

N.º 6
ALFREDO DA COSTA RODRIGUES

M.º 721
ALGUMAS PALAVRAS

SOBRE OS

KYSTOS PARAOVARICOS

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO
IMPRENSA PORTUGUEZA

Rua do Bomjardim, 181

1892

66/5 ENC

Presidente Santos

Lebe, P. Dias
Siquira, Placido
~~Monte~~
12 Luas

12 Luas

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR O ILL.mo E EX.mo SR.

VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO O ILL.mo E EX.mo SR.

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO CATHEDRATICO

LENTEs CATHEDRATICOS

OS ILL.mos E EX.mos SRS.

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

LENTEs JUBILADOS.

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

LENTEs SUBSTITUTOS

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

LENTE DEMONSTRADOR

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

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

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

À MEMORIA

DE

MEU QUERIDO PAE

E DE

MEU IRMÃO

A MINHA QUERIDA MÃE

A MINHAS IRMÃS E A MEU IRMÃO

A MEUS CUNHADOS

A MEUS SOBRINHOS

À MEMORIA DE MINHAS TIAS

Maria Pereira da Silva Rodrigues Vianna
Bonifacia Ferreira Dias Torres

A MEUS TIOS

OS EX.^{mos} SRS.

Commendador Manoel da Costa Rodrigues Vianna
Bernardina da Costa Rodrigues Vianna

A MINHA TIA

A EX.^{ma} SR.^a

D. Marianna Pereira da Silva Rodrigues Vianna

AO EX.^{MO} SR.

COMMENDADOR ANTONIO DE SOUZA FREIRE MALHEIRO

E A SUA EX.^{MA} FAMILIA

A MEU TIO

O EX.^{mo} SR.

P.^e JOSÉ FERREIRA DIAS TORRES

A MEU PADRINHO

O EX.^{mo} SR.

LUIZ JOSÉ FERNANDES BRAGA

A MINHA TIA

A EX.^{ma} SR.^a

D. ANTONIA FERNANDES BRAGA

A MINHAS PRIMAS

Innocencia de Sotto Mayor
Francisca da Natividade
Maria Leonor
Thomazia da Natividade

A MINHA TIA

A EX.^{MA} SR.^A

D. Ermelinda da Costa Rodrigues

A MEUS PRIMOS

A TODOS OS MEUS PARENTES

AO EX.^{MO} SR.

JOSÉ RIBEIRO VIEIRA DE CASTRO

E A SEUS EX.^{MOS} FILHOS

AO EX.^{mo} SR.

Anselmo Evaristo de Moraes Sarmiento

E A SUAS EX.^{mas} FILHAS

AOS EX.^{MOS} SRS. DRS.

Affonso da Costa Rodrigues Vianna
Arthur Cardoso Pereira
Antonio Caetano de Castro
Antonio de Sousa Magalhães e Lemos

AOS MEUS AMIGOS

Alberto da Costa Rodrigues
João da Costa Rodrigues
Arthur Malheiro
José Gomes de Mattos
Joaquim Moreira
Antonio Moreira
Julio Gama
José Batalha
Marianno Trucco
Julio Barbosa
Francisco Martins
Adolpho Portella
João Pimentel
Manoel Reis
Serafim Reis
Antonio da Silva Peixoto
Eduardo Pinho
Antonio Maia e Silva
Victorino Balthazar
Adelio Couto
Alvaro do Amaral
Leolino Espinheira
Antonio Neves
Sequeira Ferraz

AOS MEUS CONDÍSCIPULOS

E MUITO ESPECIALMENTE

Alberto d'Aguiar
Vieira Pinto
Ortigão de Miranda
Fernando d'Almeida
Eduardo de Barros
Joaquim de Magalhães
Castro Soares
Gama Pimentel
Antonio de Aguiar Cardoso
José Vicente d'Araujo
José Guedes
Tiburcio Ferraz
Arthur Machado
Laureano Brito
Gonçalves Corado
Adolpho Barbosa
Isolino Ennes

AOS MEUS CONTEMPORANEOS

E EM ESPECIAL

Luiz de Freitas Viegas
Thiago d'Almeida

AOS INTIMOS

Francisco de Pina Vaz
Manoel de Queiroz e Castro

E A SUAS EX.^{MAS} FAMILIAS

AO CORPO DOCENTE DA ESCOLA

E ESPECIALMENTE AOS EX.^{mos} SRS. DRS.

João Pereira Dias Lebre
Antonio Joaquim de Moraes Caldas
Pedro Augusto Dias
Antonio d'Azevedo Maia
Eduardo Pereira Pimenta

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE

O EX.^{mo} SR.

Dr. Agostinho Antonio do Souto

Se nos fosse possível delinear, deixar aqui impressa a largos traços, mas com vivas côres a importancia, os progressos e o futuro da gynecologia, sendo vistos, bem conhecidos os denodados esforços e a impetuosidade inexcedível que, não ha longos annos, tem presidido á desvenda dos seus segredos, ver-se-ia quanto se lhe deve e o campo immenso, a vastidão pasmosa que terão os recursos de que ella dispõe.

Seria até motivo de censura se o espirito vacillasse um unico momento em crêr o que affirmamos, quando não só se vêem á frente d'este ramo da sciencia nomes dignos de toda a fé, vultos que se salientam pelos presentissimos serviços dispensados á

humanidade, mas tambem porque os excellentes resultados praticos, pelo seu numero, são muito sufficientes para pôr completamente por terra a mais pequena duvida.

A leitura d'estatisticas, o testemunho d'auctores, a observação pessoal, durante dois annos, de bastantes casos clinicos apparecidos em algumas das enfermarias do Hospital da Misericordia, garantem-nos solidariamente que não caminhamos em erro, não somos exagerados dando todo o credito ao poder da gynecologia.

Podemos mesmo dizer affoitamente que mulheres condemnadas a um soffrer constante, ou destinadas á morte, confirmam bem o que affirmamos pelo reconhecimento indelevel

que lhes brota sinceramente ao verem eliminados para sempre os antigos martyrios.

Transparece immediatamente n'esta linguagem que, escolhendo para thema da nossa dissertação os kystos paraovaricos, não procedemos d'um modo leviano, sem pensar.

No começo do anno lectivo que findou, appareceram dous casos d'esta ordem na enfermaria do ex.^{mo} sr. dr. Azevedo Maia.

Então, esperançados em que não seriam unicos durante o resto do curso, começamos a ler tudo o que vinha a proposito, determinando, desde logo, dedicar attenção espe-

cial a dous problemas que apparecem em tal estudo, não porque nos reconhecessemos com forças, com talento para lhes dar uma solução cabal, fazer convergir um feixe luminoso para um ponto que se mostra tão rebelde a toda a investigação, mas tam sómente com o fim de contribuirmos, ainda que d'um modo mesquinho, para que um dia a natureza seja levada de vencida, conseguirmos um simples, um tenue raio de luz para essa obscuridade quasi impenetravel.

Mas se era immensa a vontade que nos induzia a dar uma tal orientação ao nosso trabalho, não se davam, mau grado nosso, as condições indispensaveis para o desempenho de tão ardua

tarefa: o tempo fugia e os casos clínicos faltavam.

Assim, em frente de tão viva contrariedade, convencidíssimos de que, com as pequeníssimas forças de que dispunhamos, não poderíamos tratar um assumpto determinado melhor que qualquer outro, resolvemos não perder um segundo em hesitações e continuamos a dar por escolhido o assumpto do trabalho, que mira unicamente á satisfação da lei.

É, pois, o motivo da nossa ultima prova os kystos paraovaricos, hyalinos e papillares, muito especialmente os que, tendo um certo volume, podem algumas vezes ser diagnosticados e merecem algum interesse cirurgico.

Claro está que não se vão encontrar ahí novidades, louçainhas d'estylo, rendilhados de fórmula, elegancia de phrase, mas sim uma compilação do que dizem alguns auctores, uma linguagem significativa d'uma timidez justificada de quem só por obrigação levanta a voz para proferir algumas palavras sobre sciencia.

E', por isto, justo que esperemos do nosso illustrado jury toda a benevolencia, todas as desculpas para a incompetencia e incorrecções de que nos accusam todas essas paginas adiante.

Seja-nos permittido, agora, como termo d'estas palavras prévias, confessar o nosso reconhecimento pela

boa vontade com que o ex.^m sr. dr. Azevedo Maia, nosso respeitabilissimo professor, nos forneceu esclarecimentos d'um subido valor.

S. ex.^a, muito distincto e consciencioso gynecologista, com o modo affavel que sempre nos dispensou, despertou-nos immensa sympathia e sincera admiração.

Dividimos o nosso trabalho em sete capitulos, dispostos pelo modo seguinte:

Historia dos kystos paraocarios

Etiologia e origem

Anatomia pathologica

Symptomatologia

Diagnostico

Prognostico
Tratamento.

