 20 annos.

Seu primeiro filho nasceu cerca de tres annos depois; o parto foi normal mas durante os quatro mezes seguintes, ella teve os seios doentes. Seu segundo filho nasceu ha quatro annos, prematuramente no oitavo mez da gravidez; houve uma leve perda antes do nascimento da creança.

Depois d'este parto, tem soffrido d'uma sensa-

ção de peso no baixo-ventre e tambem de dyspareunia, que se accentuou particularmente durante os doze ultimos mezes ; esta dôr acompanhava-se de nauseas e desfallecimentos e persistia quasi uma hora.

Durante dois annos ella teve leucorrhœa e, ás vezes prurido da vulva.

Ha doze mezes que não pôde conservar as urinas tanto tempo como antes e por vezes tem tido dôr á micção. Durante os tres ultimos mezes, tem experimentado constipação e dôr na occasião da defecação, dôr que se assemelha á que é occasionada pelo coito. Durante o mesmo tempo, mas nunca antes, ella tem tido grandes dôres de cabeça ; seu estomago por vezes incha-lhe ; a doente attribua este ultimo symptoma ás flatuosidades.

Não se encontram signaes d'anemia ; esta mulher alimenta-se bem ; as paredes abdominaes eram relaxadas e não se sentia tumor.

Existia uma leve sensibilidade da região ovarica esquerda. Pelo toque vaginal achou-se o utero n'uma boa posição e inteiramente movel ; sua fórma era normal e sua cavidade media 2 pollegadas e meia de comprimento ; o colo era são, salvo uma leve sensibilidade do labio posterior. Um corpo movel, da fórma e do volume do ovario, sensivel, foi encontrado em baixo e á esquerda do utero.

Applicou-se um pessario annel espesso e ministrou-se uma poção aperiente.

6 d'abril. A doente póde reter mais facilmente suas urinas. As dejecções são regulares e não ha dyschesia. A dyspareunia é actualmente reduzida a nada «nada por assim dizer» para me servir das expressões da doente.

A 21. Nem dyspareunia, nem dyschesia. As regras voltaram ha duas semanas, dolorosas como d'ordinario.

A 16 de junho. A doente queixa-se de dôres na região ovarica esquerda, do resto passa bem. O corpo semelhante ao ovario ainda se percebe.

22 de setembro. A dôr no lado esquerdo melhorou; quanto á dyspareunia, «não vale a pena falar n'ella».

OBSERVAÇÃO V

Retroflexão do utero. Queda do ovario esquerdo no fundo do sacco posterior. Operação d'Alexander

24 d'abril de 1886. Mulher de 26 annos, entrada por causa d'uma retroflexão do utero.

Pequeno polypo da urethra, situado na parte inferior do canal, perto do meato, do volume d'um grão de trigo, vermelho, vascular.

6 semanas depois, algumas perturbações na

micção, caracterizadas por vontade de urinar no fim da micção.

Incisão do polypo com o thermocauterio; cauterização do ponto de implantação.

A retroflexão será tratada mais tarde.

Dia 29. A pequena ferida está cicatrizada. A micção é facil. Achando-se a mulher collocada na posição genu-pectoral, dois dedos introduzidos na vagina repoem o utero que é movel. A manobra é pouco dolorosa.

Um tampão de algodão é applicado com o auxilio do speculo de Sims, no fundo de sacco posterior. A mulher deverá ficar deitada sobre o ventre tanto quanto possivel.

Ha algumas dôres no ventre durante a noite. O tampão acha-se imbebido de algum muco-pús uterino.

A contenção é perfeita. Deitada a doente de costas, é impossivel sentir o utero em retroflexão. Um novo tampão mais volumoso é introduzido no fundo de sacco posterior. A doente poderá levantar-se uma parte do dia.

