

JOSÉ BENTO GUIMARÃES PESTANA DA SILVA

" O enxerto ovarico "

Tése de doutoramento apresentada

á

Faculdade de Medicina do Porto

21615 FMT

16 de Novembro de 1925

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

Director

Dr. José Alfredo Mendes Magalhães

Secretario

Dr. Hernani Bastos Monteiro

Corpo Docente

PROFESSORES ORDINARIOS

Higiene.....	Dr. João Lopes da Silva Martins Junior
Patologia geral.....	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Patologia cirurgica.....	Dr. Carlos Alberto de Lima
Dermatologia e sifili- grafia.....	Dr. Luis de Freitas Viegas
Terapeutica geral.....	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Anatomia patologica.....	Dr. Antonio Joaquim de Sousa Junior
Clinica medica.....	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Anatomia descritiva.....	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Clinica cirurgica.....	Dr. Alvaro Teixeira Bastos
Psiquiatria.....	Dr. Antonio de Sousa Magalhães Lemos
Medicina legal.....	Dr. Manoel Lourenço Gomes
Histologia e embriologia.	Dr. Abel de Lima Salazar
Pediatria.....	Dr. Antonio de Almeida Garrett
Patologia médica.....	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Bacteriologia e doen- ças infecciosas.....	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Anatomia cirurgica.....	Dr. Hernani Bastos Monteiro
Clinica obstétrica.....	Dr. Manoel Antonio de Moraes Frias
Fisiologia geral e es- pecial.....	Vaga
Farmacologia.....	Vaga
Parasitologia e doenças parasitarias.....	Vaga

PROFESSORES JUBILADOS

Dr. Pedro Augusto Dias

Dr. Augusto Henrique de Almeida Brandão

CAPITULO I.

"Resumo historico sôbre enxertos em geral"

Em 1740, Tremblei iniciou os seus trabalhos sôbre regeneração e transplantação de organismos inferiores. Empregava nas suas experiências hidras e polipos de agua doce e conseguia com algumas particulas d'estes seres, regenerar um individuo susceptivel de viver e de se reproduzir: tomava varias porções de distintas hidras e obtinha que se reunissem em um só individuo que continuava vivendo.

Outros experimentadores posteriores a Tremblei observaram que não era esta capacidade de regeneração e transplantação particular aos organismos mais inferiores e puderam demonstrar que em seres mais diferenciados, taes como os equinodermos, moluscos, etc., se conseguia que continuassem vivendo individuos formados pela reunião da extremidade cefalica de um animal á extremidade caudal de outro animal, chegando mesmo a obterem animaes anormalmente conformados.

Born notou que existe egualmente uma grande capacidade de regeneração e de transplantação na serie dos vertebrados

quando no seu periodo embrionario: conseguia formar um individuo, capaz de viver e crescer, reunindo varias particulas de embrião de truta ou rã a segmentos de outros individuos.

Nos insectos e vertebrados inferiores adultos, já não se logra, contudo, substituir mais que alguma das suas extremidades ou uma porção da cauda.

No animal adulto só se conseguiram, a bem dizer, as transplantações de orgãos ou porções de tecido e foi neste campo, com o objecto de aplicar os resultados à especie humana, que se tentaram toda a especie de experiencias ousadas. Fizeram-se transplantações integras ou parciaes de orgãos, transplantações de retalhos, simplesmente, de diferentes tecidos ou de tecidos de outra natureza, enxertias de tecidos de um animal a outro de diferente especie mas, em tudo quanto se realisou reinava, não obstante, a maior discordancia entre os varios autores.

Uns, por exemplo, afirmavam que as transplantações osseas sobre os outros tecidos são, regra geral, negativas; outros, em contrario, asseguravam que os mesmos fragmentos poderão viver se se colocam sob a pele de um individuo da mesma especie.

Transplantando porções de glandula sub-maxilar de coelho para o rim de um animal da mesma especie comprovou-se, mais tarde, pela autopsia, que algumas celulas conservavam a sua vitalidade e se reproduziam por cariocinese, chegando a constituir novos canaes e novos acini. Outras vezes constataram-se processos de regressão que conduziam á destruição total do tecido enxertado.

Clairmon e Ehrlich realisando uma serie de experiencias sobre transplantações de hipófises para o baço conseguem resultados inteiramente satisfatorios.

