

Antonio Augusto de Aguiar Cardoso

739

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO
DA
ANATOMIA PATHOLOGICA
DAS
OVARITES

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO
IMPRENSA CIVILISAÇÃO
73—RUA DE SANTO ILDEFONSO—77
(Largo da Pocinha)

1892

6815 ENC

P. o dia 15 de Dec. de 1892,
pelas 11 horas da manhã

Presidente O. Re. Imp. Pedro
Augusto Dias

Re. Imp. Lemos

tes
Pr. g. { Antonio d'Alv. a Montro
M. S. Rodrigues da S. Pinto
Cam. de Augusto Corr.
de S. Paulo
Roberto B. do Rosario Frey

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

PROFESSORES PROPRIETARIOS

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, semmelologia e historia medica....	Ilidio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia.....	

PROFESSORES JUBILADOS

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

PROFESSORES SUBSTITUTOS

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

DEMONSTRADOR DE ANATOMIA

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. 155).

À MEMORIA DE MEUS PAES

E DE

MEUS AVÓS MATERNOS

A minha familia

AOS MEUS PARENTES

Aos meus amigos

AOS MEUS CONDISCIPULOS

A ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

Ao meu illustre presidente

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

Pedro Dias

ESTE trabalho vê a luz publica em virtude d'uma exigencia da lei, e mais do que isso, foi iniciado, foi suggerido, pensado e escripto com o exclusivo fim de cumprir essa lei.

A mim, como alumno da Escola medico-cirurgica do Porto, apenas me assiste o direito de escolher o assumpto.

Não se trata aqui de realisar o caprichoso desejo de ser auctor d'um livro, não se pensa em divulgar acquisições scientificas pessoaes, filiadas no tranquillo estudo dos assumptos que interessam á profissão medica, não se cumpre emfim uma obrigação moral; realisa-se e cum-

pre-se, por vontade ou contra vontade, uma obrigação material.

Tal é o cunho d'esta publicação.

Ao lê-la, ninguém aquilate o seu valor, sem lembrar que presidiu á factura d'ella uma obrigação imposta por lei, sem recordar que foi urdida e escripta no decurso d'um 5.^o anno, em que o cerebro, por maior pujança que tenha, se fatiga. Não esqueça, quem a lêr, quantas contrariedades interromperiam a factura d'esta publicação, vendo escassear o tempo e avisinhar-se o fim do prazo.

Algumas palavras relativamente á escolha do assumpto.

A somma de conhecimentos, que o medico-cirurgião actual tem de possuir, é enorme, e é latissima a extensão que teem tomado os assumptos de medicina e cirurgia, a ponto que, dentro em pouco, o nome de medico-cirurgião porventura passará á historia, para dar lugar ao de especialista medico ou cirurgico.

O alumno do 5.^o anno encontra-se n'um labyrintho de assumptos de these e diga-se em verdade, o maior numero d'elles inexgotados.

Não nos faltam assumptos; o que nos falta é solidez de conhecimentos para os tratar, discernimento ou criterio para os escolher, metro para avaliar as nossas forças em confronto com as exigencias do assumpto escolhido.

Quantas vezes depois de feita a escolha, já consumido o tempo em d'elle nos assenhorearmos, o pomos de parte ao reconhecer a carencia de forças para o tratar!

A mim, não poucas vezes me sobreveio o desanimo, e com elle a tentação de abandonar o assumpto escolhido.

Porfiei, mas reconheço que não venci.

No anno lectivo de 1890 a 1891, eu principiei de frequentar o gabinete de histologia, onde trabalhava assiduamente, apaixonadamente um medico illustre, o exc.^{mo} snr. dr. Arthur Cardoso Pereira. Era para mim um mundo novo o campo da histologia, e era-me franqueado por um habilissimo e incansavel trabalhador.

Muito naturalmente operou-se em mim o contagio da admiração por essa sciencia, em que o microscopio, uma das mais maravilho-

sas creações do homem, tem uma parte activa.

Devo ao dr. Cardoso Pereira o iniciar-me na technica histologica, e pensei desde logo em aproveitar esse material d'ensino para a factura da these, tendo já o exemplo do meu amigo dr. Ferreira de Castro, que por essa occasião amontoava trabalhos para a sua applaudidissima publicação «As salpingites».

No anno immediato de 1891 a 1892, depa-ra-se-me um vulto eminente do nosso mundo medico, o exc.^{mo} snr. dr. Azevedo Maia, operando maravilhas no Hospital de Santo Antonio do Porto.

Este distinctissimo professor impõe-se pelo seu talento e pelas suas notaveis qualidades de gynecologo á nossa admiração e desperta em todo o curso o desejo de se relacionar intimamente com esse recente ramo da clinica, a gynecologia.

Assisti ás notaveis operações de laparotomia e hysterectomia do illustre professor, foram confiadas á minha assistencia doentes, depois

operadas, e assim contemplando as peças extirpadas, nasceu a suggestão do assumpto.

Dous outros cirurgiões distinctissimos d'aquelle hospital, os exc.^{mos} dr. Franchini e dr. Sousa Oliveira, me franquearam as suas enfermarias, permittindo-me observar as suas doentes, presenciar as suas brilhantes operações e dispôr das peças extirpadas. A estes cavalheiros expresso o meu reconhecimento pela affabilidade com que sempre fui recebido e pelos bellos casos qua colhi nas suas asseiadadas enfermarias.

Os casos d'ovarite que encontrei no hospital, no decurso do anno lectivo de 1891 a 1892, submettidos á intervenção cirurgica foram vinte e tres; de todos elles colhi observaões e examinei as peças, que conservo.

Divido o meu trabalho em tres partes: estudo na primeira a anatomia, histologia e physiologia do ovario; na segunda passo em revista as differentes classificações d'ovarites; na terceira occupo-me da sua anatomia e histologia pathologica.

Esquivar-me-hia á primeira parte, se a histo-

logia e a physiologia não foram assumptos que ainda hoje estão na téla da discussão. Na physiologia ha obscuridades a alimentar divergencias, sem muitas probabilidades d'um accordo proximo; na estructura do orgão ha detalhes bem averiguados, a par de incognitas, cuja solução está dependente d'um futuro porventura remoto.

D'aqui deriva o immenso labyrintho de opiniões e a enorme confusão de nomes que cada author cria, por mais apropriados para traduzir um factio physiologico ou para expressar determinados promenores de estructura.

Se, no decurso d'esta primeira parte, uma ou outra vez emitto opinião pessoal, é porque não pude vencer a repugnancia em transcrever affirmações que, apesar de correntes, não me convenciam.

Trilhando um terreno muito desigual e controverso, preferi seguir uma justa independencia que transparecerá no decurso de todo o trabalho, maximè na terceira parte.

Era meu programma estudar a pathogenia das ovarites, relacionando-a com as lesões; mas

a escassez de tempo não m'o permittiu, nem tão pouco eu tenho por completo o que escrevi.

Reconheço a imperfeição do trabalho e melhor do que eu reconhecerá o illustrado jury as difficuldades que ousadamente pensei vencer. Sirva esta declaração para captar a benevolencia que confiadamente aguardo.

PARTE I

Anatomia e histologia do ovario

Nos ultimos vinte annos, não ha talvez orgão sobre o qual tanto se tenha escripto como sobre o ovario; muito ainda ha a dizer e muito mais a descobrir.

(*Lawson Tait*).

O ovario é o orgão que encerra os ovulos desde a sua apparição até ao momento em que se acham aptos a ser fecundados. Normalmente existem dous d'estes orgãos situados á direita e á esquerda do utero.

A *fôrma* do ovario é semelhante á d'uma amendoa; o seu bordo posterior é mais convexo e espesso do que o anterior; a sua extremidade externa é mais grossa do que a interna.

O *volume*, posto que variavel, tem sido comparado ao de uma grande ameixa e o *peso* oscilla entre seis e oito grammas.

A *côr* é avermelhada e a *superficie* ligeiramente accidentada de relevos e cicatrizes.

Além das variantes que o ovario soffre com a idade, notam-se modificações segundo o momento em que é observado: assim é que a proeminencia dos folliculos em estado de maturação altera-lhe a fórma e o volume; a congestão menstrual e a gravidez modificam-lhe o peso; a ruptura d'um ou mais folliculos muda-lhe o aspecto; e as primeiras phases do corpo amarello mancham-lhe a côr.

Relativamente á idade: a superficie do ovario é lisa e polida na creança, ligeiramente sulcada de cicatrizes na adulta, rugosa e decórada na velha; augmenta de volume até á puberdade e diminue com a velhice, tornando-se tanto mais consistente quanto mais retrahido.

Os ovarios estão situados na pequena bacia, ahi mantidos transversalmente pelos ligamentos largos, dependencia do peritoneu, e pelos ligamentos utero-ovaricos e tubo-ovaricos. O ligamento largo relaciona a trompa com o ovario, inserindo-se-lhe ao bordo anterior; da extremidade interna do ovario parte o ligamento utero-ovarico que o relaciona com o utero; o ligamento tubo-ovarico liga o pavilhão da trompa com a extremidade externa.

A elasticidade d'estes meios d'união permite ao ovario uma certa mobilidade; mas as causas d'um deslocamento extenso devem-se, quer ao relaxamento dos ligamentos largos, quer á ampliação do utero durante a gravidez. Causas accidentaes ou pathologicas po-

dem tambem determinar deslocamento ou prolapso.

O ovario é coberto á sua superficie livre por uma camada simples de epithelio de células cylindricas com nucleo oval, perpendiculares á superficie do órgão (epithelio germinativo de Waldeyer).

O epithelio germinativo suspende-se um pouco áquem do bordo adherente ou anterior (hilo do órgão) para dar lugar ao epithelio pavimentoso do ligamento largo que se continúa com o peritoneu.

Uma linha macroscopicamente accentuada, separa nitidamente o epithelio germinativo do eudothelio peritoneal.

Na estrutura do ovario ha a descrever: o *parenchyma*, representado pelo folliculo ovarico, elemento essencial a que anda estreitamente ligada a funcção physiologica do órgão, e o *estroma* ou trama, que serve de suporte e garantia de nutrição ao elemento parenchymatoso.

Um córte transversal interessando toda a espessura do órgão mostra que a maior parte do ovario é formada á custa do estroma; os folliculos ovaricos, accumulados de preferencia á peripheria, occupam um espaço relativamente pequeno.

E' regra entre os authores dividir o ovario

em zonas que separadamente descrevem. A maioria reconhece e distingue tres zonas: Uma externa, fibrosa, compacta, situada immediatamente abaixo do epithelio germinativo, privada de elementos parenchymatosos e de vasos (albuginea ou capsula fibrosa); outra subjacente a esta, menos compacta, mas mais espessa, que encerra os folliculos (camada cortical de Schrön, zona parenchymatosa de Waldeyer, camada ovigena de Sappey); e finalmente uma terceira zona, formando a parte restante do orgão, a mais profunda e esponjosa (bolbo, camada bulbosa, camada medullar, zona vascular).

Outros authores vão ainda mais longe, encontrando ensejo de subdividir aquellas zonas: assim é que His subdivide a zona parenchymatosa em tres: zona cortical ou dos folliculos primordiaes, zona subcortical ou dos folliculos medios e zona dos folliculos perfeitos.

A descoberta da presumida albuginea do ovario deve-se aos antigos anatomistas e nasceu da homologia entre o ovario e o testiculo (*testes muliebres* lhe chamavam os antigos).

Foi Sappey o primeiro a negar a existencia da albuginea, asseverando que os folliculos primordiaes existem contiguos ao epithelio germinativo e excluindo assim a ideia da existencia de qualquer capsula fibrosa. Ninguem, comtudo, acceitou a asserção de Sappey; e, posto que fosse rejeitada a denominação de albuginea por impropria, ficou,

porém, o nome de capsula fibrosa ou zona sem folliculos de His a assignalar o presumido facto histologico.

Relativamente á divisão do ovario em duas camadas essenciaes, camada ovigena e camada bulbosa, todos são concordes em admittil-a, dando á primeira o exclusivo da posse dos folliculos ovaricos.

Esta distincção, universalmente admittida, deve-se a Schrön que foi o primeiro a notar a distribuição dos folliculos ovaricos á periphèria do orgão em alguns mamíferos, disposição verificada na mulher por Sappey.

Emquanto a mim, toda e qualquer divisão do ovario em zonas ou camadas não tem realidade alguma; e assim como essa divisão não existe, assim tambem eu creio que ella, ainda que virtual, não traduz pormenor algum da embryologia ou da physiologia do orgão.

Ao ler attentamente os authores não é raro deparar com uma palavra, um simples adverbio, que atraiçoa a affirmacção d'uma capsula fibrosa subjacente ao epithelio germinativo: *ordinariamente, habitualmente encontra-se . . .* ou: *nas mulheres adultas nota-se uma capsula . . .* Outros, menos escrupulosos, dizem que os mais pequenos folliculos se acham implantados na propria albuginea!