1 de maio. A contenção mantém-se, mas o utero tem extrema mobilidade na bacia, deslocando-se facilmente em todos os sentidos. E' impossivel mantel-o por meio d'um pessario, quer de Hodge, quer de Dumontpallier; o fundo de sacco posterior é de tal modo largo e profundo atraz que

o corpo do utero não é de fôrma alguma sustentado pelo instrumento. A doente queixa-se sempre e sofre do flanco esquerdo.

16 de maio. Desde o principio do mez até 7, época das regras, e alguns dias depois do fim d'estas, um tampão de algodão é regularmente introduzido no fundo de sacco posterior, depois de reduzida a retroflexão, achando-se a mulher na posição genu-pectoral, e os dedos repellindo o utero depois de introduzido o especulo de Sims. Mantem-se assim a reduçcão; mas, se deixamos um dia a doente sem tampão, encontramos no dia seguinte o utero em retroflexão completa. Quando o utero se acha bem reduzido e mantido, não ha dôr na virilha esquerda e a doente sente-se muito alliviada. Quando ha retroflexão, a dôr é viva, a doente não pôde conservar-se muito tempo em pé, pois sente fortes dôres no ventre e região lombar.

16 maio. Praticando uma exploração muito completa do fundo do sacco vaginal posterior, antes da reduçcão do utero, percebe-se nitidamente ao lado esquerdo, além do corpo do utero, um pequeno corpo deslocando-se sob a pressão do dedo, independente do utero e muito doloroso á pressão.

Trata-se evidentemente do ovario em prolapso no fundo de sacco de Douglas.

Esta ultima descoberta, a dôr produzida e entretida pela retroflexão, o allivio sentido quando es-

ta se corrige, a impossibilidade de obter esta correcção por um pessario, por causa da amplidão excessiva da bacia e da mobilidade extrema do utero, levam a fazer a operação do encurtamento dos ligamentos redondos.

18 de maio. Operação. — A região pelvica lavada e barbeada, incisão de 6 centímetros, á esquerda e ao nível da espinha do pubis; a incisão deve ser bastante grande por causa da abundancia de gordura da parede abdominal. O orificio externo do canal inguinal é facilmente posto a descoberto. Percebe-se o ramo do nervo genito-crural que sae do trajecto; isolado sobre a sonda canelada é reseccado na extensão de 2 centímetros approximadamente. Vê-se então um paquete avermelhado que sae do trajecto inguinal. As fibras intercolumnares são cortadas a pequenos golpes de tezoura na extensão de 1 $\frac{1}{2}$ centímetros para permittir a entrada no trajecto inguinal. Todo o paquete avermelhado que sae d'este trajecto é tirado levemente para fóra e dissociado com uma sonda canelada. Puxando e dissociando chega-se no fim d'alguns instantes a encontrar um cordão avermelhado, violaceo, do volume d'uma penna de corvo. O cordão é livre das suas adherencias ás paredes do trajecto por meio de golpes de tesoura. Então, com uma pequena tracção, facilmente se tira o cordão que rapidamente augmenta de volume. E' puchado

n'uma extensão de 6 centímetros sem se sentir dificuldade ou sensação de resistencia.

Esta parte da operação fez-se sem que fosse necessario usar de pinças hemostaticas.

A mesma operação é praticada immediatamente ao lado direito; mas, apesar de buscas pacientes, apesar de um desbridamento extenso sobre a parede anterior do canal inguinal, foi impossivel descobrir o ligamento redondo d'esse lado. Dois pequenos vasos abertos, necessitaram a applicação de pinças.

Attribuo o insuccesso d'este lado a que todas as partes que sahiam do trajecto inguinal foram mal apanhadas pela agulha de Deschamps. Além d'isso, o orificio exterior do canal inguinal era pouco visivel e foi necessario procural-o durante algum tempo.

A segunda parte da operação consiste na reduçção do utero e na fixação do ligamento redondo. M.^{me} Henry introduz a mão na vagina, manobra facilitada por uma antiga laceração da forquilha, e com os dedos faz a reduçção da flexão e repelle o utero fortemente para deante. Pela palpação hypogastrica sente-se o fundo do utero acima do pubis.