Com a glandula tiroide fazem-se, igualmente, diversas experiencias interessantes. Vejamos algumas:

Kummer pretende aplicar a enxertia de fragmentos desta glandula em caso de mixoedema e de outras manifestações de patologia tiroide. Por exemplo, em um anão mixoedematoso de 19 anos, observa um desenvolvimento rapido do organismo e uma modificação notavel da inteligencia, depois de lhe ter praticado um enxerto tiroideo. Fazia tambem enxertos desta natureza a titulo preventivo, quando se via obrigado a extirpar a glandula completa.

Payr transplanta a uma creança mixoedematosa alguns fragmentos tiroideos extraídos da mãe da doente e, realizando a enxertia no bago, a creança melhorou de uma maneira sensivel tanto fisica como psiquicamente.

Leischner experimentava com glandulas paratiroides e constatou, alem do pleno exito das suas experiencias, o aparecimento de fenomenos de tetania paratiropiva (nos autosenxertos, bem entendido) uma vez realisada a extirpação do enxerto. Este facto encerra, claramente, um gran-

de ensinamento cirurgico: todas as vezes que se interve-
nha sobre glandulas tiroideas convem constatar se não se
extirparam as paratiroides e, em caso afirmativo, proce-
der a um auto-enxerto.

Com o aperfeiçoamento do metodo das suturas vascula-
res devido a Carrel, este autor e Guthrie deram um admira-
vel impulso aos processos de transplantação e de enxertia
e obtiveram então exitos surpreendentes:

Transplantam orgãos como o bago, o rim, o ovario,
etc., de um animal a outro sem que estes orgãos percam no
minimo da sua função.

Seguindo a marcha triunfante das suas experiencias con-
seguem transplantar de um cão a outro uma articulação in-
tegra e a circulação fazia-se tão normalmente que nenhum
transtorno trofico se podia notar.

Isto que é simplesmente maravilhoso, faz antevêr a
possibilidade, com os notaveis progressos da tecnica ope-

ratoria (não esqueçamos as maravilhas cirurgicas durante a grande guerra) de que, para futuro, alguns enxertos em massa se poderão aplicar ao homem.

Não obstante, algumas considerações merece este assumpt

A um membro, por exemplo, como simples região anatomica que é, ao ser amputado, foram seccionadas todas as comunicações com as suas fontes de excitação natural e, ainda que se enxerte em boas condições de irrigação, não terá, seguramente, sensibilidade nem motricidade.

É certo que os elementos nervosos terão começado a reagir, no ponto em que foram seccionados, ainda que com extrema lentidão, para restabelecerem a função nervosa e tambem necessaria para que não defínhe o membro transplantado por perturbações troficas, mas os progressos dos elementos nervosos serão de uma grande lentidão e, alem de lentos, caminharão eles para os pontos que fisiologica e anatomicamente lhes estão destinados?

É interessante, sobre este ponto, "A human experiment
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX in nerve division", de H. Head, em que
sómente 3 anos depois se estabelece correctamente a sensi-
bilidade. E é curioso relembrar o fenomeno chamado por A.
Thomas "erreur d'aiguillage" em que as fibras motoras não
tendo seguido uma boa direcção não encontram as bainhas a
que, respectivamente, se deveriam conduzir.

Vejamos, agora, como se conduzirão reciprocamente a parte
transplantada e o tecido a que se transplantou:

A parte transplantada é regulada nas suas condições vitaes
pelo organismo a que se transplantou, mas, apesar de tudo,
conservará a sua propria individualidade. Esta lei não só
se observa e cumpre no reino animal, como tambem no reino
vegetal: uma variedade enxertada não se desindividualisa e o
tronco conserva as suas características.

Estas são as bases de uma discussão interessante que a
indole d'este capitulo não comporta e como já vae longo,
para terminar, recordarei sómente alguns trabalhos sobre

as condições mais essenciais a observar na prática das transplantações cirurgicas em geral, reservando para mais tarde o caso particular da enxertia ovarica.

Para que um tecido transplantado possa continuar vivendo e funcionando, como quando estava em seu meio natural, são necessárias multiplas condições e de ahi o exito ou fracasso de muitos enxertos; assim, por exemplo, as condições nutritivas do novo local para a porção transplantada. Sabemos que estas condições nutritivas serão tanto melhores quanto mais irrigado fôr este local e, portanto, a cavidade abdominal será sempre um terreno de eleição, dadas as magnificas condições circulatorias acrescidas das qualidades de adesão do peritoneo.

Ribbert enxertava tambem na superficie dos ganglios linfaticos.

A medulla ossea é, pela mesma razão, um terreno favoravel.