Ora, o que é verdade é que na creança e na impubere não existem sequer rudimentos de capsula fibrosa; esta condensação de tecido conjunctivo á periphèria do ovario come-

ça a delinear-se na pubere, accentua-se a pouco e pouco na adulta e existe realmente na velha. A causa d'esta condensação reside na crescente proliferação de tecido conjunctivo do estroma que tem de occupar o lugar dos folliculos, visto que estes vão diminuindo em numero, na razão inversa da idade.

Sappey foi portanto exclusivista, negando em absoluto a existencia de interposição de tecido conjunctivo fibroso entre o epithelio germinativo e os mais superficiaes folliculos; é possivel que as suas observações fossem feitas em impuberes ou adultas muito ricas de folliculos ovaricos.

Melhor é dizer simplesmente: não existe normalmente albuginea ou qualquer capsula fibrosa no ovario, mas os progressos da idade determinam a proliferação de tecido conjunctivo onde os folliculos ovaricos rareiam e á medida que para seguir as suas phases, elles se tornam mais profundos.

O que se dá com a albuginea dá-se com a divisão essencial do ovario em duas camadas; e aqui é de notar que nenhum author discorda.

Por mais que observe e cogite, eu nada posso encontrar de racional que justifique esta divisão universalmente consagrada.

Ao observar um córte transversal total d'um ovario, se abstrahirmos dos folliculos, veremos que o estroma, composto dos mesmos elementos em toda a espessura do órgão,

é tanto mais esponjoso e vascular quanto mais proximo do centro, é tanto menos vascular e mais denso quanto mais peripherico. Mas a transição é insensível e gradual, quasi tão suave como a gradação das côres do espectro. Não ha limite possível nem separação imaginavel entre um bolbo e um cortex.

Dir-me-hão que a propria distribuição dos folliculos á peripheria assignala o limite inferior da camada cortical.

Haverá alguém, pergunto eu, capaz de em um ovario de creança ou de impubere, traçar a linha além da qual não seria dado ao folliculo ultrapassar o limite?

De resto é corrente que o folliculo, na sua expansão, chega a duplicar o volume do ovario, invadindo as partes mais profundas e podendo até occupar toda a espessura do órgão. E' isto tão corrente e tão impressionavel que authores ha, que na descripção do ovario, affirmam que os folliculos se acham dispersos por todo o estroma. A despeito d'esta affirmativa, teem previamente exarado a proverbial divisão em zonas!

Resta averiguar se esta divisão tem por fim esclarecer a descripção da estrutura do órgão, passando a ser mera exigencia de methodo.

Os authores descrevem aquillo que chamam camada bulbosa, passando depois á descripção da camada ovigena, onde estudam o elemento parenchymotoso e o estroma que lhe serve de suporte.

Mas este estroma é elementarmente igual ao estroma do bolbo, havendo apenas divergencias sobre a presença ou ausencia de fibras musculares na camada ovigena, divergencias postas de parte pelas demonstrações de His.

Os elementos d'uma e outra camada são portanto os mesmos e dispostos identicamente com relação ao estroma; é pois mais simples, mais claro e mais methodico abstrahir de divisões que realmente não existem e só obscurecem a descripção, e estudar na estrutura do ovario o *estroma ovarico* ou trama e o *folliculo ovarico* ou elemento parenchymatoso.

Sacrificando o classicismo á claresa da exposição não predomina em mim o espirito da originalidade, mas simplesmente o desejo de ser verdadeiro, conciso e methodico.

(A) **Estroma.**—O tecido conjunctivo predomina no estroma sob a fórma de feixes fibrosos e de tecido laxo. Feixes de fibras musculares lisas acompanham os numerosos vasos do orgão, dispersando-se pelo estroma e entrelaçando-se com os feixes fibrosos.

Além d'estes elementos, cuja existencia ninguém contesta, nota-se um grande numero de cellulas fusiformes (corpos fibro-plasticos de Robin) que se entrelaçam proximo á periphéria, formando uma trama tanto mais densa quanto mais peripherica. A natureza d'es-

tas cellulas fusiformes tem sido muito discutida entre os histologistas; a principio foram ellas tidas por tecido conjunctivo imperfeitamente desenvolvido, mas hoje, depois dos trabalhos de His, Ferrand, Klebs e Aeby, a grande maioria tem esses corpos fusiformes como fibro-cellulas.

Entre os feixes de cellulas fusiformes encontram-se a miude grupos de cellulas polyedricas com nucleo espherico (Klein) que geralmente são interpretadas como vestigios do corpo de Wolf.

No arranjo do estroma só ha a notar a disposição concentrica das fibras conjunctivas e cellulas fusiformes em volta dos folliculos independentes (tunica fibrosa de Henle ou fibroplastica de Robin). Esta mesma disposição se observa, posto que mais rudimentar, em volta dos aggregados de folliculos ainda em estado primordial.

O ovario é ricamente vascularizado: as *arterias*, penetrando no orgão pelo bordo adherente ou hilo, ramificam-se abundantemente no seio do ovario, tornando-se sinuosas e descrevendo verdadeiros helices (arterias helicinas); á medida que se approximam da periphéria, diminuem consideravelmente de calibre.

As *veias*, mais abundantes ainda do que as arterias, formam uma verdadeira rede pelo grande numero das suas anastomoses.

Os *lymphaticos* acompanham os vasos san-

guineos e vão formar uma delicada rede em volta dos folliculos, constituindo a tunica propria do folliculo ovarico.

Os *nervos* são provenientes do plexo ovarico, dependencia do systema do grande sympathico; acompanham as arterias, dirigem-se para os folliculos tocando mesmo a membrana granulosa (Elischer). A sua terminação é no entanto ignorada.

(B) **Parenchyma.**—O parenchyma do ovario é representado pelos folliculos ovaricos (folliculos ou vesiculas de Graaf ou ovisaccos), cujo contheudo essencial é o ovulo.

Em ambos os ovarios existem em media 700:000 folliculos n'uma mulher de dezoito annos (Sappey). O volume varia de 30 micras até ao tamanho d'uma cereja.

Valisneri foi quem primeiro observou a presença dos ovulos no feto humano, em 1833. Mais tarde Sinety, corroborando a descoberta de Valisneri, effectuou observações mais completas: os ovulos primordiaes podem ver-se n'um feto de tres mezes; aos quatro mezes já o tecido conjunctivo do estroma principia de invadir esse amontoado de cellulas de grandes nucleos que são os ovulos primordiaes; aos cinco mezes apparecem os primeiros folliculos rudimentares contendo o ovulo dotado já da sua vesicula e mancha germinativa. Estes folliculos não apresentam, no dizer de Sinety, outras modificações que não sejam de numero

e volume até á creança de termo; no entanto Raciborski diz ter visto folliculos perfeitamente formados, á vista desarmada, em fetos de 7 mezes.

Haussman assegura que alguns folliculos, na creança recém-nascida, evoluçionam até á phase de maturação em dez por cento dos individuos e Lawson Tait inclina-se mesmo a crer na ruptura d'alguns d'elles, seguida de dehiscencia, posto que não tenha ainda encontrado uma prova concludente d'este facto. E' certo que esta evolução precoce termina ao terceiro mez da vida extra-uterina, e os folliculos crescem e desaggregam-se muito lentamente, para entrarem em verdadeira evolução aos nove ou dez annos e portanto antes da idade que assignala a puberdade.

Esta evolução tem por termo a maturação do ovulo com augmento de volume e proeminencia do folliculo á superficie do ovario; chegado a esta phase, ou o folliculo se rompe, dando lugar á dehiscencia do ovulo, ou não se rompe e soffre um processo de regressão. No primeiro caso, ainda póde o ovulo ser ou não fecundado.

D'aqui derivam os tres destinos a que está votado o folliculo ovarico: quando, effectuada a dehiscencia, o ovulo é fecundado installando-se no utero, o folliculo transforma-se no corpo amarello verdadeiro (*corpus luteum* da gravidez); se a dehiscencia teve lugar, mas não se effectuou a fecundação do ovulo, quer por

extravio no peritoneu, quer por ausencia do espermatozoide, então o folliculo transforma-se no falso corpo amarello (*corpus luteum* da menstruação); se finalmente não teve lugar a ruptura follicular no momento physiologico, o folliculo com o seu contheudo atrophia-se (atresia do folliculo).

No estudo do folliculo ovarico ha portanto a percorrer as phases que decorrem desde o estado primordial até ao estado de maturação e os destinos do folliculo até á sua desappareição.

Antes de entrar n'este estudo accrescentarei ainda algumas palavras ácerca da distribuição dos folliculos no estroma. Já foi dito que elles se encontravam disseminados no estroma e de preferencia á peripheria. E' de notar que, quanto mais desenvolvidos, mais se acham profundamente situados, salvo aquelles que estão em ruptura imminente, porque, se por um lado existem profundamente mergulhados no estroma, por outro lado a sua parede toca a peripheria do ovario.

Esta notavel disposição dos folliculos segundo a sua ordem de grandeza tem uma razão plausivel filiada na ovogenese.

Ninguém contesta que a formação dos ovulos tem lugar á peripheria do ovario, mas divergem consideravelmente os anatomistas sobre a sua origem.

Primeiramente Valentin (1838), depois Pflüger (1863) e Schrön (1864) e His (1866)

e Kölliker (1868) e Van Beneden (1870) e Waldeyer (1870) e Semper, Balbiani, Ferrand, Balfour, de Sinety, Ilarjanski, etc., todos produziram trabalhos tendentes á investigação da origem dos ovulos, comparando, deduzindo e relacionando com a ovogenese nos variados seres da escala zoologica, desde os protozoarios até aos mammíferos.

A despeito das notaveis observações dos seus antecessores, os trabalhos de Waldeyer fizeram epocha, produzindo este notabilissimo professor a seguinte proposição, quasi lei universalmente adoptada: «os ovulos e o epithelio follicular derivam directamente do epithelio germinativo.» A theoria de Waldeyer tem sido confirmada, contestada e debatida, mas não apeada.

Resume-se n'isto: d'um lado o epithelio germinativo prolifera e differencia-se; d'outro lado o estroma ovarico invade-o, penetrando a pouco e pouco nos seus intersticios, apprehendendo as cellulas já differenciadas e formando-lhe o estojo, futuro folliculo ovarico; os vasos e os nervos, caminhando por entre os feixes do tecido conjunctivo, vão envolvendo os primeiros ovulos destacados e construindo a delicada trama de irrigação e de innervação, que a seu tempo ha-de imprimir ao folliculo o movimento evolutivo.

Assim, os folliculos mais centraes, os mais profundos, são os primeiros formados, os mais velhos, aquelles em que o estroma vascular e nervoso mais tempo teve de se avigorar.

a) **Folliculo ovarico.**—Independentemente do ovulo, o folliculo ovarico soffre modificações histologicas sensiveis, á medida que progride na sua evolução, modificações essas que assignalam estados peculiares a cada phase evolutiva.

Todos os folliculos, desde o menor ao maior, são dotados d'uma membrana interna de natureza epithelial (membrana granulosa) e d'uma externa, contigua a esta, de natureza lymphatica (membrana propria, membrana reticulada de Sinety).

O folliculo primordial, localisado em regra mais proximo da periphéria, do que aquelles cuja evolução é mais adiantada, existe aggregado a outros formando grupos, separados por tecido conjunctivo ou tão approximados e contiguos que podem formar uma camada continua (camada cortical de Schrön). Esta primeira phase do folliculo é caracterisada pelo seu epithelio formado por uma unica camada de cellulas transparentes, cujos nucleos achatados, quando vistos de perfil, teem a fórma linear. N'esta primeira phase o folliculo tem o nome de *folliculo primordial*.

A modificação histologica que marca a segunda phase ainda reside principalmente no epithelio follicular: as cellulas epitheliaes são polyedricas e o seu nucleo é espherico. Algumas vezes esta modificação não se faz acompanhar de um relativo desenvolvimento do folliculo, mas em regra elle é mais desenvol-

vido, mais profundamente situado, sempre independente e portanto provido d'uma tunica fibrosa inseparavel do estroma ovarico (tunica fibrosa de Henle ou fibro-muscular de Ferrand). E' este o segundo estado ou phase follicular: *folliculo secundario*.

A phase immediata a esta é assignalada ainda por uma modificação do epithelio que constitue a membrana granulosa, cujas cellulas são cylindricas, de nucleo oval, dispostas verticalmente e formando, como nas antecedentes, uma camada unica. N'esta terceira phase os folliculos tendem a tomar a forma oval: *folliculo terciario*.