O ligamento redondo é fixado aos pilares interno e externo por meio de dois fios de catgut n.º 1 moderadamente apertados: o primeiro fio é in-

troduzido de cima para baixo e de dentro para fóra através do pilar interno; o segundo é introduzido de cima para baixo e de fóra para dentro através do pilar externo, ligamento redondo e pilar interno. Um outro fio é posto no entrecrusamento superior dos pilares para os approximar.

O ligamento redondo, trazido ao exterior, é dobrado sobre si mesmo, pelotonnado no angulo interno do orificio do trajecto inguinal e fixado n'este ponto por meio d'um fio de catgut, que o atravesse assim com a parte inferior do orificio.

Sutura dos labios da ferida com catgut.

Do lado direito, onde não ha ligamento redondo a suturar, a parede anterior do trajecto cortado é reconstituída por meio de trez pontos de sutura em catgut.

Lavagem com soluçãõ fenicada forte. Penso com gaze iodoformada. Um tubo na profundidade da ferida, mas não penetrando no trajecto inguinal. Compressãõ com esponjas.

Dia 19. Vomitos chloroformicos bastante abundantes, hontem e durante a noite, apesar de duas injeccões de um centigramma de morphina cada uma.

Physionomia abatida. Ventre não doloroso. Nenhumas dôres nos regiões operadas.

Dia 20. A febre é elevada, mas o estado geral é bom. Os vomitos cessaram, a doente queixa-se d'uma dôr ao nivel das falsas costellas direitas, su-

bindo até acima do seio direito. Esta dôr é exagerada pela pressão e pelos movimentos respiratorios. Nenhum signal ao exame do peito. A persistencia da febre e esta dôr levam-me a examinar a região operada (1.º penso).

O aspecto é excellenté, nenhum vestigio de inflammacão. Os drenos são lavados e collocados de novo. Continham um pouco de sangue tendo tendencia a passar á suppuração.

Os tampões vaginaes, que foram postos na operacão para manter o utero na reducção, são substituidos. Não teem mau cheiro algum. Póde-se constatar pelo toque que a reducção se conserva. O utero acha-se mesmo alguma coisa antevertido; o collo olha um pouco para traz.

A temperatura é sempre elevada; novo penso. As feridas estão fechadas; retirados os drenos. Substituicão dos tampões vaginaes.

A dôr de que a doente se queixava na região das falsas costellas direitas é sempre muito viva á pressão; nota-se abaixo do seio um estado edematoso do tecido sub-cutaneo e um rubor leve, diffuso, da pelle n'uma extensão da palma da mão.

A' primeira vista poderia julgar-se uma placa de erysipela. Não ha engorgitamento ganglionar, nem na virilha nem na axilla. Creio que se produz n'esta região um phlegmão sob uma influencia que me escapa completamente. Seria a pressão d'uma

mão enquanto levaram a operada para o leito? Esta mulher é uma escrofulosa que tem no pescoço cicatrizes d'antigas adenites suppuradas.

A ameaça de phlegmão da parede thoracica está dissipada. A temperatura tem descido de dia para dia ao normal. Mas as feridas das regiões inguinaes ha alguns dias que suppuram abundantemente. E' necessario tornar a collocar um dreno á esquerda e fazer pensos e lavagens quotidianas.

O utero está em boa posição. E' impossivel sentir a sua face posterior pelo toque vaginal; o collo é elevado e olha um pouco para traz; o utero está n'uma leve anteversão. Tampões glycerinados são renovados todos os dois dias, de fôrma a manter o utero em boa posição.

7 de Junho. Desde o começo do mez a temperatura tornou a subir; o estado geral é mau; ha calafrios e vomitos. O phlegmão da parede thoraco-abdominal parece ser a causa de todos estes accidentes; sente-se acima das falsas costellas direitas uma tumefacção do volume d'um punho com leve œdema da parede e fluctuação profunda. Não ha duvida, para mim, de que existe pus n'esta região e de que se trata d'uma lymphangite profunda tendo por ponto de partida a ferida da operação do lado direito. Houve sempre, d'este ponto á collecção ou á induração preexistente, um trajecto doloroso.