Payr considerava o baço um excelente meio, devido ao seu sistema de circulação, resultando possível colocar a substancia a enxertar em intimo contacto com os vasos.

Outra condição muito importante é, sem duvida, a dimensão dos enxertos e a sua consistencia.

Em geral, o bom exito de um enxerto está na razão inversa do tamanho das porções que se transplantam. Os fragmentos carecendo de nutrição propria durante os primeiros dias é necessário que compensem esta falta pela absorção de liquidos, procedentes do novo meio. Claramente que tal não se realisa senão para as camadas mais finas e superficiaes; unicamente pela penetração dos botões vasculares se assegurará a nutrição das partes profundas. Se, portanto, o material transplantado não puder suportar a falta de sucos nutritivos até ao estabelecimento da nova circulação, as partes centraes morrerão e apenas sobrevirão as camadas mais delgadas da superficie.

A natureza do tecido transplantado, exerce igualmente uma grande influencia no bom exito dos enxertos. Muitas vezes o seu resultado é devido a que a regeneração se faça a expensas dos elementos celulares proximos e da mesma estrutura.

A origem do órgão ou a porção d'esse órgão que se pretende transplantar é, igualmente, de capital importancia. Por isso o ideal será sempre o auto-enxerto mais que o homo-enxerto. O hetero-enxerto é de resultados muito discutiveis.

Varonoff atribue o exito das suas experiencias, ao facto de ter procurado sempre animaes da mesma variedade e até com algum parentesco entre si.

O hetero-enxerto constitue, como disse, um material muito reabsorvivel, que não chega, geralmente a adquirir vida propria e ao interpretar taes fenomenos julgou-se que os sucos organicos continham substancias que actua-

riam como toxicas em presença dos protoplasmas celulares de
animas de diversa especie, assim como actua os séros ao
hemolisar os globulos vermelhos de animas de outra especie.

CAPITULO II.

- Anatomia e fisiologia do ovario -

Histologicamente podemos considerar no ovario uma camada exterior epitelial, formada por celulas cilindricas, constituindo a camada cortical, e uma camada central ou medular, constituída essencialmente por vasos irrigando um complicado dispositivo muscular e conjuntivo. Na substancia cortical encontram-se disseminados os foliculos ^{de} Graaf ou ovisacos. No estroma ovarico, alem das celulas conjuntivas e musculares de que falei, encontram-se umas celulas especiaes, chamadas intersticiaes, que apresentam uma notavel analogia com as celulas do mesmo nome que se encontram no testiculo. Estas celulas intersticiaes são mais ou menos poliedricas por pressão reciproca, com um nucleo volumoso e esferico central e o seu protoplasma finamente reticulado está como que semeado de pequenas inclusões, encerrando uma substancia gordurosa.

É a estas celulas, que constituem a chamada glandula intersticial, que se atribue uma das funções de secreção endocrinica do ovario.

Os folículos de Graaf são vesículas arredondadas ou ovulares em cujo interior se encontram os ovulos. Estes folículos apresentam-se em estados distintos de desenvolvimento e cada ovario oferece: 1º folículos jovens, chamados primordiais; 2º folículos em via de crescimento; 3º folículos primordiais dispõem-se em varias fiadas na substancia cortical.

Em numero calculado por Sappey em 400.000, é natural que diminuam á medida que a idade avança posto que a cada postura ovarica é um ou varios folículos que se abrem e ainda ha que acrescentar que um grande numero de entre elles não evolucionam completamente e desaparecem por uma especie de regressão ou atresia.

Entre os folículos mesmo em via de crescimento ha alguns que se detêm na sua marcha e por um processo de degenerescencia chegam a formar o que alguns autores denominam os corpos amarelos atresicos.

É a expensas de estes que outros autores pretendem sejam formadas as células intersticiais. (Questão muito debatida e deslocada n'um trabalho d'esta natureza).

Histologicamente o folículo primordial compõe-se de um ovulo desprovido de membrana vitelina e de uma camada de células chatas que o rodeiam. Nos folículos que se aproximam do estado adulto, as células chatas que envolvem o ovulo tornam-se cilíndricas e, por multiplicação incessante, constituem um envólucro pluriestratificado que toma no nome de membrana granulosa.

Pouco tempo depois desenvolve-se uma delgada (camada) membrana circundando o ovulo, a membrana vitelina.

No centro das camadas estratificadas da granulosa, aparece, então, uma fenda primeiramente estreita, depois mais aberta que vai dividir esta membrana em dois folhetos: um interno convexo, em contiguidade com o ovulo, outro externo côncavo que revestirá o envólucro conjuntivo do folículo.