A' medida que a evolução progride, a membrana granulosa prolifera, e, em lugar d'um epithelio singelo de cellulas justapostas mas não sobrepostas, apparece um epithelio estratificado, constituido por tres, quatro ou mais camadas. A mais externa d'estas guarda ainda a fórma cylindrica e as cellulas que a constituem estão dispostas, com toda a regularidade, umas ao lado das outras. As restantes camadas são formadas por cellulas polyedricas transparentes que não apresentam a disposição regular da primeira. O ovulo muito sensivelmente desenvolvido enche, como nas phases anteriores, toda a cavidade follicular. Esta phase, bem distincta das antecedentes pelo seu epithelio estratificado de fórma pavimentosa, assignala o termo das modificações histologicas do folliculo. E' este o *folliculo adulto*.

Até á phase adulta o folliculo augmenta de volume em todos os sentidos, a sua cavidade é totalmente cheia pelo ovulo e, com relação aos das outras phases, é o mais profundamente situado. Chega um momento em que um derrame albuminoso apparece no seio do folliculo, distendendo as suas paredes e formando uma cavidade que esse liquido enche. O ovulo, ou se conserva coberto em toda a sua periphéria por uma ou mais camadas de cellulas da membrana granulosa (disco prolifero), ou fica adherente em um só ponto á membrana granulosa que a esse nivel se salienta na cavidade do folliculo (cumulo prolifero), e n'este caso o ovulo é banhado pelo liquido follicular.

A distensão operada pelo liquido que se vai accumulando na cavidade follicular tende a expandir as suas paredes e esta expansão determinará a tangencia do folliculo com a periphéria do ovario. E' esta a phase de maturação: *folliculo maduro*.

Sem contrariar as noções mais ou menos correntes ácerca da estrutura do folliculo propriamente dito, estrutura que eu *de visu* verifiquei, segui contudo na descripção um methodo mais racional do que commun, acompanhando as phases ou estados que o folliculo apresenta desde o estado primordial até ao de maturação.

A essas phases, que as successivas transformações do epithelio tornam bem nitidas, eu dei nomes não por mero capricho, mas porque,

tendo mais tarde de referir-me a ellas, quando me occupar da pathologia, tornar-se-hão essas referencias mais precisas.

Como fica exposto, essas phases que assignalam estados bem distinctos, todos caracterisados pelas modificações morphologicas das cellulas da membrana granulosa, salvo a ultima, são cinco:

1.^a—folliculo primordial—epithelio singelo de nucleos achatados.

2.^a—folliculo secundario—epithelio polyedrico de nucleos esphericos.

3.^a—folliculo terciario—epithelio cylindrico vertical de nucleos ovaes.

4.^a—folliculo adulto—epithelio pavimento estratificado.

5.^a—folliculo maduro—cavidade follicular contendo liquido.

O nome de folliculo primordial, a miude confundido com ovulo primordial, foi dado por His.

A denominação de folliculo adulto e folliculo maduro é a cada passo empregada pelos authores para designar o folliculo cavitario contendo liquido; unicamente a este reservo eu o nome de folliculo maduro.

b) **Ovulo.**—O ovulo acompanha o desenvolvimento do folliculo, mas não apresenta modificações sensiveis, salvo de volume, exactamente correspondentes ás phases folliculares.

Na primeira phase follicular o protoplasma

do ovulo (vitello) desprovido de membrana d'involucro está em immediato contacto com a membrana granulosa. No seio do protoplasma existe o nucleo (vesicula germinativa) com a sua membrana e dotado ou não de nucleolo (mancha germinativa).

Quando o folliculo passa da segunda á terceira phase, o ovulo adquire membrana de involucro propria (zona pellucida), considerada geralmente como um producto de secreção das cellulas da membrana granulosa, e por via de regra apparece o nucleolo, conhecido pelo nome de mancha germinativa.

No folliculo adulto a zona pellucida é mais espessa e apresenta uma fina estriação vertical; n'este estado a zona pellucida toma o nome de membrana vitellina.

A vesicula germinativa, que raras vezes é dupla, apresenta em regra mais do que uma mancha germinativa e o protoplasma que rodeia a vesicula é mais transparente e córa-se differentemente pelo acido picrico (Romiti).

No protoplasma do ovulo em estado de maturação notam-se granulações amarelladas.

c) Destinos do folliculo ovarico.

—A tangencia do folliculo maduro á periphéria do ovario, a pouco e pouco torna-se mais perfeita, até que entre o folliculo e o exterior não existe mais do que uma delgada membrana, cuja ruptura é imminente.

As principaes causas que determinam a

ruptura são: accumulação progressiva do liquido na cavidade follicular, congestão activa do ovario facilitada pela rica vascularização e pela fórma helicinia dos vasos, contração das paredes do folliculo (Ferrand), cuja força reside na parede fibro-muscular.

A primeira causa traduz-se por uma pressão interna dirigida em todos os sentidos, cujo effeito se fará sentir á peripheria, ponto que offerece menor resistencia.

A segunda actua por pressão externa ao folliculo, força dirigida no sentido da base para o vertice ou do centro para a peripheria.

A terceira é certamente provocada por via reflexa, cujo estimulo depende da distensão crescente das paredes do folliculo, tal como se dá na bexiga ou no utero.

Estas causas intimas são claramenta auxiliadas por outras, por assim dizer extrinsecas, que podem apressar a ruptura; e estas melhor explicam a independencia entre a evolução e a menstruação, questão immensamente debatida, mas já comprovada.

Ao ousado bistori de L. Tait que, ora tem em vista a cura, ora investiga um diagnostico, devem-se as mais curiosas revelações ácerca dos phénomenos sexuaes da mulher. O illustre cirurgião de Birmingham, em diversas laparotomias, verdadeiras viviseccões, justificadas, quer pela urgencia da intervenção cirurgica, quer pelas exigencias d'um diagnos-

tico obscuro, viu desenrolar-se o mysterioso quadro das funcções tubo-ovaricas, cuja acção se passa a coberto do peritoneu.

Notou que só no periodo menstrual se effectuava a adaptação do pavilhão da trompa ao ovario, quer houvesse ou não n'esse momento folliculo maduro.

Observou, a meio do periodo intermenstrual, folliculos em ruptura imminente ou que acabavam de romper-se e logrou presenciar uma vez a ruptura do folliculo e a hemorragia consecutiva.

E' portanto incontestavel que a dehiscencia ovular, tanto póde ter lugar durante o periodo intermenstrual, como póde deixar de effectuar-se durante o periodo das regras.

Mas a adaptação das trompas aos ovarios dar-se-ha exclusivamente no periodo menstrual, como pensa L. Tait baseado nas suas observações? Eu penso que esta affirmativa é erronea, porque ha, na vida da mulher, momentos que nenhum laparotomista logrará surprehender. Refiro-me ao acto da approximação dos sexos, acto que se faz acompanhar d'um erethismo genital, que é de crer que arraste comsigo o erethismo tubar.

O illustre gynecologo parece não attender a esta causa d'erro, quando das suas observações pretende deduzir a intima relação de dependencia entre a menstruação e o erethismo tuber.

Mas das observações de L. Tait deduz-se

pelo menos uma conclusão irrefutavelmente bem fundamentada: a ovulação é independente da menstruação; e d'esta conclusão derivam importantes corollarios que eu poderia expôr, se de mais perto interessassem ao assumpto que principalmente tenho em vista.

Ficou anteriormente expresso o mechanismo da ruptura follicular, ruptura que determina a queda do ovulo no peritoneu, onde por via de regra se perde, sendo absorvido, ou na trompa, se porventura a adaptação tubo-ovarica existia no momento da dehiscencia.

No folliculo isempto do contheudo operam-se transformações que seguem um de dous typos: corpo amarello da gravidez ou verdadeiro, se o ovulo foi fecundado, corpo amarello da menstruação ou falso, se não teve lugar a fecundação.

O *corpo amarello de gravidez* no seu maior estado de desenvolvimento é constituido por um nucleo fibroso denso e pobre de elementos cellulares, que uns consideram como verdadeiro tecido cicatricial e outros como um tecido resultante da organização d'um coagulo sanguineo. Este nucleo é rodeado d'uma espessa membrana amarellada e sinuosa, muito semelhante ás circumvoluções cerebraes e contém no seu seio algumas grandes cellulas de natureza lymphatica (Sinety). D'aqui resulta ser esta membrana tida como uma transformação da tunica propria ou reticulada do folliculo, que soffreu uma hypertrophia e se tornou si-

nuosa, em virtude da retracção da tunica fibro-muscular.

A massa amarellada e lobulada do corpo amarello é rodeada pelo estroma ovarico, muito rico a este nivel de vascularisação sanguinea e lymphatica.

O corpo amarello de gravidez, cujo vertice, ou é mamillonado ou umbilicado, attinge o maximo desenvolvimento ao quadragesimo dia e decresce a partir do terceiro mez, por atrophia lenta dos elementos que o constituem; e a côr amarella só chega a desaparecer ao duodecimo mez. Mais tempo ainda duram os vestigios da cicatriz representados por um nucleo esbranquiçado (*corpus albidum*).

O *corpo amarello de menstruação* não differe histologicamente do typo antecedente; no entanto o volume d'este fica em regra muito áquem do primeiro, porque a tunica propria se hypertrophia muito menos.

Differença mais caracteristica existe no periodo de evolução; o corpo amarello de menstruação adquire o maximo desenvolvimento ao fim de trinta dias e fica reduzido ao *corpus albidum* em menos de sessenta dias.

A *atresia do folliculo* opera-se, como foi dito, no caso em que a ruptura não tem lugar; o epithelio follicular soffre a degenerescencia granulo-gordurosa, e do ovulo é a membrana vitellina a ultima parte a desaparecer. No seio d'esta massa granulosa apparecem cellulas de fórmás estrelladas, formando um tecido

conjunctivo embryonario que a pouco e pouco soffre a esclerose.

Sinety fez investigações que constam do Boletim da Academia de Sciencias de Paris, tendentes a distinguir pelo exame histologico os tres estados terminaes do folliculo ovarico.

Nas primeiras phases o folliculo atresiado caracteriza-se pela degenerescencia granulogordurosa do epithelio follicular e pelos restos do ovulo; assim se distingue facilmente do verdadeiro e falso corpo amarello. Entre estes dous ultimos não ha, porém, differença alguma histologica sensivel; apenas a duração e talvez o volume os distingue.

E' por isso que L. Tait diz com razão que o corpo amarello de gravidez não tem importancia medico-legal; e de facto attribuir-lh'a, seria erro, porque, dependendo o diagnostico differencial apenas de meras questões de grau, concebe-se quanto possa ser falseado.

PARTE II

Classificação das ovarites

A pathologia do ovario tem sido sempre um campo fértil para as investigações.

(Lawson Tait).

A pathologia da ovarite é, ainda hoje, assumpto largamente discutido e controverso.

Não ha muitos annos que Gallard escrevia: «as leituras sobre assumpto d'ovarite quasi não deixam no espirito mais do que incerteza e confusão»; e as palavras do illustre gynecologista ainda hoje se podem affoutamente proferir, em presença da descripção cahotica que se encontra, mesmo nos mais recentes tratados de gynecologia, sobretudo quando versam sobre questões de pathogenia e de anatomia pathologica.

E a confusão e a incertesa existirão no campo da pathologia ovarica, emquanto existirem incognitas no campo da physiologia e obscuridades no terreno da histologia.

Ao compulsar os tratados que versam o assumpto, eu creio que não haverá leitor que não se desoriente n'esse labyrintho de controversias e que não desespere de fazer acquisição d'um unico conhecimento solido.

Eu, citando a miude nomes respeitaveis, desde já declaro que nenhum dos authores que li logrou obter a minha predilecção; e entrando n'este assumpto com desprendimento d'authoridades, só terei em vista expôl-o de fórma que o leitor, quando não haja de encontrar palpitante novidade, se habitue ao menos a vêr nitidamente o estado actual da questão.

As ovarites tem sido classificadas sob o ponto de vista clinico, pathogenico, etiologico, anatomo-pathologico, etc.

Clinicamente, tem sido correntemente classificadas em:

Ovarite aguda

Ovarite chronica

Lawson Tait, além d'estas especies, addiciona á classificação uma outra entidade morbida que denominou hyperemia ovarica; e parecendo suspeitar que a sua classificação repugnaria a muitos dos seus leitores, accrescenta logo que a distincção entre a hyperemia ovarica e a ovarite aguda poderá parecer uma subtilesa ou requinte de methaphysica.

E' certo que essa entidade morbida existe; e o quadro symptomatico rigorosamente descrito e documentado pelas observações do author e a marcha e a terminação da doença e as complicações, tudo enfim distingue a hyperemia ovarica da ovarite aguda e da ovarite chronica.

Mas a *ovariau hyperemia* de L. Tait é uma ovarite?

Autores ha que descrevem a mesma entidade morbida sob a denominação de ovarite congestiva, ovarite menstrual, ovarite sub-aguda, etc. Dalché, um dos defensores da ovarite essencial, tem a *ovariau hyperemia* de L. Tait como uma fórmula de ovarite essencial.