A collecção parece-me ser no tecido cellular sub-peritoneal.

Dia 7. Anestesia. Incisão: pelle, musculos da parede que estão lardaceos e inflammados; abertura d'uma collecção comprehendendo approximadamente duas colheres de sopa de pus phlegmonoso e espesso. Não me parece haver bolsa subjacente mais extensa. A suppuração é mui pouco abundante ao nivel das regiões inguinaes.

Dia 8. A temperatura desce a 37,° como por encanto. A doente acha-se muito bem.

Dia 25. A ferida, resultante da abertura d'este abcesso, cicatrisou rapidamente, suspendendo-se a suppuração em seguida á evacuação completa da collecção.

As feridas operatórias inguinaes fecharam-se do lado direito; do lado esquerdo, ha ainda um pequeno trajecto suppurando no qual foi necessario introduzir um pequeno dreño varios vezes.

A doente levanta-se a 20 de junho e, poucos dias depois, desce ao jardim; o estado geral é muito bom.

Mas o resultado mais notavel e desejado, o que recompensa esta pobre mulher da lentidão da curá, é a desappareição completa das dôres que experimentava no ventre e virilha esquerda. De resto, a correcção do deslocamento uterino fica absoluta-

mente perfeita; o utero conserva-se em boa posição; pelo toque vaginal ou rectal é impossivel sentir atraz o corpo do utero. Este parece mesmo n'uma ante-versão.

Durante todo o tempo de permanencia no leito, a correcção conservou-se por meio d'um tampão d'algodão no fundo do sacco posterior e sustentado por outro mais volumoso. Por vezes tentei applicar a esta mulher, quer um pessario de Hodge, quer um de Dumontpallier. Foi-lhe impossivel sustental-o; o pessario não póde conservar-se na vagina a não ser que seja volumoso e, n'este caso determina dôres; se é pequeno, é expulso. O ovario não se tornou a sentir.

Dia 28. Depois d'este dia a doente ficou sem tampão.

2 de julho. Apesar da ausencia de tampão o utero conserva-se n'uma situação perfeita. Nenhuma dôr. Nenhuma difficuldade abdominal. A doente diz-se muito feliz por não sentir o ventre.

4 d'agosto. Torno a ver a doente. O utero está em boa posição. Não ha dôres.

Por prudencia, ponho-lhe um pessario Dumontpallier.

OBSERVAÇÃO VI

Retroflexão do utero. Prolapso do ovario.

Hysterectomia vaginal.

17 de maio. Mulher de 41 annos, de Fontenay, na Brie, enviada pelo Dr. Mosen de Rozoy. Esta mulher é magra, secca, e com aspecto de bastantes soffrimentos. Ha muito tempo que se queixa de dôres no ventre; é dyspeptica e muito anemica. O seu estado foi talvez aggravado por um tratamento que seguiu durante annos e que consistia em sangrias repetidas, talvez vinte em cinco ou seis annos. Ha dois mezes que se entregou aos cuidados do Dr. Mosen: n'essa occasião as digestões eram tão más que a doente vomitava indistinctamente todos os alimentos, tendo chegado a um grau de emaciação extrema. Ha um mez que o Dr. Mosen trata esta doente pela gavagem e, desde esse momento, os alimentos conservam-se e o estado geral tornou-se melhor.

As dôres, porém, ficaram as mesmas. Residem no lado esquerdo do abdomen e dos rins; são persistentes, impedem a marcha, tornam difficil a posição sentada, e só se acalmam um pouco, deitando-se a doente.

O ventre d'esta mulher foi sempre doloroso; teve um parto ha vinte annos, em seguida ao qual

ficou por muito tempo doente, e um aborto ha dez annos. Depois d'este não tornou a gravidar.