Como complemento apresentamos duas observações, ás quaes fazemos referencias no decorrer da dissertação.

Historia dos kystos paraovaricos

Os kystos paraovaricos foram d'aquelles tumores, cuja origem, marcha, diagnostico e prognostico operatorio-mais tempo permaneceram na obscuridade e, portanto, mais incertezas provocaram relativamente ao seu tratamento.

Se começarmos a folhear tudo o que ha escripto a este respeito, verificamos que uma larga leitura se nos proporciona, garantindo-nos que vultos inolvidaveis procuraram, já com estudos clinicos, já com estudos histologicos, invadir o que o nosso assumpto tinha de mysterioso.

O primeiro trabalho sobre estes kystos foi uma memoria escripta por Velpeau em 1825.

Com o nome de kystos rudimentares extra-ovaricos este author descreve pequenos tumores, do volume d'uma avelã, cheios d'um liquido soroso, algumas vezes viscoso, sanguinolento.

Em 1838, Richard Bright descreve os pequenos kystos dos ligamentos largos e n'uma das paginas do

seu trabalho refere-se especialmente, entre outros, a um kysto do tamanho d'uma pequena laranja; n'outras paginas falla de kystos volumosos que, pela sua ruptura, causam a morte subita.

Em 1844, Caseaux diz que os ligamentos largos apresentam, por vezes, kystos sero-fibrinosos que adquirem em alguns casos um grande volume, sendo então impossivel distinguil-os dos que têm a sua origem no ovario. Este author não via inconvenientes em os confundir.

Follin, em 1850, demonstra na sua these que os kystos dos ligamentos largos têm a sua origem nos canaliculos do orgão de Rosenmüller, e verifica que elles são formados pela accumulacão d'um liquido segregado n'estes canaliculos.

Foi Bird o primeiro que, em 1851, publicou observações de kystos bastante volumosos para serem tratados cirurgicamente, e observou os caracteres do seu contheudo. Diz elle: *le liquide des kystes du ligament large est fluide, claire comme de l'eau, d'une faible densité, salé et sans albumine.*

Este author teve tambem a intencão de determinar o tratamento a seguir, e assim diz: *la marche de ces kystes ne justifie pas l'ovariotomie, et il n'est pas toujours nécessaire de répéter la ponction.*

Verneuil, em 1857, lê á Sociedade de Cirurgia uma memoria sobre os kystos do orgão de Wolff nos dous sexos, em que mostra aceitar a origem indicada por Follin.

Verneuil não se referiu aos grandes kystos que justificam uma intervençãõ cirurgica.

Em 1869, Broca, quando no seu tratado de tumo-

res falla dos pequenos kystos d'aquelle orgão, admite para elles esta mesma origem.

Por este tempo, em França, o estudo d'este assumpto fica em descanso, e apenas de quando em quando publica-se uma ou outra observação. D'essas raras observações podemos citar a de Ordonéz em que é descripta a anatomia pathologica d'um kysto do ligamento largo, encontrado no cadaver d'uma mulher de sessenta annos.

Mais tarde, á medida que os successos da ovariotomia attrahem a attenção e incitam ao estudo dos tumores abdominaes, as observações de kystos dos ligamentos tornam-se menos raras. E' então que Koeberlé chega a diagnosticar dous casos d'estes kystos, sendo o diagnostico confirmado pela ovariotomia.

Não se demorou muito Panas em apresentar á Sociedade de Medicina uma memoria, em que se podem ler cinco observações de kystos notaveis pelo seu conteúdo, pela quantidade de materia organica que continham e pela facilidade com que curaram depois d'uma simples punção.

Duplay foi quem, em França, muito se occupou d'estes kystos, chegando a precisar os symptomas, diagnostico e tratamento a seguir.

Lesavre não ligou menos importancia a um tal estudo, como se deprehe de da sua these inaugural, defendida em 1879. Estudou especialmente a curabilidade dos kystos pela punção, ao mesmo tempo que Mehu se dedicou á analyse minuciosa do liquido paraovarico.

Em Inglaterra, depois do trabalho de Bird, o estudo dos kystos dos ligamentos largos não foi posto de

lado: pelo contrario, sobre elles escreveu-se muito, chegando mesmo alguns trabalhos a ser completos.

Indicaremos alguns d'elles.

Spencer Wells procurou estabelecer o diagnostico differencial entre os kystos paraovaricos e os do ovario. Entre o avultado numero das suas ovariectomias encontram-se bastantes casos d'aquelles kystos.

Bantock, em 1874, escreve uma excellente memoria em que se vê ter sido estudado o desenvolvimento d'estes tumores, suas relações com o peritoneo, ovario e trompa.

Por esta mesma epocha, outros cirurgiões, como Roberts, Clay, Madows, Wyn Williams, Lawson Tait, Thornton, publicam diversas observações, insistindo sempre sobre a differença que dizem separar as duas especies de kystos, ovaricos e paraovaricos.

Na Allemanha os trabalhos sobre o nosso assumpto são bem numerosos.

Spiegelberg estudou a estrutura das paredes dos kystos dos ligamentos largos, e indicou a differença entre elles e os ovaricos.

Schatz fez um trabalho em que reuniu todos os casos d'aquelles kystos operados até 1876.

Wesphalen, Schröder e Wagner publicaram diversas observações.

Olshausen falla d'estes tumores em diversas paginas d'uma sua obra, e reconhece que se pode chegar a diagnostical-os na maioria dos casos.

Muitos outros authores, como Beigel, Arninge Breisky, se occuparam do mesmo assumpto.

Na Suissa encontram-se tambem interessantes trabalhos, como os de Mueller e Kocher.

Na America não se estudaram estes kystos tam largamente como na Allemanha.

N'uma epocha mais recente do que aquella em que apparecem quasi todos os authores citados, encontramos em França Terrillon, cujos trabalhos vieram aclarar alguns pontos duvidosos do estudo que vamos seguindo.

Nos annaes da gynecologia de 1885 este author apresenta uma nota sobre os kystos paraovaricos e seu tratamento. Ahi, entre muitos casos que refere, apresenta a sua opinião sobre a origem d'estes tumores e o tratamento a seguir.

Nos mesmos annaes, em 1887, a proposito d'um caso de kysto soroso paraovarico, faz algumas considerações sobre essa especie de kystos, mostrando a improficuidade da sua punção, e, pelo contrario, encarecendo a sua ablação seguida de drenagem.

No mesmo anno, n'um dos Boletins da Sociedade de cirurgia, faz uma communicação sobre uma variedade de kystos paraovaricos e suas relações com os do ovario.

Muitos outros authores, que se occupam recentemente do nosso assumpto, poderiamos citar, mas, preferimos referir-nos só a Pozzi, Auvard, Doran, Bouilly e Terrillon, porque foram principalmente os seus trabalhos que mais nos occuparam.

Apesar de tam numerosos estudos, depois de tam fortes impulsos, a sciencia encontra se titubeante quando interrogada sobre algumas questões, que se levantam a proposito do thema da nossa these.

Agora é evidente que nós, dando a preferencia a um dado motivo para a nossa dissertação, com bem di-

minutos recursos, com raros casos clinicos, nos escassos momentos que nos sobraram d'um quinto anno medico, não nos abalançamos a resolver problemas scientificos, não pretendemos derramar luz sobre um ponto obscuro da sciencia, sondar todas as suas quasi inacessiveis anfractuosidades, levantar de vez o véo que denso tem sido para olhares bem penetrantes, mas simplesmente deixar aqui a prova d'uma demorada leitura, dar por escripto a ultima lição.

Origem e etiologia

Querendo referir-nos á origem dos kystos dos ligamentos largos, limitamo-nos a apresentar unicamente as opiniões d'alguns authores, pelas quaes se pode avaliar o estado da sciencia n'este ponto.

Outra coisa ser-nos-ia impossivel, não só porque as nossas observações são muito poucas, mas tambem porque só o estudo de tal origem seria assumpto para uma these.

Uns, como Verneuil, não attribuem a estes kystos senão uma e mesma origem, o elemento glandular, restos do corpo de Wolff.

Outros, como Virchow, julgam que elles podem nascer nos diversos elementos dos ligamentos largos; outros, como Spencer Wells, veem a sua origem nos ovulcs abrigados no tecido cellular que se encontra por debaixo do ovario.

Mallassez e de Sinéty julgam até que essa origem reside, não nos elementos dos ligamentos largos, mas em ovarios supra-numerarios.

Boinet e Ferrand descrevem com o nome de kystos paraovaricos não só as producções kysticas dos tubos de Rosenmüller, mas ainda as que, não tendo identicamente a mesma origem, tem a mesma situação.

Finalmente, Terrillon admite que os ligamentos largos podem apresentar tumores kysticos de natureza e d'origem multipla, reconhecendo todavia, que a especie mais frequente é aquella em que o liquido é limpido, não viscoso. E' para esta especie que elle reserva, a exemplo de Bantock, Bird, Duncan, Duplay, o nome de paraovaricos, isto é, nascidos no orgão de Rosenmüller.