Estudando e comparando as controversas opiniões dos autores, eu deduzo summariamente que: a hyperemia ovarica, a ovarite congestiva, a ovarite menstrual, a ovarite sub-aguda, são uma e a mesma doença bem caracterisada, mas mal interpretada e por isso mesmo mal denominada e peiormente classificada.

Esta entidade morbida é a congestão do ovario, doença bem delimitada na sua symptomatologia e na sua marcha, cuja causa proxima é a perturbação da funcção vascular do órgão.

E' remittente, porque aggravando-se a cada menstruação, como é natural, diminue de intensidade nos periodos intermenstruaes.

E' frequente, e essa frequencia filia-se bem

na exquisita vascularisação e particularissima função d'este órgão.

A congestão ovarica predispõe á apoplexia (hemorrhagia ovarica) e constitue uma immnencia morbida para a ovarite aguda e mesmo para a ovarite chronica.

Deve portanto sahir do quadro nosologico das ovarites.

Clinicamente ha só ovarites agudas e chronicas.

Sob o ponto de vista da *pathogenia*, as ovarites tem sido classificados em:

Essenciaes ou primitivas

Symptomaticas ou secundarias.

Aqui divergem, mantendo-se em completa opposição, os mais authorisados gynecologistas da actualidade.

Uns querem que prevaleça a ovarite essencial ou primitiva; outros, e estes são em maior numero, negam a existencia da ovarite primitiva e affirmam que toda a ovarite é secundaria.

Alguns vão mais longe e aggregam em uma só doença a salpingite e a ovarite, chamando-lhe salpingo-ovarite ou oophoro-salpingite.

Pozzi, depois de dizer que não ha exemplo de ovarite sem endometrite e salpingite anterior, accrescenta: «eu empregarei de preferencia o termo tubo-ovarite ou oophoro-salpingite, e, se me succeder resumir, dizendo salpingite,

ou ovarite, deverá entender-se que qualquer d'estes termos significa uma lesão mixta.» Melhor ajustaria ao dizer de Pozzi a denominação de metro-oophoro-salpingite para todos os effeitos!

Outro authorisado gynecologista francez, menos positivo do que Pozzi, mas tambem menos leal, intitula um seu livro de 1891 «Salpingites e ovarites.» Folheie-se o livro: encontra-se a cada passo a denominação *salpingite*, seguida do qualificativo *kystica*, *catarrhal*, etc.; mas leia-se, busque-se e nunca se encontrará o termo *ovarite* a que não venha collado o indispensavel *salpingo*. O titulo do livro diz salpingites e ovarites, no alto de cada pagina lê-se salpingo-ovarites. O indice ainda lá falla de salpingite, mas não menciona ovarite, e o texto corrobora a ausencia do termo no indice. O motivo d'essa extranha omissão não se encontra exarado n'essas duzentas e tantas paginas!

Resumindo: authores ha que negam a ovarite primitiva em absoluto; outros especialisam a negativa, avançando que a ovarite é sempre precedida de salpingite e metrite.

Eu admitto a existencia da ovarite essencial ou primitiva, podendo ser seguida de salpingite, de metrite, de pelvi-peritonite, etc., e reconheço a ovarite secundaria ou symptomatica, precedida ou seguida da inflammção do utero ou da trompa.

Sem repetir aqui factos referidos por Pro-

chownich, Ferrand, Dalché e outros, em abono da ovarite essencial, porque não cabe isso no programma do meu trabalho, eu apenas direi que a despeito da ausencia de casos comprovativos, que os ha, repugnar-me-hia não acceitar mesmo *à ratione* a ovarite essencial.

.Dê resto, não vejo que, entre os authores que negam, se argumente contra a essencialidade da ovarite com dados scientificos da pathologia geral. Entendo que esta divergencia nasce apenas da obscuridade no diagnostico das lesões pelvicas.

Etiologicamente consideradas, as ovarites tem sido divididas em:

- Ovarites traumaticas
- Ovarites gonorrheicas
- Ovarites puerperaes
- Ovarites exanthematicas e rheumatismaes
- Ovarites tuberculosas
- Ovarites syphiliticas.

Esta lista não envolve todas as causas d'ovarite, nem ellas são ainda averiguadas na sua totalidade.

E' certo que os excessos venereos são causas communs d'ovarite, quer nas toleradas, quer nas recém-casadas; é tambem exacto que os deslocamentos e prolapsos d'ovario vem a determinar a inflammção do órgão; outro tanto succede por vezes em casos de abor-

to, de partos dystocicos, de explorações mal dirigidas, etc.

Em virtude d'estas considerações e d'outras que omitto para não alongar demasiadamente este capitulo, eu penso que sem alterar o espirito da classificação, as ovarites podem reduzir-se a tres classes essenciaes:

Ovarites resultantes de causas mechanicas

Ovarites resultantes de causas infecciosas

Ovarites resultantes de causas sympathicas

Na primeira classe incluem-se as ovarites d'origem traumatica, as que se filiam no deslocamento ou prolapso do orgão e ainda as que se originam em uma gravidez, aborto, etc.

Na segunda classe estão comprehendidas as gonorrheicas, as tuberculosas, as syphiliticas, as exanthematicas (escarlatina, sarampo, variola, etc.) e talvez as rheumatismaes.

Na terceira classe estão incluídas as restantes, de causas porventura ainda mal determinadas, como sejam as que derivam de excessos venereos, da privação repentina das relações sexuaes, da continencia absoluta (Tilt), da suspensão das regras, etc.

Sob o ponto de vista anathomo-pathologico as ovarites foram classificadas, segundo a séde anatomica da lesão, em:

Ovarite peritoneal ou peripherica

Ovarite folliculosa ou vesiculite

Ovarite intersticial.

Ovarite peritoneal seria aquella cuja séde lesada fosse o epithelio germinativo. Esta denominação consagra um velho erro histologico, e por isso eu accrescentei como synonyma a denominação de peripherica, que acho mais adequada a esta fórma anatomo-pathologica d'ovarite.

Quando a séde da inflammção é o folliculo ovarico, dá-se a vesiculite ou ovarite folliculosa.

Quando o processo reside no estroma, existe a ovarite intersticial, denominada por outros parenchymatosa.

Esta ultima denominação é claramente erronea e por isso deve ser posta de parte.

Mais tarde se verá qual o valor d'esta classificação, accusada de phantasista por uns, recebida com a maior indifferença por outros e rejeitada por muitos.

PARTE III

Anatomia pathologica das ovarites

E' sobretudo a proposito das lesões da ovarite, que os authores deploram a incertesa e o vago dos dados sobre que repousa o conhecimento d'esta doença.

(Ferrand).

Ainda se encontram n'uma monographia, n'um ou n'outro artigo, descripções anatomo-pathologicas de verdadeiras ou suppostas lesões inflammatorias do ovario; mas é de notar o flagrante contraste entre o esmiuçado da descripção e a escassez da interpretação d'essas lesões.

Descrever simplesmente as lesões, sem as interpretar nem relacionar, representa um trabalho material que nem illustra o observador, nem esclarece o leitor.

Aridas descripções são essas que apenas saturam de tedio quem as lê; nem outra foi a impressão que me ficou da leitura de variados livros e publicações que manuseei

quando pretendia orientar-me sobre este assumpto especial.

E' por isso que eu, carecendo por completo de guia para a exposição d'esta parte da minha dissertação, edificai-a-hei quasi exclusivamente sobre as minhas observações macro e microscopicas, algumas das quaes, a titulo de documentos, seguirão de perto o texto.

O ovario inflammado póde apresentar-se augmentado ou diminuido de volume, em posição normal ou viciosa, adherente ou não aos órgãos circumvisinhos.

O processo inflammatorio póde ter invadido, quer a trompa, quer o utero, ou ter feito a sua primeira apparição em qualquer d'estes órgãos.

Estes tres órgãos que constituem o apparelho genital interno podem conservar a sua individualidade, ou formar uma massa unica de inextrincavel amalgama.

O ovario, cahido no pavimento pelvico, póde ter ficado submerso no seio d'exsudatos que se organisaram.

Córtex feitos no ovario inflammado apresentam aspectos variadissimos segundo os casos: focos hemorrhagicos, pequenos kystos disseminados no estroma, corpos amarelllos contendo vastos derrames, abscessos, infiltrações chromaticas, homogeneidade de tecido indicando o cunho cirrhotico, etc.

Estas variadas lesões e diversidade de aspecto que se nota em ovarios inflammados

dependem do grau de inflamação, da natureza do processo inflammatorio e da primitiva séde da doença.

As lesões iniciaes da ovarite são ainda mal conhecidas, porque em regra as peças de que o histologista dispõe, ou derivam d'autopsias realizadas sobre cadaveres de individuos que succumbiram a doença de que a ovarite era apenas complicação imprevista, ou lhe são fornecidas por extirpação do órgão, em doentes que só se submeteram á intervenção cirurgica depois de esgotados os meios therapeuticos.

Descrevei os tres typos anatomo-pathologicos de ovarite, principiando pelo mais commum, tal é o da ovarite peripherica (ovarite peritoneal dos authores).

Ovarite peripherica

O agente inflammatorio, incidindo sobre a superficie do ovario, determina a alteração do epithelio germinativo que chega a ser destruido em parte ou mesmo na sua totalidade.

O character exsudativo predomina n'este processo e assim se formam falsas membranas á custa da organização de exsudatos que, ou se continuam com o estroma ovarico desprovido de epithelio, ou cobrem restos d'epithelio que a inflamação não logrou destruir completamente.

Em regra a ovarite peripherica é secundaria, precedida da salpingite, e não é raro ver a adesão do pavilhão da trompa ao ovario, adesão que se originou no momento em que o erethismo tubar realisou a physiologica apprehensão do ovario. Exsudatos cimentaram essa adesão, envolvendo os dous órgãos; e falsas membranas os vão cobrindo, approximando e englobando, a ponto que a separação mechanica dos dous órgãos se torna irrealisavel sem prejuizo da integridade de qualquer d'elles.

Do contacto do ovario com as visceras que se conteem na pelve resultam adherencias frequentes, sobretudo a uma ou outra ansa intestinal, adherencias que constituem para o cirurgião uma das maiores difficuldades a vencer na ablação dos annexos.

Concebe-se quanto seja perturbada a funcção ovarica e tubar, quando estes dous órgãos assim se encontram encouraçados de exsudatos organisados; e não póde restar duvida, que da perturbação funccional resultem lesões que, por apparecerem em segundo plano, não deixam por isso de ter uma grande importancia.

Córtex dados n'um ovario, cuja primitiva séde inflammatoria foi a periphéria, mostram uma camada de tecido conjunctivo mais ou menos denso e por vezes laxo, formando uma espessa capsula. Logo abaixo d'esta camada vê-se o estroma excessivamente infiltrado e

no seio d'este tecido inflamnado encontram-se cavidades kysticas de fórmās irregulares. N'um ou n'outro ponto, mas principalmente aonde a inflammação é mais viva, ha fócós hemorrhagicos.

Os folliculos primordiaes, distando consideravelmente da periphēria, são em pequeno numero, e pontos ha em que não existem. Em regra e sobretudo nos casos medianamente adiantados, todas as cathēgorias de folliculos estão representadas no órgão e é notavel que, a despeito da inflammação que os rodeia, elles se conservam illesos até á phase adulta.

Encontram-se folliculos maduros, mas apenas em phase inicial e já o epithelio começa de alterar-se.

Os corpos amarellos são rarissimos e em muitos casos, principalmente n'aquelles em que a inflammação interessou toda a periphēria, debalde se procura um.

No plano subjacente aos mais profundos folliculos, encontram-se cavidades kysticas, cujo contheudo é um liquido, ora limpido e de côr citrina, ora turvo e de côr suja; e as paredes d'estas cavidades, ou são forradas completa ou incompletamente de epithelio estratificado alterado, ou são formadas directamente pelo estroma ovarico, frequentemente inflamnado em excesso a esse nivel e sem apresentar vestigios de revestimento epithelial.

Tambem se notam em muitos casos d'ova-

rite peripherica derrames sanguineos intersticiaes ou infiltração hematosica reveladora d'essas hemorrhagias e frequentemente se encontram ecchymoses á peripheria do órgão.

A infiltração de cellulas embryonnarias é em regra abundante abaixo da capsula neoformada e ao nivel dos kystos, devendo notar-se que a parte mais central do órgão, quando não esteja illesa, é sempre a menos interessada no processo.

Da descripção que acabo de fazer deduz-se que a ovulação é consideravelmente compromettida nos casos de ovarite peripherica, chegando a ser anniquilada por completo. Prova-o a raridade e muitas vezes a ausencia de corpos amarellos e de cicatrizes á superficie do órgão.