As relações sexuaes foram sempre dolorosas. A menstruação é regular; exagera todos os phenomenos dolorosos. Estes accentuaram-se mais ainda ha um anno, época em que a doente fazia grandes esforços para levantar duas vezes por dia a mãe que se achava doente então.

A palpação do abdomen é muito dolorosa, sobretudo ao lado esquerdo, onde ha verdadeira hyperesthesia da pelle e onde se nota os pontos dolorosos da nevralgia dos ultimos nervos intercostaes.

A palpação é muito menos dolorosa á direita.

O toque vaginal indica um collo um pouco grosso, sobretudo o labio posterior; levemente dirigido para deante atraz da symphyse; e uma retroflexão muito accentuada do corpo.

Este é inteiramente dobrado em angulo recto sobre o collo e enche a excavação. Parece grosso ao toque e muito sensivel; parece movel e tenho a sensação de que poderia fazer a redução. Creio que existe n'esta mulher uma retroflexão antiga, talvez exagerada pelos exforços feitos nos ultimos tempos; creio mais que esta retroflexão se acompanha d'uma queda do ovario no fundo de sacco posterior e que é o ponto de partida de todos os

accidentes dolorosos e sympathicos, experimentados pela doente.

Esta mulher entrou para a Maternité, sala Levret, nos primeiros dias de Julho e pude então examinal-a á vontade. Facilmente me convenci então que tinha uma retroflexão do utero com queda do ovario no fundo do sacco esquerdo.

O corpo uterino estava dobrado em angulo agudo, abaixado e fixo na excavação; era muito sensivel ao toque e a menor pressão exercida sobre o orgão arrancava gritos á doente. O contacto do ovario era egualmente muito doloroso e acompanhava-se d'uma dôr excessiva, subindo em todo o lado esquerdo do abdomen até debaixo das falsas costellas.

A doente foi posta em tratamento; antes de fazer qualquer tentativa, institui uma medicação preliminar consistindo em banhos prolongados, injecção vaginal quente a 40.^o repetida de manhã e á tarde, e na administração interna de brometo de potassio na dose de dois grammas por dia. Desde o fim de Julho até o começo de Setembro fiz uma serie de ensaios para levar o utero ao seu lugar; tampões de varios volumes foram applicados no fundo de sacco posterior, assim como pessarios de diversos modelos; tentei a reduccão na posição genu-pectoral. Nenhuma d'estas tentativas deu resul-

tado; pelo contrario, a presença de corpos estranhos na vagina mais exasperava a dôr; a posição do utero conservou-se sempre a mesma, assim como a sensibilidade do ovario em prolapso.

A situação d'esta mulher era tão desgraçada quanto possivel; a dôr contínua que experimentava no baixo-ventre condemnava-a ao leito d'um modo quasi absoluto. Se se levantava, só a pequenos passos conseguia andar, e mesmo assim só durante alguns minutos. O appetite era quasi nullo; as refeições reduziam-se a sopas ou a leite, deixando o estado geral muito a desejar.

Dicidi-me a tomar uma resolução energica para alliviar esta mulher. Abandonei a ideia da reduçção do utero sob o chloroformio e da operação d'Alexander por causa da fixidez do utero na excavação. Resolvi tirar o orgão desviado na totalidade, operação que me parecia justificada pelo estado das partes, os soffrimentos d'esta doente, a inutilidade dos tratamentos anteriores e a proximidade da menopausa (44 annos). Fazia tenção de tirar ao mesmo tempo pela via vaginal o ovario esquerdo, em prolapso no fundo de sacco.

A *hysterectomy vaginal* fez-se a 16 de setembro com os meus assistentes habituaes (M.^{me} Henry, Mall. Berthold e Vallin, internos do serviço). A operação, feita em 12 minutos, foi extremamente facil.