Deprehende-se do exposto que os authores estão longe de se conciliarem n'este ponto, ficando, portanto, este problema sem solução definitiva.

Se é impossivel dizer quaes os orgãos onde se encontra a origem dos kystos paraovaricos, não o é menos precisar o elemento etiologico do tal padecimento, isto é, o elemento causal que determina a esses orgãos uma actividade especial e como consequencia taes producções morbidas.

Follin dizia na sua these que, nas mulheres mortas de parto, o orgão de Rosenmüller é vermelho, tumefacto, participa por consequencia do trabalho de desenvolvimento uterino.

D'aqui poder-se-ia concluir que o affluxo sanguineo produz n'estes tubos glandulares uma actividade tal, que é despertada a propriedade de segregar, que elles tinham nos primeiros mezes de vida intra-uterina.

Verneuil e Huguier chegaram mesmo a ver vesti-

gios de phlegmasia, antiga ou recente, em ligamentos largos que tinham d'estes kystos.

Uma verdade é que ha numerosissimos casos, inclusivè um por nós observado, em que se encontra uma ausencia completa de processo phlegmasico.

Parece, pois, que este processo se algum valor tem para o nosso caso, não deve ser sempre indigitado como elemento etiologico

A prenhez, quasi com certeza, não deve ser incriminada como causa, uma vez que a maior parte dos kystos dos ligamentos largos apparecem em mulheres que nunca tiveram filhos. Outro tanto acontece com as funcções sexuaes.

Uma coisa que podemos asseverar com alguns authors é que estes kystos apparecem, de preferencia, no periodo da actividade genital. É principalmente entre os vinte e cinco annos que se encontram kystos volumosos.

Esta asserção é corroborada por diversas estatisticas, que julgo dispensavel aqui reproduzir, e pelas nossas observações.

Isto não quer dizer que se não possam encontrar taes kystos em mulheres de idade avançada, como diz Broca no seu tratado de tumores, nem em pequenas idades, mas sim que então são muito menos frequentes.

Este facto é confirmado por algumas observações de Köberlé e outros.

A influencia que tem o estado d'actividade genital e a idade, sobre o desenvolvimento dos kystos para que appareçam, de preferencia, nos periodos indicados, não a podemos dizer.

Em resumo, nada se pode precisar sobre a origem e a etiologia dos kystos paraovaricos.

Esta conclusão justifica perfeitamente que, apesar de termos promettido estudar os kystos paraovaricos, no decorrer do nosso trabalho possamos empregar essa denominação ou a de kystos dos ligamentos largos.

Se n'isso commettemos algum erro, não somos dignos de censura, porque não só os authores procedem de modo identico, mas tambem não nos fornecem elementos que nos levem a dar a preferencia á denominação de kystos paraovaricos, á de kystos dos ligamentos largos ou a outra qualquer.

Relativamente á frequencia dos kystos paraovaricos diz Terrillon que são menos frequentes que os do ovario, estão para estes na proporção de 4 a 7 p. 100.

Acrescenta o author que não se pôde affirmar a exactidão d'esses numeros, visto que muitas vezes os kystos dos ligamentos largos tem sido descriptos como kystos uniloculares do ovario.

Anatomia pathologica

Forma—Os kystos volumosos e os pequenos kystos são geralmente arredondados e achatados.

Unilocularidade — Os tumores, que vamos estudando são d'ordinario uniloculares, mas podem algumas vezes ser multiloculares. D'estes ultimos encontram-se observações. Uma muito interessante é a de Lawson Tait, em que o author diz ter extirpado um kysto em que havia dois compartimentos.

Não menos digna de menção é a que Fischel publicou. Refere-se a uma doente do professor Breisky de Praga, em quem elle fez a ovariectomia, extirpando um kysto do ligamento largo que continha dez e meio litros de liquido: examinando a peça foi descoberto um segundo kysto, que coifava o primeiro e tinha cinco centímetros de largura e cinco de altura; o pequeno kysto não communicava com o maior. O liquido, tanto n'uma como n'outra cavidade, era alcalino, alvo como agua da fonte, levemente amarellado quando visto em grande quantidade.

A' parte algumas raras excepções, essas cavidades secundarias são bem pequenas ; predomina sempre uma unica, que é propriamente a do tumor.

Volume—Varia d'um grão de milho, pouco mais ou menos, até attingir dimensões enormes.

Bleckwen cita, na sua dissertação inaugural, casos de kystos que continham vinte e cinco litros de liquido. Estes casos são rarissimos ; quasi sempre o conteúdo não passa além de sete ou nove litros.

Pediculo — Os kystos paraovaricos são sesseis e recobertos, sem adherencias, pelos folhetos do ligamento em toda a superficie, excepto nos pontos em que estão em relação com as paredes pelvicas ou órgãos visinhos.

Côr — Se o liquido é claro e as paredes delgadas, o kysto tem uma côr rosea, devida á rede finissima de capillares do revestimento peritoneal ; sem este, tem uma côr nacarada.

Muitas vezes, sendo as paredes espessas, apesar de recoberta pela sorosa a superficie externa tem uma côr acinzentada.

Superficie externa — Graças ao peritoneo esta superficie é liza e luzidia, e, se o tumor é muito vascularizado, apresenta-se dividida pelos vasos em pequenas superficies polygonaes.

Superficie interna — É lisa tambem, sobretudo nos pequenos kystos. Nos volumosos é algumas vezes um pouco desigual, com sulcos muito pouco profundos, entrecruzados. Nos papillares chega por vezes a ser muito irregular.

Estructura dos kystos. Paredes—Nos kystos paraovaricos hyalinos a parede é constituida, indo de fóra

para dentro, do modo seguinte: pelos elementos do ligamento largo; por uma camada fibrosa propria; por um revestimento epithelial. Esta parede, que tem uma delicadeza papyracea, chega em alguns casos a ter a espessura de quatro ou cinco millimetros.

Para estudar bem a sua estrutura é preciso fazer córtes em diversos pontos do tumor.

Nos casos typicos a camada externa é constante e offerece de fóra para dentro; o endothelio da sorosa; fibras reunidas em feixes entrecruzados, apresentando nos seus intervallos numerosos feixes de fibras musculares lisas, que formam uma camada continua; uma camada de tecido adiposo. É a este tecido cellular laxo que se deve o poder-se em certos casos, separar facilmente do peritoneo a parede propria do kysto. Esta é formada, em totalidade, por fibras conjunctivas parallelas formando um tecido denso, homogeo.

A parede kystica é atravessada por numerosos vasos dependentes de camada conjunctiva infraperitoneal.

O epithelio que tapeta a parede interna não existe em todos os seus pontos; encontram-se alguns d'estes em que as cellulas epitheliaes formam grupos isolados. Estas cellulas são de duas variedades: chatas, com protoplasma contendo pequenas granulações; cylindricas, com ou sem celhas vibrateis, apresentando dois ou tres nucleos que umas vezes são muito brilhantes, n'outras são pouco distinctos.

Parece, em resumo, que a parede interna é a propria parede do kysto, e a externa é o ligamento largo com a sua camada peritorial, seus feixes musculares, e o tecido cellulular que separa normalmente os dous folhetos.

Nos kystos que estudamos, esta disposição das fibras musculares pode faltar em alguns pontos limitados.

Nos kystos papillares a estrutura das paredes não parece differir muito da dos hyalinos.

Effectivamente encontram-se, como n'estes, um involucro peritoneal, uma membrana propria, mais ou menos adherente á precedente, mas ordinariamente separada d'ella por uma camada de tecido cellular que torna, muitas vezes, facil a separação das duas membranas.

Esta membrana propria é ordinariamente pouco espessa.

Dois caracteres differenciam-n'a da dos kystos paraovaricos hyalinos: primeiro, a presença de saliencias pouco pronunciadas, dispostas em placas e indicando que a estrutura da parede é levemente vegetante; segundo, a variedade do epithelio, que pode ser cylindrico, simples ou de celhas vitrateis, caliciforme, etc.

Depois de termos descripto a estrutura da parede dos kystos hyalinos e papillares, devemos dizer que nem sempre se encontram casos typicos, pelo contrario, observam-se verdadeiras transições não só entre estas duas variedades, mas tambem entre ellas e os kystos ovaricos papillares, a ponto de n'este caso chegarem a ter uma certa malignidade.

Tanto isto é assim que Malassez e de Sinéty confundiam estas duas especies de kystos paraovaricos, n'uma mesma descripção e Lawson Tait considera-os como tendo a mesma origem.

Para este auctor o epithelio pode modificar-se e

soffrer alterações analogas ás que se passam nos kystos ovaricos.