O termo da evolução follicular é o kysto, vestigio indubitavel do folliculo, accusado pelos restos de membrana granulosa que lhe reveste as paredes. A transformação kystica opera-se na transição da phase adulta á phase madura; quando o derrame albuminoso apparece na cavidade follicular, determinando a expansão das suas paredes, é que a inflamação o invade, comprometendo a vida do ovulo e destruindo o epithelio.

E de facto, sendo o momento da maturação aquelle em que a irrigação sanguinea e lymphatica é mais activa, não é de estranhar que o processo inflammatorio se exaggere a esse nivel; demais a propria expansão no seio

d'um estroma já inflammado deve concorrer para que a inflamação, que até ahi respeitou o folliculo, agora o invada.

O destino do folliculo é portanto o kysto antes mesmo de attingir a phase madura perfeita.

Qual seja o destino do kysto pensa Alexenko (e eu perfilho a sua opinião) que é a atrophia por absorpção do contheudo e approximação das suas paredes até completa desapareição da cavidade; e é certo que não se encontram vestigios que indiquem a atresia.

Para terminar esta descripção resta-me acrescentar que a inflamação peripherica precipita consideravelmente as phases folliculares; baseio esta opinião no facto da diminuição consideravel do numero de folliculos primordiaes, e relativo augmento numerico de folliculos em successivas phases, todas representadas, salvo a ultima; e se a inflamação respeita, como vimos, os folliculos n'essas phases, certo é que a sua diminuição em numero se deve a uma precipitação do processo evolutivo, visto que não póde ser attribuida a uma destruição. Esta só tem lugar, como fica dito, em começos de phase adulta.

As observações que seguem são typos d'ovarite peripherica em graus diversos, corroborando o que fica exposto.

OBSERVAÇÃO I

(Pessoal)

F., 24 annos, solteira, serviçal, natural de Moimenta da Beira, entrou para o Hospital de Santo Antonio do Porto a 26 de janeiro de 1892. O motivo da entrada é principalmente a dyspareunia que accusa ha onze mezes.

A doente, dotada de constituição forte e temperamento sanguineo, apresenta-se com todas as apparencias d'uma boa saude, e nutrida um tanto exaggeradamente.

Antecedentes hereditarios.—O pae foi um robusto pedreiro que nunca accusára perturbações na sua vigorosa saude e foi victimado pela tuberculose pulmonar, de que soffreu apenas dous mezes. Viveu até meia idade sem que manifestasse vulnerabilidade da parte do apparelho pulmonar ou realisasse excessos que fizessem suspeitar qualquer predisposição para a tuberculose.

A mãe, mulher do campo, soffreu de hemoptyses e succumbiu a doença ignorada.

Uma irmã teve em solteira manifestações hystericas que desapareceram após o matrimonio; outra morreu do primeiro parto.

Antecedentes pessoaes.— Aos 7 annos deu uma queda da altura de dous annos, fracturando uma costella. D'este accidente resultou-lhe ficar soffrendo durante algum tempo de hemoptyses e attribue ao mesmo facto uma certa vulnerabilidade do apparelho respiratorio para as doencas a *frigore*.

Aos 12 annos teve a variola confluyente, assignalada por bem sensiveis cicatrizes.

Aos 15 annos soffreu d'accidentes hysteriformes durante algum tempo.

Aos 22 annos teve na região sacro-coccygia um phleimão que suppurou, deixando *in loco* uma pequena induração.

Esta induração inflammava-se periodicamente, suppurava e novamente se indurava. Ha alguns mezes que a ultima induração se mantem sem phenomenos inflammatorios. Certamente trata-se d'uma tuberculose do coccyx, mais ou menos latente, que a miude desperta sem causa apreciavel.

Historia sexual.—Foi menstruada aos 18 annos, justamente na occasião em que tomava um banho geral frio.

Continuou a sel-o regularmente sem tomar qualquer precaução no seu regimen alimentar e banhava-se intencionalmente em agua fria em pleno periodo menstrual desde o primeiro ao ultimo dia.

Gravidou aos 22 annos e teve um bello

parto de termo, levantando-se impunemente ao terceiro dia para lavar roupas em um rio. Amamentou durante cinco mezes o filho que era robusto e que morreu, pouco depois d'um anno, de broncho-pneumonia.

Não teve os lochios e achou-se menstruada um mez após o parto, continuando a sel-o durante o periodo de lactação. Também devo mencionar o facto d'esta doente se ter entregado ás relações sexuaes oito dias depois do parto.

Historia da doença.—Em fevereiro de 1891 (proximamente seis mezes depois do parto) a doente sentiu pela primeira vez dôres ás relações sexuaes; a dyspareunia dava-se do lado esquerdo e era mais ou menos toleravel.

Quatro mezes depois os seus periodos catameniaes são precedidos d'um dia por uma dôr grosseira, diffusã e relativamente toleravel que cessa desde que a menstruação se estabelece.

Desde então uma leucorrhœia succede ao periodo menstrual o a dyspareunia exacerbava-se.

Em agosto de 1891 entrou para o hospital com o fim de tratar-se de metrite, sendo verificada uma ulcera do collo, e retira-se decorridos dous mezes, curada. Durante a permanencia no hospital teve a grippe de fôrma bronchica e complicação pneumonica.

Mais tarde a dyspareunia exacerba-se a ponto de tornar impossivel o coito e eis o motivo porque recorre actualmente ao hospital, installando-se na enfermaria de clinica medica.

Estado actual.—O symptoma predominante é a dyspareunia. Uma leucorrhœa leve e dysmenorrhœa supportavel sommam-se áquelle symptoma.

O toque bi-manual attesta o prolapso do ovario esquerdo, accessivel no fundo de sacco lateral correspondente, inamovivel e muito sensivel á pressão. O ovario direito, cahido no fundo de sacco de Douglas, ahi se mantem immovel e tambem sensivel. O utero conserva-se em posição normal.

Diagnostic. — Prolapso de ovarios complicado de salpingo-ovarite bi-lateral e endometrite leve. A inflammção dos annexos muito provavelmente se filiou no prolapso, determinando adherencias que os manteem n'essa posição viciosa.

A causa determinante da doença seria a carencia de cuidados hygienicos e sobretudo de repouso dos órgãos sexuaes, porque a doente se entregou ás relações sexuaes nos primeiros dias do puerperio.

Tratamento. — O professor de clinica medica, o Ex.^{mo} Snr. Dr. Azevedo Maia, realisou a ablação d'annexos a 27 de janeiro de

1892. Não houve durante a sessão operatoria outro incidente, além da difficuldade em effectuar a ablação principalmente do ovario esquerdo, pelas adherencias resistentes que mantinham este órgão no pavimento pelvico.

A ferida cirurgica cicatrisou por primeira intenção e a convalescença foi suave e curta.

A doente sahiu curada a 28 de fevereiro.

Exame macroscopico dos anexos.—Por toda a parte ha restos de falsas membranas. As trompas acham-se caprichosamente enroladas em helice e cobertas de fóra a fóra por uma forte membrana, de fórma que não é possivel dar um córte transversal completo sem interessar duas vezes a espessura da trompa.

Essas falsas membranas, cobrindo todas as sinuosidades da trompa e englobando o ligamento largo e grande parte do ovario, não chegam a occultar todo o pavilhão, mas enforcam as franjas que emergem d'um annel estreito, expandindo-se em *bouquet*.

O córte transversal mostra exuberancia das pregas da mucosa.

O ovario esquerdo apresenta um enorme corpo amarello que constitue a terça parte do órgão, encerrando um grande contheudo sanguineo, ainda não totalmente coagulado.

Córtes transversaes evidenceciam na espessura do órgão numerosas cavidades kysticas de variadas capacidades, nenhuma das quaes

é tangente á peripheria do ovario, e focos hemorrhagicos dispersos.

No ovario direito observam-se algumas cicatrizes que, por muito apagadas, attestam que ha já bastante tempo não desabrocham folliculos ovaricos; a absoluta ausencia de corpos amarelllos corrobora o mesmo facto.

Exame microscopico. — OVARIO DIREITO. — Uma parte da sua peripheria é nítida; outra parte é coberta de falsas membranas e manchada de ecchymoses. Em parte alguma se encontra epithelio germinativo que não seja alterado e ainda assim escasso.

Este exemplar, de muitos d'este genero que no decurso do anno lectivo tenho examinado, é o que maior variedade de folliculos ovaricos exhibe, predominando a phase terciaria e adulta. Só um encontrei em via de maturação.

As cavidades kysticas profundamente situadas, quasi se tocam umas nas outras e absorvem, por assim dizer, a maior parte do estroma ovarico. Muitas d'ellas conservam o seu contheudo coagulado sob a fórma d'uma substancia amarellada amorpha e a parede d'algumas é forrada de epithelio estratificado já alterado. Na parede d'uma das maiores cavidades encontra-se uma infiltração de hematosina sob a fórma de globulos amarellados refringentes.

A infiltração embryonaria é abundante e desigual.

Não se encontram, em córtex diversos, corpos amarellos nem sequer vestígios.

OVARIO ESQUERDO. — Evidencia os mesmos pormenores histologicos. Os folliculos primordiaes não são aqui em numero tão diminuto. Uma das cavidades kysticas d'este ovario encontra-se cheia de globulos rubros e nucleos cellulares; proximo d'este kysto hematico ha uma vasta infiltração de globulos rubros por entre as malhas do tecido ovarico.

TROMPAS. — Apresentam os caracteres d'uma salpingite catarrhal com grande hypertrophia das pregas (salpingite catarrhal vegetante dos authores).

Considerações. — A ovarite peripherica apresenta-se n'este exemplar bem evidenciada, tendo por causa proxima o prolapso e por causa remota um puerperio accidentado de desvios de regimen. Os folliculos, quando a phase de maturação os força a uma distensão relativamente rapida, encontram do lado da peripheria uma resistencia maior e tendem a expandir-se para o centro do órgão. Chegando o momento physiologico da ruptura follicular, esta não póde realisar-se, em virtude da distancia a que o folliculo se encontra da peripheria; assim tem lugar a degeneração kystica. E quando um ou outro logra attingir a peripheria, o corpo amarello que d'elle resulta é anormal e essencialmente hemorrhagico.

OBSERVAÇÃO II

(Pessoal)

F., 24 annos, solteira, meretriz, natural da Hespanha, entrou para o Hospital de Santo Antonio do Porto a 14 de janeiro de 1892.

Constituição regular, temperamento lympho-nervoso, pequena estatura, nutrição um pouco excessiva.

Antecedentes hereditarios.— A mãe, que a doente não conheceu, consta que fôra saudavel e morrera de parto; o pae, robusto, mas obeso morreu de congestão cerebral após uma exaggerada repleção de estomago. Na linha collateral não ha referencias dignas de menção.

Historia sexual.— Menstruada aos 11 annos sem sensiveis perturbações e regularmente. As primeiras relações sexuaes tiveram lugar aos 12 annos, tornando-se desde logo peccadora de lei.

Concebeu aos 15, dando á luz uma creança viavel que succumbiu aos 3 mezes por deficiencia de alimentação.

Em seguida ao parto veio para Portugal explorar a sua profissão, e aos 18 annos abortou ficando-lhe uma metrorrhagia abundante que cedeu ao tratamento hospitalar.

Antecedentes pessoais e historia da doença.—Aos 19 annos contrahiu a blennorrhagia que durou tres mezes e pouco depois deveu tambem á sua profissão a infecção syphilitica, assignalada pelo cancro duro e bubões.

Ha algum tempo que sente dôres ao coito, mal localisadas, que se relacionavam com certas attitudes.

As primeiras perturbações menstruaes datam de nove mezes: antes da appareição dos catamenios ha cephaleia intensa, movimento febril, anorexia, dores lombares, borborygmos, cedendo tudo ao estabelecimento do fluxo menstrual, descórado ao principio e em seguida excessivamente escuro, que dura tres dias.

Durante o periodo intermenstrual o ventre augmenta de volume; e como este facto se fizesse acompanhar d'uma certa secreção mammaria, a doente a principio suspeitou d'uma gravidez que o tempo não corroborou.

Uma dôr lancinante que sobreveio na região inguinal esquerda determinou a sua entrada no hospital.

Diagnosticco.—O exame physico dos orgãos genitales revelou lesões grosseiras dos annexos d'um e outro lado, cuja posição era viciosa.

Foi diagnosticada a salpingo-ovarite.

Tratamento.—Este caso impunha-se evidentemente á intervenção cirurgica. O Ex.^{mo} Snr. Dr. Azevedo Maia fez a operação de laparotomia, seguida de ablação dos annexos, a 20 de janeiro de 1892. As adherencias que os annexos mantinham com os órgãos pelvicos tornaram muito penosa esta operação. No entanto não houve na convalescença occorrença alguma digna de menção, e a doente retirou-se curada a 15 de fevereiro do mesmo anno.