Tirado o útero e collocada uma longa pinça no ligamento largo, o ovario esquerdo subiu para o abdomen, deixando de ser accessivel ao toque. Para o extrahir foi necessario introduzir o dedo profundamente atravez da fenda peritoneo-vaginal. O órgão tomára o seu lugar e, por isso, não julguei a proposito procural-o para o extrahir; a operação foi terminada.

Sempre apyretica, a doente levantou-se ao sexto dia, deixando ao oitavo o hospital.

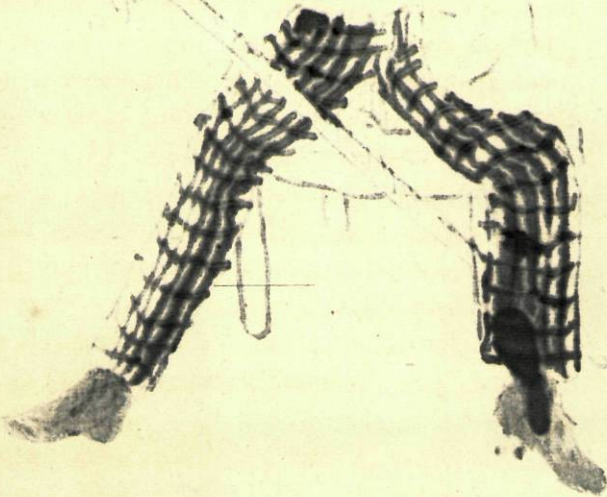
Depois d'isto via varias vezes. A dôr de compressão sobre o recto, a constipação, as perturbações dyspepticas, desappareceram quasi logo depois da operação, mas a sensibilidade superficial e profunda do abdomen, do lado esquerdo, persistiu por muito tempo, fazendo-me lamentar varias vezes de não ter procedido á extirpação do ovario esquerdo, como fizera tenção ao principio.

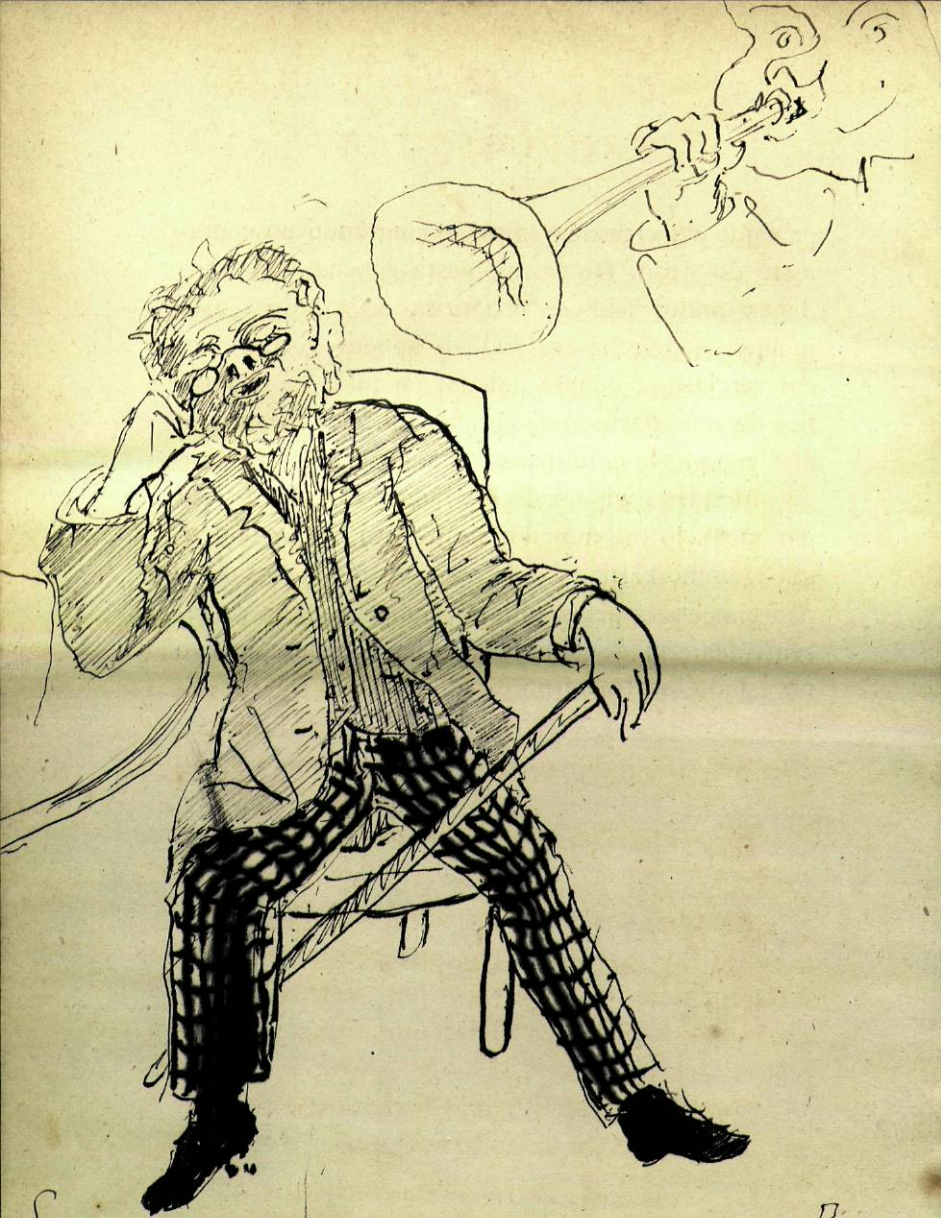
Devo dizer entretanto, que o toque vaginal praticado varias vezes depois da operação não me mostrara a reproducção do prolapso do ovario. O toque indicava simplesmente no fundo da vagina, sobre a cicatriz, um ponto muito sensivel, muito doloroso, cujo contacto fazia soffrer bastante a doente.