Contheudo kystico—Do mesmo modo que na textura da parede encontramos todos os estados de transição dos kystos paraovaricos para os do ovario, epithelomas mucoides, dado o caso em que essa parede e o epithelio de revestimento são simples até aquelle em que ha vegetações e este epithelio se torna polymorpho, tambem na natureza do liquido contido se encontram correspondentes alterações; ella tende insensivelmente, passando dos kystos mais simples aos mais complicados, a approximar-se cada vez mais da dos kystos mucoides do ovario.

Este liquido é tanto mais limpido e menos corado, quanto mais simples é a parede e o epithelio do kysto. Quando existe um epithelio, polymorpho e, sobretudo, vegetações rudimentares, elle torna-se citrino, e mesmo escuro, devido isto talvez a algumas hemorragias. A ausencia da paralbumina, considerada por alguns authores como caracteristica dos kystos paraovaricos não se dá sempre.

Em virtude dos trabalhos de Lawson Tait, Terrillon e outros authores, sabe-se hoje que, se se encontra liquido incolor, semelhante a agua e não contendo paralbumina, nos kystos paraovaricos muito simples, encontra-se tambem em outros, cujo epithelio é polymorpho, e sobretudo os que tem pequenas vegetações, paralbumina em quantidade notavel.

Emfim, ha kystos que pela primeira punção fornecem liquido sem paralbumina, apresentam esta substancia quando se faz uma segunda punção. Parece que a explicação mais racional d'este facto é o seguin-

te: o epithelio, simples a principio, incapaz de produzir esta albumina especial, modifica-se, torna-se califorme e segrega paralbumina.

Mais ainda podemos dizer a este respeito: a natureza do liquido parece indicar em muitos casos a marcha da recidiva depois da punção.

Os kystos de liquido sem paralbumina, enchem-se menos rapidamente depois da punção; os que a contêm enchem-se, algumas vezes, em alguns mezes.

Vê-se pelo exposto que não podemos indicar precisamente a composição do liquido paraovarico, mas só apresentar algumas analyses, pelas quaes se pôde apreciar o que acima dissemos.

Analyse chimica do liquido d'um kysto paraovarico, segundo Drysdale — Parede e epithelio simples:

Para 1:000 partes:

Agua.....	890,3
Materias solidas.....	4,7
Albumina.....	0,5
Chloreto de sodio e de potassio	2,3
Phosphato e sulfato de soda...	0,7
Carbonato de soda.....	1,5

Analyse do liquido d'um kysto paraovarico, segundo M. Génévrier. — A parede apresentava pequenas vegetações e um epithelio polymorpho (Observação de Terrillon):

Densidade.....	1035	grammas
Materias fixas.....	123	»
Saes mineraes.....	8	»

Chloretos.....	5,25	grammas
Materias albuminoides.	104	»
Albumina.....	19,30	»
Paralbumina.....	35	»

Analyse do liquido d'um kysto paraovarico, segundo M. Génévrier. O epithelio era cubico em alguns pontos, e n'outros era polymorpho. As cellulas caliciformes eram muito abundantes (Observação de Terrillon)

Densidade.....	1021	grammas
Materias fixas.....	109	»
Saes mineraes.....	12	»
Chloretos.....	7	»
Materias albuminoides..	67	»
Albumina.....	6	»
Paralbumina.....	28	»

Para terminar o estudo do liquido dos kystos paraovaricos, podemos acrescentar que em alguns casos o mesmo microscopico diz-nos que elle contem outros elementos dos kystos ovaricos: cellulas granulósas com duplo contorno, cellulas estrelladas e anastomosadas, corpos hyalinos ou globulos colloides de Spencer Wells.

Relações — Como as relações do kysto com os orgãos vizinhos foram bem descriptas por Castaneda y Triana, e como não podemos descrevel-as melhor, apresentamos simplesmente o que elle diz a este respeito:

«Estes kystos, a maior parte das vezes sesséis, desenvolvem-se entre os folhetos do ligamento largo; quando o tumor desdobrou a aza da trompa, as suas

paredes tocam o hilo e o tumor, continuando a desenvolver-se, leva o ovario sobre um dos lados. Muitas vezes o ovario é separado do tumor por uma extensão de 4 e 5 centímetros. No primeiro caso, aquelle orgão é separado da parede externa do kysto por tecido celulo-fibroso.

Muitas vezes o ovario é intacto; outras vezes é affectado.

A trompa acompanha o tumor no seu desenvolvimento necessario, alonga-se, hypertrophia-se, e apparece collocada, ora na parte anterior, ora para traz do kysto.

N'estas condições a trompa chega a attingir o comprimento de 25 centímetros.

Se o kysto se desenvolve ao lado do utero, chega a pôr-se em contacto com este orgão e immobilisa-o. N'outros casos o tumor, desenvolvendo-se para traz e descollando o peritoneo, vae pôr-se em contacto immediato com o S iliaco: algumas vezes tambem, dirigindo-se para diante, chega ao contacto da parede abdominal, tornando-se, assim, extra-peritoneal n'uma parte da sua superficie.

Os intestinos são, como nos kystos ovaricos, repellidos para os lados e para traz.

O ureter do lado affectado é muitas vezes achado á superficie do kysto, e muito unido á sua parede.

Uma porção do S iliaco, da mesma maneira que o appendice vermicular, pode encobrir o kysto e adherir-lhe estreitamente.

Para concluir este capitulo diremos que é possivel encontrar kystos dos dois lados.

Symptomatologia

N'esta parte do nosso estudo não nos mereceram grande importancia os kystos de muito pequeno volume, não só porque quasi sempre o seu diagnostico é impossivel, mas ainda porque não despertam nenhum interesse cirurgico.

Quantas e quantas vezes tivemos occasião de observar alguns d'estes kystos em ligamentos de doentes sujeitos á ablação dos ovarios, não sendo nunca denunciada a sua existencia pelo mais insignificante symptoma? N'um grande numero de casos de lesões d'annexos vimos d'esses kystos pequenissimos que se rompem com a maxima facilidade.

Contentamo-nos, pois, em nos referir a elles, de passagem, quando tratamos da anatomia pathologica ligando o maximo interesse aos que, sendo accessiveis aos diversos processos d'exploração, podem algumas vezes ser diagnosticados.

Symptomas funcçionaes

Spencer Wells descreveu como um typo a *facies ovarica*. Certamente este mestre copiou do natural; mas é pequeno o numero de casos que se sujeitam a esse molde. A maior parte existem até ao fim, isto é, até á morte ou até á operação sem produzir tal *facies*.

Não ha duvida que os kystos ovaricos, em geral, de desenvolvimento rapido (excepção feita dos kystos dermoides mais complexos) affectam profunda e rapidamente o estado geral, exercendo uma como que reacção emaciadora sobre o estado geral, são como que parasitas, ao passo que os kystos paraovaricos, em geral de desenvolvimento lento, dão logar a uma adaptação ou novo costume dos órgãos visinhos, e como nunca attingem volume muito grande e, ainda, como são pouco organisados ou complexos, não influem sensivelmente no estado geral; mas é certo que affectam muito mais a sua vizinhança, comprimindo muito mais efficazmente. Assim, em geral, um kysto ovarico enorme pouco ou nada affecta a bexiga, ao passo que um paraovarico do volume d'uma cabeça de adulto nunca deixa de dar pollakiuria—ou retenção d'urina.

Menstruação — Aqui as perturbações menstruaes não tem grande valor.

Winckel chegou mesmo a estabelecer a regra de que nos casos de kystos paraovaricos, que não exceedem o tamanho da cabeça d'um adulto, a menstruação é perfeitamente normal.

Alguns authores ligam tanta importancia á per-

sistencia da menstruação que aproveitam-na como elemento d'um alto valor para o diagnostico.

E' possivel que isto seja accetavel quando existam concomitantemente alguns symptomas mais, dignos d'attenção.

Dôr—Parece que não é muito frequente este symptoma. Ha numerosissimos casos em que elle não apparece; mas algumas vezes os catamenios são acompanhados de dôres bastante fortes.

A peritonite resultante d'uma descamação epithelial do kysto, devida a affrontamento, sob pressão, das superficies, havendo como consequencia a formação de adherencias bem consistentes entre elle e os órgãos visinhos, produz-se sem se denunciar nem por dôres, nem pela mais tenue reacção febril, excepto nos casos em que tenha havido torsão de pediculo ou ruptura do kysto, porque, em tal caso, predominam os symptomas d'um processo phlegmasico mais ou menos violento.

Phenomenos de compressão—Em algumas doentes observam-se perturbações vesicaes, maior frequencia na micção, em virtude de ser comprimido o reservatorio urinario.

Se os uretères são comprimidos pode apparecer a uremia chronica, que é uma das causas da dyspneia de que soffrem algumas doentes.

A compressão do estomago e dos intestinos em alguns casos produz mecanicamente a anorexia, vomitos e constipação e, muitas vezes, ao mesmo tempo que a dyspnêa d'origem reflexa que apparece em toda a doença utero-ovarica, havendo assim impedimento á reparação das perdas constantes do organismo.