Descripção macroscopica dos annexos.—As alterações morbidas são de tal ordem que não permitem uma descripção exacta; espessas membranas ligam caprichosamente o ovario á trompa, destruindo a relação normal entre estes dous órgãos: trompa e ligamento largo formam uma unica peça inextrincavel.

Os ovarios são lobulados e d'uma fórma extraordinariamente irregular. D'entre restos de falsas membranas pendem alguns pequenos kystos longamente pediculados, semelhantes a grandes hydatidas de Morgagni.

Durante o acto operatorio romperam-se kystos e laceráram-se os annexos para vencer as adherencias, e estas lacerações e esvasiamento de cavidades kysticas ainda mais inextrincaveis tornaram as relações normaes dos órgãos que constituem cada annexo.

Córtex dados em diversos pontos mostram

nos ovarios pequeno numero de kystos rodeados por um tecido d'aspecto fibroso, resistente e compacto; nas trompas ha alterações profundas da parede interna, com perda de substancia a ponto de adelgaçar em partes por tal fórma as suas paredes que se deixam romper com extraordinaria facilidade. Uma das trompas é kystica, tendo mesmo uma grande capacidade a partir da parte média para a extremidade peripherica.

Exame microscopico.—A superficie livre dos ovarios é em parte nitida e em parte lacerada pelo traumatismo operatorio. Em toda a sua extensão não ha sequer vestígios de epithelio.

Encontram-se folliculos de todos os typos, e apenas um na phase de maturação perfeita, distando consideravelmente da periphéria. A camada de folliculos primordiaes é muito irregular e apresenta grandes interrupções.

N'um dos ovarios ainda se encontram pequenos corpos amarelllos. Os kystos, cujo diametro varia entre um e dous millimetros, são profundamente situados, apresentam maior ou menor nitidez de contornos, mas não se encontra nas suas paredes o menor vestigio de membrana granulosa.

Dispersas pelo estroma ha manchas esbranquiçadas muito irregulares, algumas vezes circumdadas de infiltração chromatica (cicatrices de kystos?)

A infiltração chromatica de hematosina é muito disseminada por ambos os ovarios e abunda especialmente ao nivel da face lacerada.

A infiltração embryonaria é abundante, mas irregularmente distribuida. A periphéria do órgão é formada de tecido conjunctivo denso.

As trompas apresentam lesões muito profundas de salpingite catarrhal; em algumas pregas notam-se cavidades pseudo-glandulares.

Considerações.—Este caso de ovarite periphérica é mais adiantado do que o antecedente. A inflamação evidentemente principiou pela periphéria, onde já existe uma certa cirrhose. A causa d'esta ovarite é pouco attingivel por complexa, mas seria porventura blennorrhagica.

OBSERVAÇÃO III

(Pessoal)

F., 20 annos, solteira, natural de Taboão, jornaleira, entrou para o Hospital de Santo Antonio do Porto a 26 de junho de 1891.

Constituição fraca, pequena estatura, semblante que revela estupidez, sentimentos degenerados.

Nada é possível colher relativamente a antecedentes hereditarios.

Antecedentes pessoaes.—Pobris-sima de familia, principiou em tenra idade o labutar de vida trabalhosa. Já aos 8 annos teve graves soffrimentos pulmonares que a doente attribue a excesso de trabalho e pobreza d'alimentação.

Aos 10 annos teve a varioloide. Aos 18 contrahi a blennorrhagia e a syphilis, de que por vezes foi tratada no hospital.

Foi a influencia que actualmente determinou a entrada.

Historia sexual.—Foi menstruada aos 14 annos e já precedidos os primeiros catamenios de oito dias de soffrimento: arripios demorados, suores, febre, cephalalgia, dôres abdominaes, lombares, etc. No mez seguinte as dôres eram mais accentuadas nas regiões ovaricas e havia dysuria.

Poucos mezes depois estabeleceu-se a amenorrhœia, que durou mais de dous annos, e apesar da ausencia da menstruação a doente accusava sempre soffrimentos periodicos mensaes.

A menstruação reapareceu sem causa apreciavel e tornou-se irregularissima, sobrevivendo tres e quatro vezes durante um mez.

Aos 18 annos foi desflorada sem violencia, em periodo menstrual, e gravidou, abortando aos tres mezes.

Por essa epocha contrahiui a blennorrhagia que, perturbando-lhe a micção e difficultando-lhe a marcha, a forçou a recorrer ao hospital, onde se manifestaram as primeiras lesões locaes da syphilis.

Sahiui e entrou por diversas vezes, ora melhorada, ora aparentemente curada, até que pela quarta vez se submetteu ao tratamento hospitalar com o seu estado aggravado de influenza.

Estado actual.—Além dos symptomas bronchicos e gastricos da gripe, a doente continúa soffrendo do aparelho genito-urinario, tendo crises de dolorosissimo soffrimento com alternativas de allivio relativamente curto.

Do uso de irrigações vaginaes quentes não colheu sensivel proveito.

Operação.—O Ex.^{mo} Snr. Dr. Franchini, assistente d'esta doente, diagnosticou a salpingo-ovarite e effectuou a laparotomia e immediata ablação d'annexos, a 8 de dezembro de 1891.

A doente retirou-se do hospital, curada, depois d'uma convalescença sem accidentes.

Exame macroscopico. — ANNEXO ESQUERDO.—A trompa e o ligamento largo apresentam-se aparentemente illesos, mas o córte transversal da trompa revela lesões da mucosa que parece hypertrophiada.

O ovario é reduzido de volume, descorado e rugoso, deixando vêr algumas cicatrizes.

Successivos córtes dados no sentido antero-posterior, mostram um grande numero de kystos de volume variavel, apresentando a seguinte particularidade: todos os kystos da parte interna ou uterina teem contheudo soroso, apenas turvo, e todos os que se encontram na parte externa ou abdominal são de contheúdo sanguineo.

ANNEXO DIREITO.— A trompa está sensivelmente alterada: enrolada em helice, coberta de falsas membranas e profundamente lesada na parede interna.

O ovario, cujo volume é triplicado com relação ao do lado opposto, é quasi espherico e liso a ponto de não se notar uma cicatriz. Na parte interna é bem consistente e na externa e média revela fluctuação.

Cortado a este nivel, correu um liquido limpidos de côr citrina, ficando vasia uma cavidade que constitue a terça parte do órgão. Além d'este, notam-se outros kystos de pequena capacidade.

A parte interna parece formada de tecido conjunctivo denso.

Exame microscopico.—OVARIO DIREITO.—Em parte alguma da sua periphéria se encontra epithelio germinativo; o limite externo é em alguns pontos nitido e em outros accidentado de falsas membranas laceradas,

Ha folliculos ovaricos de todas as cathogorias, salvo na phase de maturação, e é de notar que as phases mais adiantadas são iguaes em volume ás menos adiantadas.

A grande cavidade kystica não é bem limitada; a sua parede desigual é formada por uma camada espessa de cellulas, cujos nucleos grandes e polymorphos denotam uma grande actividade proliferativa; em alguns rarissimos pontos observam-se no interior da cavidade coagulos sanguineos.

Todas as outras cavidades, que existem em grande numero, são semelhantes á do grande kysto e conservam ainda o seu contheúdo sob a fórma d'uma substancia amarellada granulosa.

Em variados pontos do ovario ha manchas esbranquiçadas mal limitadas que representam talvez cicatrizes de kystos. Nota-se aqui e alli a infiltração chromatica.

N'este ovario predomina o tecido fibroso adulto, havendo ausencia quasi completa de cellulas fusiformes.

A infiltração embryonaria abunda no centro em volta dos vasos e é minima á periphéria.

OVARIO ESQUERDO.—E', como o do lado opposto, desprovido de epithelio germinativo e isento de folliculos na phase de maturação. As cavidades kysticas teem o mesmo aspecto e algumas d'ellas são cheias por um coagulo sanguineo.

No estroma encontram-se derrames sangui-

neos intersticiaes e infiltração hematosica abundante.

A infiltração embryonaria é abundante em volta dos folliculos, na peripheria, e não existe no centro.

TROMPAS.—Apresentam ambas os caracteres da salpingite catarrhal com grande hypertrophia das pregas.

Considerações.—Não se póde dizer que este caso seja um typo nitido de ovarite peripherica; no entanto ha lesões que corroboram este diagnostico anatomo-pathologico. Eu penso que o processo inflammatorio primario foi no estroma e assim a ovarite começou por ser intersticial, datando das primeiras perturbações menstruaes; sem duvida o processo foi muito chronico e d'ahi a cirrhose que se nota n'estes órgãos.

Mais tarde a infecção blenorrhagica interressou a peripheria do ovario, determinando a ovarite peripherica e fechando a porta á ruptura follicular.

Como este, apparecem immensos casos de lesões mixtas que eu poderia apresentar, quer de observação minha, quer de observação alheia, representativa de processos pathologicos que se sommam. E se é certo que em alguns não é possivel dirimir qual fosse o inicial, é tambem exacto que em muitos é justificavel a prioridade, relacionando as phases ou periodos symptomaticos com a idade e chronicidade ou agudeza das lesões.

Ovarite intersticial

O processo inflammatorio, n'este typo d'ovarite, fixa-se de começo no estroma do órgão e parece partir do centro para a periphéria, na maioria dos casos; e digo na maioria, porque as ovarites tuberculosas que revestem o typo intersticial nem sempre fazem a sua apparição primeira no hilo do órgão. Afóra estas (as tuberculosas), tambem devo mencionar que o maior numero de ovarites intersticiaes quasi sempre deriva de causas pouco apreciaveis que arrastam na vanguarda de todos os symptomas as perturbações menstruaes.

A hyperemia do órgão é phenomeno obrigado no começo d'esta ovarite. A ovulação só tarde é que será perturbada, posto que seja precipitada.

Os folliculos primordiaes predominam sobre todos os outros e por via de regra os corpos amarellos abundam, bem como essas manchas esbranquiçadas que teem o nome de *corpus albidum*.

O epithelio germinativo conserva-se intacto durante muito tempo, e quando vem a desaparecer, já teem desaparecido os ultimos folliculos ovaricos.

Os vasos, e principalmente os mais proximos do hilo, encontram-se engorgitados de sangue, e é a esse nivel que predomina a in-

filtração embryonaria. Esta vai invadindo o órgão e parece a principio poupar os folliculos, mas á medida que os vai circumdando, vai-se operando n'elles a transformação kystica. Como distinctivo entre esta ovarite e a precedente, nota-se sempre, a par de poucos kystos, grande numero de folliculos primordiaes e relativa integridade do epithelio germinativo.

As hemorragias intersticiaes são aqui communs, assim como a infiltração hematosica, mas os corpos amarellos raro são lugares de eleição d'essas hemorragias, antes a sua evolução se faz regularmente.

Este seria o typo d'um caso medianamente adiantado. Seguindo por via de regra uma marcha chronica a ovarite intersticial, carecendo de complicações, tem por termo a aniquilação dos folliculos ou antes a sua desapareição e a cirrhose por hypertrophia do tecido conjunctivo que abafará todos os outros elementos de que é constituido o órgão.

Quando a marcha é aguda dá-se a miude a pyogenese e a formação de abcessos cuja localisação é intersticial e que podem crescer e fundir-se a ponto que o ovario é transformado em uma bolsa purulenta.

Não é raro vêr a ovarite intersticial mascarada pelas lesões proprias da ovarite peripherica, e ainda ha pouco eu apresentei uma observação que corrobora este facto. No entanto existem observações que registam casos

de ovarite intersticial bem delimitada e por isso os casos mixtos não invalidam a independencia dos processos.

E' tambem certo que a inflammacão intersticial chega a invadir os folliculos, tal como se dá com a ovarite peripherica; mas o modo d'invasão differe, como vimos, e não ha motivo mesmo para suppôr uma vesiculite.

Tudo depende da localisação inicial do processo inflammatorio, localisação que mais tarde se deprehende pela idade das lesões, salvo se a observação fôr tão tardia que todo o orgão esteja por igual compromettido, o que não raras vezes succede.

OBSERVAÇÃO IV

(Pessoal)

F., 27 annos, solteira, costureira de machina, entrou para o Hospital de Santo Antonio do Porto a 14 de janeiro de 1892.

E' debil, anemica e accusa perturbações menstruaes desde muito tempo.

Esta doente, cujos antecedentes hereditarios são favoraveis, teve em creança o sarampo.

Foi menstruada aos 15 annos, e por um capricho pueril banhou-se e fez exercicios de natação no primeiro dia dos seus catamenios; desde logo sentiu tão violentos padeci-

mentos que teve de passar tres semanas no leito. Recorda-se que por essa occasião tivera febre e dôres abdominaes.

Além de dysmenorrheica, a doente nunca foi regularmente menstruada.

Em maio de 1888 teve uma creança morta, d'um parto laboriosissimo, e durante um mez conservou-se no leito, febril, delirando por vezes, com o ventre muito abaulado e sensível.