No fim de fevereiro de 1887, tornou a procurar-me e então pude vêr e tocar n'este ponto sensivel um verdadeiro gommeo carnudo hyperesthesico,

partindo da cicatriz vaginal e sangrando ao contacto do dedo. De resto, n'esta época, uma mudança muito feliz se produzira no estado d'esta mulher; a marcha era facil, o appetite voltára; e, em verdade, a doente pallida, languida, e chlorotica do anno passado não era reconhecida n'esta mulher completamente transformada.

Mandei-a vir um dia á Maternité, 20 d'abril, e por meio do thermo-cauterio destrui profundamente o gommeo carnudo doloroso; foi o fim dos seus padecimentos: pelas ultimas noticias que tive recentemente (2 de junho), nada havia a desejar, nem no estado local, nem no estado geral.





Somma Subgonalio

PROPOSIÇÕES

Anatomia.—Admittimos a opinião de Schultz, relativamente á posição normal do utero.

Physiologia.—A saliva introduzida no estomago, activa a secreção do succo gastrico.

Materia medica.—Como hypnotico, preferimos o sulfonal, ao chloral e ao opio.

Pathologia externa.—A ankylose apparece sempre ligada a um processo inflammatorio.

Pathologia interna.—Todas as endocardites são infecciosas.

Pathologia geral.—O sangue tem uma acção destruidora sobre os microbios.

Anatomia pathologica.—Todo o aperto pathologico nos systemas da canalisação digestiva, circulatoria e respiratoria, é sempre acompanhado de spasma.

Hygiene.—Opinamos pela vaccinação obrigatoria.

Partos.—Achamos accetavel a curetagem antiseptica do utero, na septicemia puerperal, quando as injeções intra-uterinas previamente empregadas, não tenham produzido um abaixamento rapido da temperatura.

Medicina operatoria.—Regeito a arthrectomia nos tumores brancos do joelho.

Vista.

O Presidente,

A. Placido da Costa.

Póde imprimir-se.

O Conselheiro-Director,

Visconde d'Oliveira.