As affecções cardiacas, que algumas vezes se tem observado, dependem provavelmente das alterações renaes.

Alguns d'estes symptomas dependentes da compressão de diversos órgãos podem apparecer, mas mui raramente, e quando apparecem são muito attenuados.

Para terminarmos com os symptomas funcionaes, dizemos que não vimos nem temos caso algum em que apparecessem symptomas d'hysteria.

Symptomas physicos

Antes de se examinar a doente é d'uma reconhecida conveniencia fazer-se esvasiar a bexiga e o recto; assim elimina-se uma causa d'erro, e a exploração faz-se n'um campo mais amplo. Não menos importancia tem a anesthesia, principalmente nos casos em que a mulher é nutrida, ou, sendo nullipara, tem as paredes abnominaes muito resistentes, contracturadas. Com a anesthesia o exame do kysto é muito mais facil, bem como o conhecimento das suas relações.

Com a apreciação dos symptomas physicos podemos verificar que differenças pequenissimas existem entre os kystos ovaricos e os do ligamento largo. Constituem estas differenças um elemento que alguns auctores tem aproveitado mui habilmente para o diagnostico.

Vamos indicar estes symptomas:

O abdomen é arredondado, por vezes mais volumoso d'um lado; estando a doente em pé, o ventre

não tem o aspecto conico dos kystos ovaricos. Esta falta de conicidade, em quasi todos os kystos do ligamento largo, parece que é devida a que o tumor impediado não tende a precipitar-se para deante, em virtude de desenvolver-se entre os folhetos do ligamento.

Quando o kysto tem dimensões grandes a pelle encontra-se distendida, e as veias dilatadas rastejam sobre as paredes abdominaes, principalmente ao nivel das fossas iliacas.

Pela palpação reconhece-se que o tumor é limitado para cima e para os lados, mas não para baixo, e offerece egual resistencia em toda a sua extensão: se é bastante volumoso torna-se menos resistente e menos fortemente elastico.

A essa massa bem limitada corresponde, quando se percute o abdomen, um som basso convexo para cima, circumscripto por um som claro no epigastro e nos flancos: nos casos em que uma ansa intestinal viesse interpôr-se entre o kysto e a parede abdominal esse som basso não seria continuo, mas interrompido por um som claro correspondente a essa ansa; esta eventualidade, porém, não tem sido observada.

A distincção entre o som basso do figado e o do tumor, que é nitida a maior parte das vezes, torna-se impossivel quando este tem dimensões grandes.

A fluctuação é muito mais sensivel nos kystos do ligamento largo do que nos ovaricos, tanto que, uma vez sentida, nunca mais se esquece.

O toque vaginal combinado com a palpação abdominal dá em alguns casos indicações de algum valor. N'uns, o collo dirige-se para diante e o corpo do utero

para traz; ao catheterismo reconhece-se então que ha um alongamento consideravel da cavidade uterina.

Em outros, o utero cae em prolapso.

Pozzi diz ter observado um caso d'esta ordem.

O kysto, em certas doentes, tendo desdobrado os folhetos do ligamento largo, vae applicar-se contra o utero, que é muitas vezes em ante-versão, indo occupar o fundo de sacco do lado onde se desenvolveu.

Um elemento considerado d'uma importancia grande é a immobildade que, na generalidade dos casos, o kysto imprime ao tumor.

Para terminarmos diremos que no caso de kysto ovarico, em geral pediculado, o utero acha-se em ante-flexão forçada, ao passo que no kysto paraovarico o utero acha-se em retro-flexão ou versão, ou em ante-versão.

Diagnostic

Para diagnosticar convenientemente um kysto paraovarico é preciso dividir este trabalho em duas partes : primeira, fazer o diagnostico differencial entre os kystos ovaricos ou paraovaricos e todos os tumores abdominaes ; segunda, estabelecer o mesmo diagnostico entre estas duas especies de kystos.

Se emprehendessemos toda esta tarefa, não só ver-nos-iamos a braços com grandes difficuldades, porque, mesmo depois de termos eliminado todos os tumores solidos, teriamos de fallar dos enkystamentos no utero, do hematocélo periuterino, ascite, kystos hydaticos, ascite symptomatica de peritonite tuberculosa ou cancerosa, etc., mas tambem teriamos de tornar este trabalho muito breve, e por conseguinte defeituoso.

E' por isto que nos limitamos á segunda parte, apresentando os elementos que podem auxiliar-nos, em dados casos, a fazer o diagnostico differencial entre um kysto ovarico e um paraovarico.

Para este fim temos de nos referir á symptomatolo-

gia propria a cada um d'estes kystos : é o que vamos fazer.

Já dissemos que, na maior parte dos casos de kystos paraovaricos, o estado geral das doentes é bom ; a menstruação é muitas vezes normal, e o tumor quasi nunca produz symptomas de compressão das veias : portanto, se o emagrecimento da doente é consideravel, se as regras são suspensas ou irregulares, se ha ascite ou edema dos membros inferiores, é provavel que se trate d'um kysto ovarico.

Os authores não apresentam, nem referem caso algum de kysto do ligamento largo em que tenha havido ascite ou anasarca.

O modo de desenvolvimento do tumor não tem grande importancia ; apenas merecerá um pequeno interesse se, a par d'alguns symptomas dos mais aproveitaveis, o kysto se desenvolve muito lentamente. Nos kystos do ligamento largo o abdomen não é quasi nunca saliente em fórma de cone, e só quando o tumor é volumoso é que se vêem veias dilatadas rastejando á sua superficie : esta disposição é frequente nos kystos ovaricos.

A' palpação o kysto paraovarico apresenta-se liso, sem irregularidades : portanto, em presença d'um grande kysto unilocular, de superficie uniforme, dever-se-ha pensar, de preferencia, n'um kysto do ligamento largo.

Segundo Lawson Tait e Bleckwenn os kystos ovaricos, quando uniloculares, não são nunca muito grandes ; raramente excedem o tamanho da cabeça d'um adulto.

Devemos notar que a unilocularidade é demonstrada pela ausencia de irregularidades na superficie kystica e da fluctuação facil, franca, que se produz

quando se percute um ponto qualquer do tumor; além d'isto, o ventre offerece á pressão egual resistencia em todos os seus pontos.

Pelo toque vaginal vê-se quasi sempre, nos kystos paraovaricos, o utero immobilizado ou muito pouco movel, e muitas vezes em ante-versão.

Spencer Wells e Olshausen crêm que, quando se sente o tumor muito baixo na pequena bacia, immobilizando o utero, o kysto pertence antes ao ligamento largo.

Relativamente aos symptomas funcionaes pouco ou nada temos a accrescentar ao que fica dito no estudo da symptomatologia: os auctores dizem que nos kystos paraovaricos, elles são a maior parte das vezes nullos ou quasi nullos, e nós apresentamos duas observações em que se tornaram um pouco consideraveis.

Recapitulando e concluindo:

O diagnostico d'um kysto paraovarico, como de resto o de qualquer tumor, é sempre um problema particular que ha de ser resolvido, se o póde ser, mediante todos os dados que uma observação methodica e completa possa colher.

A lentidão do crescimento é consideração de primeira ordem, bastando a explicar os casos de cura apparente pela punção.

A compressão da bexiga e os desvios do utero, antero-posteriores ou lateraes, são phenomenos constantes desde que o tumor attingiu um volume sufficiente, maximo se o seu desenvolvimento se faz na totalidade ou quasi dentro da pelve.

A doente da nossa segunda observação entrou para o hospital queixando-se de não poder urinar.

O grau d'invasão da cavidade abdominal (suprapelvica) pelo tumor depende do grau de tolerancia do ligamento largo para a distensão.

A doente da nossa primeira observação apresenta essa tolerancia levada ao maximo; todavia nem por isso deixava de haver symptomas de compressão: não eram outra coisa os vomitos biliosos frequentes e dores abdominaes.

N'este ponto de vista da compressão dos orgãos vizinhos os kystos paraovaricos são intermedios entre os kystos ovaricos e os myomas intersticiaes: nem atacam brutalmente como os myomas, nem teem a leveza d'um kysto ovarico que ainda cae bem no abdomen.

Finalmente, no kysto paraovarico as ondas da pressão transmittem-se em todos os sentidos, com mais ou menos rapidez segundo a tensão da parede.

A consideração isolada dos caracteres actuaes d'um kysto paraovarico não habilita pessoa alguma para o distinguir d'um kysto ovarico recolhido á pelve pela torsão do pediculo; mas n'este caso dá sufficientes motivos separadores a historia dramatica da torsão.

De proposito não insistimos na consideração do contheudo dos kystos paraovaricos como factor para o diagnostico: liquido com apparencia e densidade da agoa da fonte.

Com effeito, mal se comprehende hoje que seja necessaria a punção.

Na phase actual da cirurgia abdominal a maior parte dos cirurgiões condemnam-na e com razão.