Voltou ao exercicio da sua profissão mais por necessidade do que em virtude d'um completo restabelecimento, soffrendo d'uma abundante leucorrheia e dôres na região hypogastrica e lombar.

O seu estado aggravou-se com a anorexia, prostração de forças, emmagrecimento e uma certa hypocondria.

Desde o parto os periodos menstruaes duravam dez e doze dias, o fluxo era abundante e precedido de dôres.

A prostração augmentou de fórma a impedir-a de trabalhar, e depois d'um tratamento therapeutico muito irregular entrou para o hospital em maio de 1889.

Esteve durante algum tempo em uso de irrigações vaginaes quentes e soffreu a curetagem uterina.

O estado foi pouco sensivelmente melhorado e a doente sahiu a 10 de junho, depois de ter recusado a ablação dos annexos que lhe fôra proposta pelo Exc.^{mo} Snr. Dr. Azevedo Maia.

Fóra do hospital, a doente em breve sentiu a recrudescencia dos seus padecimentos e voltou em busca do tratamento hospitalar em 14 de janeiro de 1892.

Estado actual.—A doente é muito pallida e magra, apresentando mais idade do que realmente tem. Sente pulsações no abdomen e de facto as pulsações aorticas percebem-se extraordinariamente.

A leucorrhœa dura ainda e a dysmenorrhœa é muito intensa.

O toque bimanual revela uma extraordinaria sensibilidade dos annexos; o utero mantém-se em posição normal.

Diagnosticada a ovarite bilateral, foi proposta e acceita a ovariectomia.

Operação.—A 17 de janeiro o Exc.^{mo} Snr. Dr. Azevedo Maia effectuou a operação de laparotomia na linha branca e ablação dos annexos.

A convalescença foi muito regular, levantando-se a doente a 3 de fevereiro, mas só sahio a 14 de março por ter estado em tratamento d'uma cystite que lhe sobreveio durante a convalescença.

Exame macroscopico dos annexos.—ANNEXO DIREITO.—Este annexo fórma uma massa globulosa, cujo maior diametro é de tres centimetros.

A trompa apresenta espessura igual ao ovario, differenciando-se na face superior do annexo por um sulco de concavidade posterior, e continuando-se, na face opposta, insensivelmente com o ovario. As franjas da trompa acham-se englobadas por falsas membranas que deixam ver apenas restos atravez d'uma abertura de fórma triangular situada na parte infero-externa.

O ovario, reduzido ao volume d'um ovo de pomba, está como a trompa coberto por falsas membranas. O córte mostra superficies muito molles em que a côr vermelha se apresenta em todos os tons, e d'essas superficies exsuda um liquido soro-sanguinolento que em alguns instantes empasta e coagula no gume do escalpello. Mais tarde, examinado depois d'alguns dias de immersão em alcool, o aspecto é completamente differente: pela acção descorante e endurecedora do alcool, verifica-se á superficie do córte a existencia de diversas e pequenas cavidades kysticas cujo contheudo é uma massa plastica e branca.

D'entre estes kystos destaca-se um pela sua fórma muito alongada contendo um coagulo vermelho escuro.

O córte da trompa mostra uma enorme hypertrophia da mucosa que é descorada e d'aspecto gelatinoso.

ANNEXO ESQUERDO.—As lesões d'este annexo assemelham-se em tudo ás do lado opposto.

Exame microscopico.—Os ovarios conservam o seu epithelio germinativo mais ou menos intacto em toda a periphéria, não obstante haver falsas membranas que o cobrem em alguns pontos.

Ha um grande numero de folliculos primordiaes illesos, e quasi é esta a unica phase follicular que existe nos dous orgãos.

Um ou outro folliculo secundario e terciario apparece, mas não se encontra um em phase adulta ou de maturação.

Encontram-se diversas cavidades kysticas, não ultrapassando as maiores o diametro de 0,^m002, cujas paredes não teem sequer vestigios de revestimento epithelial.

Nota-se um grande corpo amarello muito alongado, encerrando uma massa de côr amarellada manchada, e constituida no centro por coagulos sanguineos.

Os vasos estão engorgitados de sangue e é em volta d'elles que predomina a infiltração embryonaria, se bem que mais ou menos exista por toda a parte.

As trompas apresentam os caracteres d'uma inflammação catarrhal em grau muito adiantado. Proximo á periphéria ha ecchy-moses de fórma alongada.

Considerações.— Esta ovarite, que inicialmente foi intersticial, seria dentro em pouco irreconhecivel, porque a inflammação começava de attingir o epithelio germinativo;

no entanto, apesar das falsas membranas reveladoras d'exsudatos, o epithelio lá está a attestar que o elemento inflammatorio o attingiu ha pouco. Bem menos recentes são as lesões profundas. Os folliculos ovaricos sofrem a transformação kystica, ao que parece, antes de attingirem mesmo a phase adulta, porque quasi se encontram só folliculos primordiaes e os de phase mais adiantada já eram mais ou menos alterados, passando em volta d'elles intensa inflammção.

A inflammção dos ovarios, certamente foi determinada *a frigore* e é provavel que durante algum tempo houvesse apenas a perturbação circulatoria, isto é, a hyperemia ovarica.

OBSERVAÇÃO V

(Pessoal)

F., 22 annos, solteira, natural de Moncorvo, costureira de machina, entrou para o Hospital de Santo Antonio do Porto a 23 de agosto de 1891.

E' escrophulosa, posto que apparentemente o não pareça.

Os antecedentes hereditarios são em toda a linha favoraveis á doente.

Antecedentes pessoaes. — Aos 6 annos teve uma doença do apparelho respira-

torio, provocada *a frigore*: arripios, febre e tosse com expectoração sanguinea. Um anno depois sobrevieram adenites no pescoço, que supuraram, deixando vestígios bilateraes que bem se reconhecem. Desde então não teve sensíveis alterações de saude até á doença actual.

Historia sexual.— Foi menstruada aos 12 annos e continuou a sel-o com regularidade e sem perturbações sensíveis até aos 21. N'esta idade foi violentamente desflorada durante o perido menstrual.

Historia da doença e estado actual.— Estava menstruada de quatro dias quando teve lugar a desfloração. Suspendeu-se immediatamente o fluxo menstrual que era habitualmente de seis dias; mas decorridos oito dias depois da suspensão, estabeleceu-se um fluxo sanguineo abundante. A despeito d'isso, a doente, que então se achava em uso de banhos frios geraes, não deixou de banhar-se, tendo em vista evitar suspeitas.

O fluxo em breve cessou e desde logo se manifestaram dôres no baixo ventre e nos lombos, irradiando para as côxas, accentuando-se mais no lado direito. Até hoje conservou-se amenorrheica, sentindo exacerbação das dôres nos periodos correspondentes aos menstruaes.

Foi n'este estado que resolveu entrar para o hospital.

A micção foi sempre facil, mas a defecação é dolorosa e a coprostasia chegou a ser de vinte dias.

Os principaes apparatus funcçionam com regularidade.

A marcha é penosa pelas dôres.

A ausencia de menstruação após o unico coito fez suspeitar de gravidez e portanto a doente esteve de observação durante o tempo preciso para adquirir a certeza do seu estado.

Foi diagnosticada a ovarite e julgada urgente a ablação dos annexos.

O Ex.^{mo} Snr. Dr. Souza Oliveira, director clinico da enfermaria em que foi installada a doente, realisou a operação a 9 de novembro de 1891. Não houve incidentes dignos de menção, quer durante o acto operatorio, quer durante a convalescença que foi suavissima. A doente sahiu curada.

Exame macroscopico das peças.—Perfeitamente semelhantes os dous annexos; apenas uma das trompas apresenta a particularidade anatomica de ser dotada d'um pequeno pavilhão accessorio.

As trompas são ligeiramente sinuosas e em alguns pontos manchadas de ecchymoses; o pavilhão d'ambas é notavel pelo numero enorme de franjas patentes, livres e bem expandidas.

O córte nada parece revelar de anormal.

Os ovarios, de consistencia dura e muito

augmentados de volume, são de superficie mais ou menos lisa sem sensiveis saliencias ou depressões.

O córte revela um estroma congestionado, semeado de cavidades kysticas todas desviadas da peripheria, salvo uma que sobreleva ás outras em dimensão (diametro 0,^m02) e que é tangente á peripheria do órgão. O contheudo d'estes kystos é, como ordinariamente, albuminoso, transparente, com um leve tom citrino. A olho nú veem-se vesiculas de Graaf e corpos amarellos.

Exame microscopico. — OVARIO DIREITO: — A superficie externa do órgão é accidentada por pequenas falsas membranas que algures cobrem o revestimento epithelial algum tanto alterado.

Ha grande numero de folliculos primordiaes e é esta a cathegoria predominante; no entanto todas as outras phases estão representadas, salvo a de maturação completa.

Encontram-se tambem corpos amarellos em variadas phases, e illesos.

Profundamente vê-se uma fileira de kystos, conservando alguns o seu contheudo granuloso amorpho que encerra nucleos de cellulas, que provavelmente se destacaram da parede. Esta é excessivamente inflammada, formada por um *liseré* de nucleos muito accumulados.

Mais profundamente ainda, observam-se manchas esbranquiçadas, de bordos muito re-

gularmente ondulados que são vestígios de corpos amarellos (*corpus albidum*).

Este ovario é um dos mais ricos exemplares da infiltração da hematosina, que se acha disseminada por entre os vasos e n'outros pontos, excepto na região onde existem os folículos primordiaes.

A infiltração embryonaria decresce a partir do centro para a periphéria.

OVARIO ESQUERDO — As lesões d'este ovario são em tudo semelhantes ás do lado opposto. O grande kysto apresenta as mesmas particularidades anatomo-pathologicas observadas nos pequenos kystos.

Encontrei n'este orgão um folículo ovarico em estado de maturação perfeita, apparentemente illeso.

Tambem aqui se nota a notavel particularidade, que nunca vi referida, de existirem duas zonas de folículos primordiaes largamente separadas por uma faxa de estroma muito vascularizado.

Considerações. — Este caso é um typo nitido de ovarite intersticial, *primitiva, a frigore*. No momento da congestão menstrual physiologica, talvez exagerada por um coito recente realizado violentamente, um banho frio determinou o processo inflammatorio que é exagerado nos ovarios, e tão recente como leve nas trompas.

OBSERVAÇÃO VI

(De Paul Dalché) ¹

Ovarite tuberculosa dupla primitiva.

B...; 19 annos, entrou a 23 d'agosto de 1884 para a clinica de M. Gallard, no Hôtel-Dieu.

Menstruada aos 11 annos, as regras foram sempre pouco abundantes, irregulares, com suspensões de dous ou tres mezes e precedidas de sete ou oito dias por dôres muito vivas.

Aos 14 annos teve uma pleurite do lado esquerdo, de que difficilmente se restabeleceu.

Em junho de 1884 teve pela primeira vez relações sexuaes e a 20 de junho julga-se grávida, em virtude da ausencia de menstruação.

Em 15 de agosto, depois de uma viagem penosa, a doente sente violentas dôres abdominaes e a 20 as regras não reapparecem.

A 23 entrou para o Hôtel-Dieu e verifica-se, ao toque, empastamenta em volta do utero com predominio nos ligamentos.

O ventre é tenso e abaulado. A auscultação dos pulmões nada revela. Ha sopro anemico nos vasos do pescoço.

A doente teve um tratamento therapeutico apropriado.

A 15 de setembro apparece edema na per-

¹ De l'ovarite, Paris, 1885.

na direita e depois na esquerda, subindo até á crista iliaca.

A 10 de janeiro a doente tem oito ataques epileptiformes. Já desde algum tempo havia grandes dôres de cabeça e diarrheia fetida.

Os padecimentos aggravaram-se, até que em 26 de fevereiro teve o coma, e a 27 morreu.

A' autopsia verificou-se que o utero estava adiante intimamente unido á bexiga, e atraz contrahira adherencias fibrosas com o S iliaco.

A trompa esquerda, augmentada de volume, flexuosa, está tambem adherente ao S iliaco. O ovario é espherico e tem o diametro de tres centimetros.

Este ovario é adherente d'um lado ao utero, ao longo do qual cahiu, de fórma que desce ao nivel do collo, e d'outro lado ao S iliaco. A este nivel nota-se no intestino um orificio que communica com uma cavidade purulenta cavada no interior do ovario.

A trompa direita é igualmente augmentada de volume e flexuosa; o ovario d'este lado é suppurado e tem o diametro de quatro centimetros, adherindo ao S iliaco, mas não communicando com elle.

As duas cavidades purulentas são muito vastas e a parede que as cerca não tem mais de meio centimetro; demais, sobre a parede do ovario esquerdo encontram-se dous pequenos nucleos em via de amollecimento.

As trompas encerram materia puriforme.