D'um lado a doente quasi tanto receia a punção como a operação; d'outro lado a punção em nada facilita ou beneficia a operação radical; isto, não fallan-

do nos inconvenientes que ella traz, mesmo praticada por mãos habéis.

Vimos este anno, n'uma das enfermarias do Hospital da Misericordia, um enorme kysto do ovario (25 a 30 kilos de peso) em que fôra praticada por um distincto medico do mesmo hospital uma punção seis mezes antes, da qual resultou uma symphise absoluta da parede kystica ás partes circumstantes, e uma fistula suppurante permanente.

Prognostico

O prognostico dos kystos paraovaricos é, em geral, benigno. Estes tumores só se apresentam ao cirurgião quando determinam accidentes de compressão de maior ou menor vulto.

Tratamento

Na enumeração dos meios que podem ser utilizados no tratamento dos kystos paraovaricos omittimos os meios medicos, pois que a unica coisa que temos a dizer a seu respeito é que nenhum caso de cura se lhes pôde attribuir.

Já assim não podemos fallar dos meios cirurgicos, uma vez que a elles se tem recorrido sempre com proveito na maior parte dos casos.

A punção pela parede abdominal, a punção seguida de injeção iodada, e a laparatomia tem sido os processos empregados no tratamento dos kystos para-ovaricos, mas sem que d'isso se possa inferir que merecem igual valor uns e outros.

Em algumas considerações que vamos fazer pode ver-se claramente quanto isto é verdade, e averiguar qual dos processos deve ser empregado.

Bird foi o primeiro que usou da punção pela parede abdominal com o fim de curar radicalmente os kystos paraovaricos; o que elle pensava a este res-

peito pode ler-se nas seguintes palavras: *La marche de ces kystes ne justifie pas l'ovariotomie et il n'est pas toujours necessaire de répéter la ponction.* Em abono do que disse apresentou diversas observações que pareciam justifical-o.

Em vista de resultados tão seductores a sua opinião foi acceita, e o seu conselho aproveitado.

Assim, em 1875, Panas, n'uma communicacão feita á Academia de Medicina, concluia que o tratamento d'estes kystos era bem mais facil que o do hydrocello, pois que uma simples punccão lhe tinha bastado, em todos os casos que tinha observado, para obter uma cura definitiva depois da evacuação do kysto.

O credito dado então a este tratamento subiu de ponto, como se vê no que dizia Duplay n'uma lieção clinica: *tandis que les kystes ovariques véritables ne sont guère justiciables que de l'ovariotomie, les kystes paraovariques au contraire, guérissent par la simple ponction et est donc á ce traitement très simple que vous devrez avoir recours dans tous les cas de ce genre: et est de cette façon qu'ont peut assurer aux malades une guérison complète et durable, sans leur faire courir les chances toujours hasardeuses de l'ovariotomie.*

Se nos deixassemos levar pelas affirmacões de Panas, Duplay, Spiegelberg, e outros, terminariamos tambem por considerar a punccão como o meio preferivel: mas lendo as observações apresentadas por todos esses authores, reconhece-se que uma consideravel causa d'erro existe na apreciação dos resultados.

N'um grande numero d'essas observações as doentes foram consideradas completamente curadas dois

mezes, cinco mezes, um anno e raramente mais, depois da punção.

E' n'isto que reside a causa d'erro.

Sabendo-se que, como indica Koeberlé, os kystos do ligamento largo recidivam lentamente a maior parte das vezes, não se pode accèptar que um grande numero das doentes observadas estivessem curadas, mas sim ainda sujeitas á recidiva.

Não se deve, pois, garantir a cura definitiva depois d'alguns mezes, quando a recidiva pode apparecer n'um tempo variavel de tres mezes a onze annos.

E' por isto que as affirmações d'aquelles authores perderam todo o valor, e a punção ficou sem os fóros adquiridos de tratamento efficaz.

Em abono d'esta asserção fallam bem alto as observações apresentadas por Terrillon á Sociedade de Cirurgia, em que uma primeira punção foi seguida de cura apparente durante diversos mezes. N'ellas, diz o author, a natureza dos kystos não podia ser duvidosa, pois que as analyses dos liquidos, feitas com cuidado, demonstraram sempre terem a composição caracteristica: densidade fraca; pequena quantidade d'albúmina, ausencia de paralbumina; porção bastante elevada de chloreto de sodio; pouco consideravel peso de elementos solidos depois da dessecação; emfim transparencia perfeita, com córação nulla ou pouco accentuada.

O mesmo author reuniu, n'uma communicação feita áquella sociedade, 68 casos em que a reproducção do liquido teve sempre lugar depois d'uma ou diversas punções. Lucas Championnière, Terrier, Polailon, e outros, apresentam tambem muitos casos em que se fi-

zeram algumas punções, obtendo-se apenas uma cura aparente, mais ou menos duradoira.

Apezar de tudo isto, não devemos omitir que foram publicados alguns casos, mui pouco numerosos, em que é garantida a cura definitiva por este methodo de tratamento.

Em summa, se analysarmos diversas estatisticas, se tivermos em muita conta estes dois factores: d'um lado, o pouco tempo que decorreu entre a punção e a declaração de cura n'um grande numero de casos; d'outro lado, a facilidade com que se dá a recidiva principalmente quando o liquido é levemente albuminoso, podemos concluir que depois d'uma ou diversas punções a recidiva é a regra e a cura a excepção.

Portanto, depois de tudo isto, lembrando ainda mais que a punção expõe, em certas circumstancias, as doentes á producção de peritonites e formação d'adherencias, posto que isso succeda poucas vezes com os kystos paraovaricos, não devemos preferir um tal processo.

Egual sorte deve ter a punção seguida de injecção iodada.

Em 1865, recommendada por Boinet com immenso enthusiasmo, tendo sido utilizada ao tempo em que a ovariectomia era considerada como uma operação fatal, encontra-se hoje posta de parte e mesmo julgada como provocadora d'accidentes graves.

Resta-nos agora fallar dos outros processos cirurgicos a que acima alludimos, e que são empregados hoje, mas tendo cada um indicação especial.

Como fica dito, a ovariectomia foi considerada em

tempos como uma operação rodeada de bastantes perigos.

Hoje já assim não succede; liga-se-lhe todo o credito. Quer se faça a enucleação do kysto, quer se faça unicamente a sua drenagem, os resultados são quasi sempre dos melhores.

Não nos deixam mentir diversas estatisticas, os casos indicados por Lawson Tait e por Terrillon, e finalmente os resultados das extirpações de kystos paraovaricos feitas em Inglaterra, França e Allemanha.

A operação no caso d'estes kystos não apresenta nada de especial; é em quasi tudo semelhante á que se faz para os ovaricos.

Recordaremos, por achar conveniente, que esta operação comprehende diversos tempos, que são:

1.º — Abertura do abdomen por meio d'uma incisão na linha branca por debaixo do umbigo, n'uma extensão variavel, podendo mesmo em alguns casos ir do pubis até perto do appendice xyphoideu;

2.º — Puncção e evacuação com um trocate aspirador;

3.º — Enucleação e extracção de toda a massa kystica;

4.º — Toilette do peritoneo. Esta toilette que se faz com esponjas finas phenicadas e montadas em pinças de pressão continua, não é necessaria senão no caso de haver liquidos kysticos ou sangue na cavidade peritoneal; tambem pode ser feita por meio de lavagens com agua filtrada e fervida;

5.º — Sutura da ferida abdominal;

6.º — Applicação d'um penso antiseptico.

Relativamente ao terceiro tempo temos a dizer que

nem sempre se procede do modo indicado. Ha dois casos a distinguir, correspondendo a cada um d'elles um processo especial: se o tumor não está muito adherente ao ligamento, de modo que a descascadura é possível, faz-se a enucleação; se tem contrahido adherencias muito solidas com as partes ambientes, é util fazer-se a drenagem do kysto.

A descascadura nos kystos paraovaricos e hyalinos, quando não ha adherencias, é de uma grande simplicidade. Basta n'este caso fazer-se com precaução uma prega no peritoneo que recobre o kysto, introduzir-se um dedo n'uma pequena abertura feita com o bisturi e destacar-se a sorosa n'uma pequena extensão; em seguida, sobre a superficie tornada livre crava-se o trocate e extrae-se o liquido. Retirado o trocate, obliterado o orificio por meio de pinças, faz-se a descascadura do kysto. Não resta depois mais do que fazer a drenagem abdominal, vaginal ou abdomino-vaginal, para realisar a antisepsia da cavidade que fica e permittir a sua obliteração progressiva.

Applicando-se um penso compressivo termina-se a operação.

O que assim é tão simples, quando o sacco kystico é adherente em virtude d'um trabalho inflammatorio, torna-se ás vezes tão difficil que é conveniente preceder como aconselha Pozzi: faz-se a descascadura depois de ser introduzida uma das mãos dentro do kysto, auxiliando-se assim a outra que por fóra vae rompendo as adherencias.