O exame histologico demonstra que esta ovarite é d'origem tuberculosa. Proximo ao abscesso veem-se lesões typicas de tuberculose, cellulas gigantes cercadas de cellulas epithelioides e de cellulas embryonarias; aglomeração de cellulas embryonarias, cujo centro degenerado se perdeu, o que se traduz no cóрте por um vacuo. Mas estas lesões, longe de ser localisadas em volta do abscesso, existem em toda a parede. Ellas são muito notaveis ao nivel da camada ovigena; ahi se encontram, de facto, ora pontos de tuberculose infiltrada, confundindo-se insensivelmente com o resto do tecido, ora um pequeno tuberculo com muitas cellulas gigantes, cercado d'uma zona fibrosa.

Os dous nucleos que notamos no exame macroscopico não são mais do que dous grandes tuberculos massigos.

As lesões inflammatorias são minimas e d'uma importancia completamente secundaria; comtudo, em certos pontos os vasos estão dilatados e cheios de globulos.

Nada authorisa a pensar que os ovisaccos tenham sido o ponto de partida da affecção.

Todos aquelles que vimos, e são em grande numero, não apresentam alteração apreciavel; por outro lado, nenhum dos focos tuberculosos parece ser desenvolvido em uma cavidade de que restem vestigios.

Considerações pessoais. — Esta observação é escripta pelo author, a pretexto de demonstração da ovarite tuberculosa primitiva; e concebe-se que, predominando no author este intuito, elle pozesse de parte por menores histologicos que o não interessassem directamente. Assim é, que não falla de corpos amarelllos, nem especialisa as phases folliculares representadas no orgão (o que de resto é regra entre os authores) nem mesmo se interessa demasiadamente com o estado do estroma. Tambem, se a transcrevi, foi antes por apresentar um typo, de que a lista das minhas vinte e tantas observações carecia, do que por corroborar a minha opinião sobre este assumpto; no entanto é certo que não a contrariaria.

Ovarite follicular

Este typo anatomo-pathologico de ovarites, a que Negrier deu o nome de vesiculite, é o menos commum. De vinte e tantas observações que realisei sobre as peças extirpadas pelos nossos cirurgiões durante o anno lectivo de 1891 a 1892, eu não encontrei um unico exemplar d'esta classe de ovarites.

Nos authores que versam este assumpto, tambem são escassas as observações que registam casos de ovarite follicular.

No entanto esta ovarite tem existencia real,

e a observação alheia, que transcreverei após o texto, plenamente a justifica.

O processo inflammatorio inicia-se no folliculo ovarico e, posto que o estroma venha a tomar parte no processo, é reconhecivel nos casos medianamente adiantados a preferencia na localisação da affecção, comparando a antiguidade das lesões.

Parece que os folliculos de evolução mais adiantada são as primeiras victimas do processo morbido, e d'aqui resulta a ausencia de corpos amarellos.

O folliculo inflammado augmenta de volume e um derrame precoce, muitas vezes córado de sangue, apparece na sua cavidade; a hyperplasia cellular estabelece-se, comprimindo o ovulo que vem a dssapparecer, sem que seja ainda hoje conhecido o mechanismo d'esse anniquilamento.

A pyogenese vem em regra completar este quadro de destruição e ao córte do órgão veem-se os folliculos substituidos por abscessos de fórma espherica e volume variavel.

Não muito tarde a inflammação invade o estroma, e os abscessos fundindo-se a pouco e pouco diminuem em numero, ao passo que augmentam de volume.

O kysto, lesão commum e por assim dizer obrigada nos typos precedentes, nunca apparece na ovarite follicular, e os derrames sanguineos intersticiaes, quando existem, são tardios e pouco consideraveis.

O processo pyogenico, á medida que progride, realisa a fusão dos focos purulentos até transformar o ovario n'uma unica bolsa purulenta que, ou se conserva enkystada durante algum tempo, ou se rompe promptamente no peritoneu, no recto, na vagina, etc.

OBSERVAÇÃO VII

(De Darolles) ¹

L . . . 34 annos, entrou a 6 de março de 1876 para a *Pitié*, clinica de M. Gallard.

Os antecedentes da doente nada apresentam de particular.

Desde a idade de 17 annos que é menstruada, sem accusar da parte dos órgãos sexuaes symptoma algum digno de menção.

Em 1875 gravidou; o parto foi muito laborioso, nascendo uma creança robusta depois de dous dias de dôres.

Tres dias depois do parto a doente sentiu no baixo ventre dôres assaz vivas que a forçaram a um absoluto repouso durante vinte dias, e como ainda assim as dôres se aggravassem, a doente recolheu ao hospital.

Apesar das dôres que accusa, a doente goza ainda uma saude na apparencia excellente; a nutrição e forças conservam-se, e a despei-

¹ Annales de Gynécologie, 1876.

to da diminuição de appetite e d'um certo grau de coprostasia, as funcções digestivas exercem-se bastante regularmente.

Os órgãos da respiração estão illesos e o coração, áparte um leve sopro anemico da base, funciona regularmente.

Ha completa apyrexia.

O ventre é flacido e não apresenta abaulamento nem sensibilidade exaggerada á pressão. Comprimindo fortemente a região ovarica direita, consegue-se determinar uma dôr sufficientemente viva para arrancar um grito á doente. Mas esta exploração não revela tumor nem empastamento.

O toque revela: calor e abundante humidade na mucosa vaginal, augmento de volume do collo, que está pendido á esquerda, rugosidades e laceração dos labios do collo, abaixamento e manifesto empastamento do fundo de sacco lateral direito, a cujo nivel o dedo percebe pulsações arteriaes.

Em face d'estes signaes foi posto o diagnostico da phlegmasia peri-uterina.

PRESCRIPÇÃO. — Repouso no leito, seis ventosas escarificadas sobre a região iliaca direita, purgante leve.

A 11 de março a doente é examinada ao espelho: vê-se então no labio anterior uma vasta ulceração papillar que foi cauterisada com o nitrato acido de mercurio.

Até 18 de março nenhum novo accidente

sobrevem, antes a doente soffre muito menos e recupera em parte a sua alegria, pensando já em abandonar o hospital.

Mas na noite de 18 para 19 de março a doente é tomada d'uma subita dôr abdominal excessivamente viva, que foi acompanhada de dous vomitos esverdeados.

A 19 o estado de prostração era completo, a voz apagada, o facies descomposto, os olhos profundamente cavados, e um soluço quasi continuo succedeu aos vomitos.

A pelle é fria; o pulso, quasi imperceptivel, bate 96 por minuto. Temperatura axillar 35°.

O ventre está ligeiramente abaulado e é moderadamente doloroso á pressão; as urinas são supprimidas.

PRESCRIPÇÃO.—Chá com rhum, ingestão de gelo, fricções d'alcool, applicação d'uma camada de collodio sobre o ventre.

Longe de melhorar, o estado geral aggrava-se: as extremidades cyanosam-se, a algidez pronuncia-se cada vez mais (34°), e a doente morre á tarde, conservando intactas as faculdades mentaes até ao ultimo momento.

Autopsia. — CAIXA THORACICA.—No pulmão esquerdo encontram-se alguns tuberculos que soffreram a transformação calcaria.

CAVIDADE ABDOMINAL. — O intestino está fortemente distendido por gases. Numerosas fal-

sas membranas, delgadas, transparentes e pouco resistentes unem as ausas intestinaes.

Toda a superficie peritoneal é rubra, tomentosa e percorrida por finas arborisações vasculares.

O fundo de sacco recto-uterino está cheio de uma massa avermelhada, gelatinosa, constituida por fibrina coagulada.

Não ha no intestino solução de continuidade.

ORGÃOS GENITAES. — O corpo do *utero* está como que enquadado no meio de productos inflammatorios de antiga data e existe ligado por bridas filamentosas ao recto e por tractus fibrosos organisados e resistentes ao S iliaco. A sua face anterior está unida á bexiga.

Os *annexos*, perdidos no meio d'este tecido phlegmasico, são difficilmente reconheciveis á simples inspecção. Só as trompas, augmentadas de volume e flexuosas, se reconhecem pela forma especial do seu pavilhão.

Com referencia aos ovarios, só a dissecção permite estudar as relações novas que elles affectam.

O ovario esquerdo, fixo na união do collo com o corpo do utero, é molle, achatado e apresenta, ao nivel do seu bordo anterior (superior, segundo Darolles), um pequeno tumor kystico.

O ovario direito parece, a principio, occupar uma posição mais inferior; mas, em razão da obliquidade do utero á esquerda, encontra-se na realidade situado sobre um ponto bastante afastado do pavimento do fundo de sacco de Douglas.

O volume do ovario direito é bem superior ao volume do ovario do lado opposto.

Exame microscopico do ovario direito.—O estroma, assim como os folliculos, apresentam vestigios inequivocos d'um trabalho inflammatorio, em diversos graus de evolução, segundo as partes do orgão examinadas.

Ao córte, segundo o grande eixo, percebe-se uma sementeira de pequenos focos suppurados. Estas collecções purulentas miliares estão separadas umas das outras por tecido intersticial vivamente congestionado. Em certos pontos e sobretudo abaixo do envolucro ovarico, encontram-se abscessos d'um volume mais consideravel, resultantes provavelmente da fusão de dous ou muitos abscessos miliares.

A uma amplificação fraca, não se vê senão alguns raros folliculos, ainda reconheciveis pela sua parede externa de duplo contorno e contheudo granuloso. Mas o maior numero desapareceu e está representado pelos abscessos miliares de que fallamos.

Estas collecções purulentas de dimensões desiguaes, segundo os pontos em que são examinadas, apresentam, em certas regiões, e principalmente na parte profunda da substancia cortical, as dimensões levemente ampliadas dos folliculos sãos. Este dado, comparado ao facto de estarem separados uns dos outros

por um estroma fibrillar, authorisa-nos a assignar-lhes os folliculos por séde.

Esta demonstração evidenceia-se quando é empregada uma amplificação mais forte. Então, com effeito, verificam-se signaes de inflammção iniciada nos folliculos que não são ainda totalmente destruidos. Estes ultimos são augmentados de volume e medem de 1 a 3^{mm} em lugar de 0,5^{mm} que é a sua dimensão normal. Augmento do numero das cellulas, derrame de sangue, reconhecivel pela presença de crystaes de hematina, taes são as causas provaveis da distensão dos folliculos. Tambem, é impossivel, no meio d'esta proliferação cellular, encontrar o ovulo que póde ter desaparecido sob a influencia da compressão exercida pelos elementos de nova formação.

As cellulas accumuladas na cavidade do folliculo são de fórmãs variadas e apresentam, pelo menos algumas, alterações regressivas. Umas, e são estas menos numerosas, são cellulas normaes profundamente modificadas; são turgidas, muito distendidas, fortemente granulosas, privadas de nucleos e em via de soffrer a transformação gordurosa. Pelo contrario, aquellas que constituem a maior parte do conteúdo follicular são cellulas esphéricas de 6 a 8/1000 de millimetro de diametro, granulosas, encerrando um nucleo ovoide, que a acção do acido acetico torna mais apparente, e sem nucleolo muito avido de carmim.

A parede propria do folliculo não é reconhecivel e confunde-se com o tecido ambiente.

Relativamente ás alterações do estroma, ainda que menos profundas do que as dos folliculos, são comtudo das mais manifestas. E' facil encontrar a construcção normal d'este tecido (tecido conjunctivo fibrillar, numerosos corpusculos conjunctivos dispostos em lamellas); mas, ao lado d'estes diversos elementos normaes, percebe-se, quer entre as lamellas, quer infiltradas entre os elementos proprios, cellulas embryonarias analogas ás mais acima descritas e que provam que este tecido não escapou ao processo inflammatorio.



PROPOSIÇÕES

Anatomia. — A lei da subordinação dos tecidos occupa na histologia o mesmo logar que a das conexões organicas na morphologia.

Physiologia. — Entre a ovulação e a menstruação ha completa independencia.

Meteria medica. — As inhalações d'oxygenio não exaggeram as combustões; retardam-as.

Operações. — Prefiro sempre a intervenção pela laparotomia á expectação no tratamento das feridas abdominaes por armas de fogo de pequeno calibre.

Anatomia pathologica. — A degenerescencia microkystica do ovario é o resultado da ovarite intersticial.

Pathologia interna. — A febre typhoide é produzida indifferentemente pelo *bacterium coli* e pelo bacillo d'Eberth.

Pathologia externa. — O unico meio razoavel de suspender as hemorragias do couro cabelludo é a compressão immediata.

Pathologia geral. — O virus variolico nunca se transforma em virus vaccinico.

Partos. — As paralyrias obstetricas são incuraveis.

Hygiene. — A desinfecção é incapaz de impedir a propagação das epidemias.

Visto.

Pedro A. Dias,
PRESIDENTE.

Póde imprimir-se

Visconde d'Oliveira,
CONSELHEIRO DIRECTOR.