Não menos difficuldades apparecem quando o kysto é papillar. N'este caso a descascadura é muitissimo difficil em vista da adherencia do peritoneo, que por

vezes não se destaca senão aos retalhos; além d'isso exige muitas precauções, não só por causa dos vasos situados profundamente, mas também porque se póde arrancar algum dos ureteres, que tem relações estreitas com o fundo do sacco. E' n'este caso que Pozzi opera do modo seguinte: esvasia a principio o kysto, e sobre a sua parte saliente, puxada para fóra do abdomen por meio de pinças de Nelaton, faz com o bisturi uma incisão elliptica que deve interessar unicamente o peritoneo; em seguida, disseca a sorosa concentricamente ao sacco kystico, começando este trabalho nos pontos mais vascularizados.

Resta-nos, finalmente, dizer algumas palavras sobre a drenagem dos kystos.

Quando a consistencia das adherencias torna impossivel a enucleação, ainda ha um recurso, que consiste em deixar o sacco kystico dentro do abdomen e fazer a sua drenagem. Para isso fixam-se os bordos d'esse sacco aos da ferida abdominal, depois de resecar o que fôr possivel da sua parede, e trata-se a cavidade como a d'um abcesso, confiando á natureza a obliteração ou a eliminação do kysto. Este processo dá excellentes resultados nos kystos paraovaricos e hyalinos, quando elles se tornam adherentes em virtude de inflamação que tenha havido.

Já os mesmos resultados não podem ser garantidos quando o kysto é papillar. O tumor d'esta natureza tende constantemente á recidiva, a fistula persiste indefinidamente, e a suppuração interminavel expõe as doentes á septicemia chronica e ao esgotamento.

Estes perigos, é verdade, podem ser diminuidos se se tiver tido o cuidado de tirar com os dedos ou

com uma curetta os elementos glandulares que o kysto contenha.

E' este o processo, descripto aqui rapidamente, que se chama *marsupialisação*.

N'uma das nossas observações, como se pode vêr, esta operação deu bom resultado, apesar de a cicatrização se fazer esperar muito. E' possivel que esta se fizesse em muito menos tempo se se tivesse feito a drenagem vaginal.

Terrillon, no caso em que o kysto desce até ao fundo da bacia e está em contacto intimo com o utero e bexiga, aconselha a drenagem abdomino-vaginal, havendo a maxima precaução para que não seja perfurado algum vaso importante.

Em summa: no tratamento dos kystos paraovaricos deve-se fazer a sua enucleação, e, se esta fôr impossivel, a sua drenagem.

Observação I

Kysto paraovarico hyalino — Ovariectomia, ablação do tumor e dos annexos do utero — Ausencia quasi completa de adherencias — Cicatrização por segunda intenção — Cura.

F., 38 annos, casada, jornaleira, bastante emmagrecida, muito nervosa, entrou para o hospital de Santo Antonio a 20 de setembro de 1891. Só foi transferida para a sala de clinica medica da escola em 18 d'outubro do mesmo anno.

Antecedentes hereditarios — Nada apresentam de particular.

Antecedentes pessoas — A doente disse ter tido simplesmente o sarampo quando creança; não teve mais doença alguma até aos 36 annos, idade em que iniciou o estado pathologico que a levou a este hospital.

Até então, sendo menstruada pela primeira vez aos 15 annos, as menstruações foram sempre regulares em abundancia, intervallos, duração (4 dias), e não acompanhadas de dôres.

Historia da doença — Ha dous annos começou a notar que de dia para dia o ventre tornava-se cada vez mais volumoso e offerencia á pressão uma resistencia cada vez maior. Desde essa epocha principiou a ter, de quando em quando, más digestões, constipação de ventre, e a sentir dôres de cabeça e um mal-estar geral que impossibilitaram-na do mais insignificante trabalho.

Não levou muito tempo que dôres na região hypogastrica e difficuldade na micção tornassem o seu estado um pouco mais grave.

Este conjuncto symptomatico durou, pouco mais ou menos, 15 dias, passados os quaes tudo voltou ao estado normal; apenas a tumefacção do abdomem continuava a progredir.

Não deve ser omittido que se os periodos menstruaes coincidiam com estas perturbações os catamenios eram menos duradoiros e menos abundantes.

Ha um anno approxímadamente, todos estes symptomas principiarão de tomar mais vulto: as dôres que se limitavam á região hypogastrica, appareciam de preferencia na região iliaca direita, seguiam até junto do umbigo e d'ali irradiavam para as cruces, sendo constante e por vezes intensissimas; a defecação

chegava a ser acompanhada de dôres, a micção era muito frequente, e o appetite começava a desaparecer; finalmente um mal-estar, uma cephalalgia violenta e uma perda consideravel de forças de dia para dia tornavam mais desesperador o estado da doente.

Estado actual—Em vista d'isto, não lhe sendo possível viver assim, resolveu entrar no hospital.

Quem a visse então poderia verificar que, emmagrecida, descorada, immensamente abatida, com febre, sem appetite, com um pronunciado aborrecimento para tudo, tinha um habito externo denunciador d'um grande soffrimento.

Pondo-se em pratica os diversos meios d'exploração com o fim de averiguar a causa do grande volume abdominal, obtinham-se dados d'uma reconhecida importancia.

A' inspecção tornava-se patente um consideravel abaulamento do abdomen.

A percussão fazia conhecer um som basso, limitado superiormente por uma linha concava para baixo, estendendo-se de alguns centímetros para cima do umbigo até ás regiões ileo-lombares.

Pela palpação encontrava-se por toda a parte avolumada uma consistencia molle e uma superficie lisa.

Havia uma fluctuação manifesta, quer imprimindo com uma das mãos uma pequena pressão sobre um ponto qualquer da superficie do tumor e vendo levantar-se a outra collocada indifferentemente sobre outro ponto, quer precutindo um ponto qualquer e vendo oscillar toda a parte avolumada do abdomen.

Esta fluctuação assim clara indicava promptamente que o tumor era liquido e que esse liquido devia

ter uma densidade fraca e deslocava-se n'uma cavidade unica.

A mensuração dava as seguintes indicações :

Do umbigo ao appendice xyphoideu.	25	centímetros
Distancia pubi-umbilical.....	22	»
Do umbigo a qualquer das espinhas iliacas.....	20	»
Circumferencia traçada pela região lombar e passando pela maior altura do tumor.....	84	»

O toque vaginal combinado com o abdominal não fornecia elementos de grande valor para o diagnostico; apenas se reconhecia que o utero era pouco movel e estava em latero-versão esquerda.

Diagnostico — Em presença do quadro symptomatico apresentado presumiu-se que se tratasse d'um kysto paraovarico.

Effectivamente a operação, os exames macroscopico e microscopico do tumor justificaram uma tal presumpção.

A operação teve logar em 1 de novembro de 1891. Foi operador o ex.^{mo} sr. dr. Antonio d'Azevedo Maia.

Fez a incisão da parede abdominal, perfurou o sacco kystico com um trocate, esvasiou o liquido e em seguida tirou, sem grande difficuldade, este sacco. As adherencias que tinha eram insignificantes. Fez tambem a ablação dos annexos do utero.

A cicatrização fez-se por segunda intenção e foi um pouco demorada por se ter formado um abcesso parietal com descollamento da parede.

Depois da operação até 21 de dezembro, dia em que a doente sahiu do hospital completamente curada, não houve grande movimento febril; apenas uma pequena elevação thermica correspondeu á formação de um abcesso.

Exame macroscopico do tumor — Feita a incisão na linha branca, afflorou á abertura o kysto de côr avermelhada. Feita uma casa de botão proxima á trompa, appareceu o kysto propriamente dito de côr translucida. Introduzido o trocate, deu-se sahida ao liquido que, em quantidade de 4 $\frac{1}{2}$ litros, ligeiramente turvo, não coagulava pelo calor.

O kysto apresentou-se com uma bolsa propria e outra, por assim dizer, adventicia formada pelo ligamento largo. Separou-se com os dedos a bolsa interna da externa com extrema facilidade, salvo em alguns pontos onde havia ligeiras adherencias, que ainda assim foram vencidas simplesmente pelos dedos do operador.

A bolsa kystica interna era translucida e provida de bellas arborisações vasculares. Em seguida fez-se a ablação do anexo esquerdo, lado onde existia o kysto.

Examinado o anexo direito, notaram-se-lhe lesões que indicavam a sua ablação; foi o que se realizou.

Exame histologico — O exame histologico de córtes perpendiculares ás paredes kysticas indica que a *bolsa interna* é formada de tecido conjunctivo diffuso, que, nos dois terços internos, tem muito maior quantidade de cellulas alongadas (fibro-plasticas), que no terço externo. A superficie interna tem, proximo d'ella, vasos completamente cheios de sangue e, nas ligeiras

saliencias e depressões que apresenta, é coberta por um epithelio disposto em mais de uma camada, cujas cellulas, com nucleos arredondados e cheios de granulações, indicam uma tendencia a proliferar; por isso é impossivel classificar o epithelio e dizer que fórma apresentavam as cellulas primitivamente. Algumas vezes esta camada de cellulas está destacada e ha, portanto, um espaço vazio entre o tecido conjuntivo e a extremidade externa das cellulas. Outras vezes o epithelio destacou-se completamente, n'uma superficie mais ou menos larga. Abaixo d'estas cellulas ha uma tam ligeira infiltração embryonaria que só se aprecia bem com uma amplificação forte e nos pontos em que o epithelio cahiu essa infiltração não existe. A superficie externa d'esta bolsa é muito menos bem limitada que a interna.

A *bolsa externa* é notavel pelos enormes e abundantes vasos que contem e pela grande quantidade de fibras musculares lisas (1).

O exame dos annexos será apresentado á Escola na these do sr. Antonio d'Aguiar Cardoso.

Apesar d'isto adeanto-me a dizer que, immediatamente abaixo da abertura feita no acto operatorio, encontrou-se a trompa que, depois de mergulhada no alcool durante vinte e quatro horas, apresentava uma extensão de dezenove centimetros.

(1) Os exames macro e microscopico foram feitos no Laboratorio d'histologia e bacteriologia da nossa Escola.

O exame chimico do liquido foi muito rudimentar, porque a instalação de chimica clinica do mesmo Laboratorio ainda não está infelizmente terminada, o que se realizará dentro d'alguns mezes.

O ovario estava separado da trompa por um grande espaço (6 a 7 centímetros).

Observação II

Kysto paraovarico hyalino—Adherencias muito fortes
—Marsupialisação—Cicatrisação por segunda intenção— Cura.

F., 41 annos, casada, jornaleira, regularmente constituída e de temperamento sanguineo-bilioso, entrou para o hospital de Santo Antonio a 4 de novembro de 1891.

Antecedentes hereditarios—Seu pae morreu hydro-pico, sua mãe ainda viva é achacada a cephalalgias violentas.

Um irmão com 18 annos soffre d'asthma.

Uma tia é victima de cephalalgias e nevralgias do facial e do trigemio com contracturas no dominio dos seus troncos motores.

Historia pessoal e da doença — A doente, sadia até aos 12 annos, iniciou a sua pathologia com dôres de cabeça e dôres d'ossos, umas e outras repetindo-se amiudadamente. Atacada aos 18 annos de variola, foi aos 25 tomada de sesões, complicadas d'uma febre gastrica com 3 mezes de duração.

Do lado das funcções genitae accusou a 1.^a menstruação aos 14 annos e a sua manutenção regular e normal, áparte ligeiras variações na periodicidade, até aos 30 annos. N'esta idade, em seguida a uma amenorrhêa durante 2 mezes, sobreveio uma menorrhagia abundante em todo o mez seguinte. Aos

32 annos teve o primeiro e unico filho, correndo o parto eutocicamente.

A partir d'esta idade a doente não accusou nenhum outro soffrimento; foi muito mais tarde, mas em época que não pôde precisar, que lhe sobrevieram as primeiras manifestações da doença, que originou a sua entrada no hospital.

Ella referiu o começo dos seus soffrimentos actuaes a alterações nas funcções digestivas: affrontamento depois de comer, inchação do ventre e dôres espalhadas por todo elle. A defecação operava-se com difficuldade, a micção era frequente e em pequena quantidade, e os pés inchavam-lhe a miudo; comtudo supportava de pé todos estes incommodos.

Porém, 8 dias em antes de entrar para o hospital, aggravaram-se-lhe as dôres, agora referidas ao baixo ventre, onde a doente descobriu pela primeira vez uma tumefacção limitada. Essas dores, localizadas á região hypogastrica tornaram-se intoleraveis, exacerbando-se pela pressão. A defecação operava-se muito difficilmente e á custa de grande tenesmo, a micção era continua; a doente atacada d'incontinencia urinaria, achava-se molhada em permanencia.

Como se não modificasse o seu estado entrou para o hospital a 4 de novembro de 1891, fornecendo ao nosso exame o seguinte

Estado actual—O ventre, séde dos seus soffrimentos, achava-se á *inspecção* levemente abaulado e levantado na região hypogastrica por uma saliencia regular, de fórma ovoide, de grande extremidade voltada para o pubis, e de vertice elevado até perto do umbigo. A' *palpação* e *pressão* essa saliencia era firme,

dolorosa, immovel e lisa ; á *percussão* fornecia som basso em toda a sua extensão, com uma aureola nitida de som claro envolvendo o tumor, excepto pela parte inferior, e uma fluctuação manifesta.

Estes signaes, não se modificando pelas variadas mudanças de posição da doente, faziam presumir, conjunctamente com o conhecimento da sua origem e symptomas subjectivos, a existencia d'um tumor liquido, constituido pela bexiga repleta d'urina ; de facto, uma sonda introduzida pela urethra deu sahida a um litro e tanto d'urina.

Tratava-se. pois, d'uma incontinençia chamada por *regurgitação*.

Obviado assim o principal motivo das dôres pelo esvaziamento da bexiga, a região hypogastrica ficou ainda levantada por uma saliencia arredondada, lisa, indolor, de som basso e elevando-se tres dedos acima do pubis.

Executado, n'esta occasião, o toque vaginal revelou o utero em anteposição, affrontado contra a symphese pubica por um tumor duro, fluctuante, insensivel, formando uma convexidade extensa no fundo de sacco posterior.

O toque rectal confirmou a fórma arredondada do tumor, a sua fluctuação e a sua salientação na parede anterior do recto.

O estado geral da doente era bom, e da parte dos outros aparelhos existiam como unicas irregularidades um sopro mitral, systolico e post-systolico, audivel na ponta do coração, e alterações, a que já alludimos, das funcções digestivas.

Diagnosticó — Um tumor encravado na pelve, flu-

ctuante, de evolução lenta e apyretica e relacionado com os órgãos genitales, não pôde ser senão um kysto ovarico ou um kysto paraovarico.

A fôrma arredondada do tumor, a sua fluctuação bem perceptivel indicando não só a pequena tensão das suas paredes, mas a liberdade do liquido, a sua lisura e posição media fizeram-nos pender para o *kysto para-ovarico*. Este diagnostico foi confirmado na occasião da operação.

O desenvolvimento pelvico do tumor fez desconfiar d'adherencias ao ligamento largo.

Tratamento — Escolhida a via abdominal para extracção do tumor foi a operação praticada a 7 de novembro de 1891 pelo ex.^{mo} sr. dr. Azevedo Maia.

Depois da incisão do abdomen na linha pubi-umbilical e abertura do peritoneo, foi o tumor puncionado, dando sahida a um liquido hyalino.

Tornada completamente impossivel a descascadura da capsula, em virtude das numerosas e vascularizadas adherencias que a retinham á pelve, foi a sua abertura ligada á incisão abdominal, praticando-se assim a marsupialisação do kysto.

A cicatrisação das paredes do kysto, bastante demorada, foi activada no decorrer por meio de raspagens e cauterisações com nitrato de prata e aparelho thermo-electrico.

Durante o longo decurso d'esta cicatrisação a doente manifestou-nos as suas predilecções morbidas a principio por dôres musculares, e em seguida por verdadeiros ataques de rheumatismo articular e agudo, curados com o salycilato de soda.

A doente saiu curada a 2 d'abril de 1892.

Exame macroscopico — O da capsula foi impossivel attenta a sua não extracção.

O liquido na quantidade de 3 litros era aquoso, transparente, limpido como agua da fonte, sem cheiro e de reacção neutra.

O seu exame microscopico não revelou a existencia d'elementos figurados.

O exame chimico, muito rudimentar, demonstrou a não existencia d'albumina, investigada pelo calor e acido azotico, e a presença de chloretos, descobertos pelo nitrato de prata.

PROPOSIÇÕES

Anatomia.—Regeito a descripção classica histologica do ovario.

Physiologia.—O fermento glycolitico não existe.

Materia medica.—Os calomelanos podem ser administrados com o chloreto de sodio.

Pathologia geral.—O sphygmographo não dá noção alguma sobre a pressão arterial.

Pathologia externa.—O erythema polymorpho é uma manifestação externa d'uma perturbação nutritiva geral.

Pathologia interna.—Regeito a theoria da infecção tuberculosa pela via genital.

Anatomia pathologica.—As bacterias não produzem lesões especificas.

Medicina operatoria.—No tratamento da extrophia vesical prefiro o processo de Segond.

Partos.—As lesões valvulares do coração não justificam a provocação do parto prematuro.

Medicina legal.—O corpo amarello da gravidez (corpus luteus) não tem importancia em medicina legal.

Approvada.
O presidente,
Dr. Souto.

Póde imprimir-se.
O director,
Visconde d'Oliveira.