Esta fenda não se estenderá a todo o ovulo, não fará a volta completa e deixa como que uma ponte de substancia granulosa que toma o nome de "cumulus proligére".

Entre os dois folhetos d'esta cavidade encontra-se um liquido ligeiramente albuminoso, o liquido folicular.

Enquanto este arranjo se realisa no seu interior, externamente o foliculo apropria-se de um envolvero conjunctivo (theca folliculi) que, por sua vez, se diferencia em duas camadas: teca externa e teca interna. A 1ª *ep* é fibrosa e muito irrigada; a segunda, formada de tecido conjunctivo, tambem muito vascularizada, apresenta uma serie de células de grandes dimensões, arredondadas ou fusiformes, sem prolongamentos, e cujo protoplasma contem um pequeno pigmento amarelo e numeras goticulas que se coram de negro pelo acido osmico.

Chegado o foliculo a este grau de evolução, compõe-se, portanto, dos seguintes elementos:

- 1º - Um envólucro conjuntivo composto de duas camadas, a teca externa e a teca interna.
- 2º - Uma membrana basal delgada.
- 3º - A camada granulosa com a "cumulus proligere".
- 4º - A cavidade folicular com o líquido do mesmo nome.
- 5º - No centro do "cumulus proligere", o ovulo.

O seu volume vaé aumentando gradualmente e mede finalmente, 2 a 3 milímetros, chegando ás vezes a 9.

A sua forma é mais ou menos esferica, com o polo interno profundamente situado na camada cortical do ovario-onde se encontra o ovulo - e o seu polo externo fazendo uma notavel saliencia á superficie do ovario e a este (ovulo) polo dá-se o nome de estigma.

É o ponto mais debil e vulneravel do folículo: a teca interna desapareceu e a granulosa está reduzida a pequenos conjunctos celulares. É neste ponto que se verificará a dehisencia do folículo. O estigma á medida que o folículo

se aproxima do seu ultimo grau de maturação, torna-se mais saliente e a sua parede mais delgada, até que, por um aumento brusco de tensão interior do liquido folicular, o estigma cede e deixa escapar o ovulo que passará á trompa correspondente e de ahí ao utero.

É este fenomeno que constitue a ovulação.

Coincide com a época ciosa dos animaes e está em relação com o fenomeno da menstruação da mulher. Salva excepção, um só folliculo se abre em cada periodo mas, recordemos de passagem, a gravidez bi ou trigemelar na mulher corresponde ao facto de que varios folliculos tenham chegado concomitantemente ao periodo de maturação ou que um folliculo unico contenha varios ovulos.

Na restante escala animal, pelo contrario, varios folliculos atingem juntamente o seu derradeiro grau de desenvolvimento e será um egual numero de filhos que poderão vir a conceber.

Uma vez que o ovulo abandonou o folículo este sofre uma evolução especial e chega a formações transitorias que se designam sob o nome de corpos amarelos.

Com efeito, o folículo planifica-se e os bordos da ferida que deu passagem ao ovulo afrontam-se e cicatrizam.

As células da granulosa augmentam de volume e carregam-se, pouco a pouco, de granulações gordurosas, coradas de amarelo por um pigmento especial a luteína. A teca externa conserva o seu caracter conjunctivo-fibroso.

Do lado da teca interna as células augmentam também de dimensões, multiplicam-se, carregam-se de granulações gordurosas e penetram a granulosa em sentido radiado, arrastando vasos da superficie e tecido conjunctivo.

Ao mesmo tempo uma multidão de leucocitos escapa-se da teca para fazer irrupção na granulosa e na cavidade central de tal maneira que esta cavidade será occupada por estes elementos e botões conjunctivo-vasculares.

O corpo amarelo chegado a este periodo, está condenado a perder-se por atrofia e desapareição dos seus elementos, deixando em seu logar uma pequena cicatriz que se confunde com o tecido do ovario. Esta regressão não se verifica em todos os casos no mesmo lapso de tempo: nos casos em que o ovulo, cuja sahida deu lugar á formação do corpo amarelo; tenna sido fecundado, durará toda a epoca da gravidez - corpo amarelo verdadeiro; no caso contrario completará o seu ciclo em 3 ou 4 semanas - falso corpo amarelo.

Por muito tempo não se ligou importancia bastante a estas formações transitorias, pensando-se que sómente desempenhariam o papel de elementos obturadores mas, Prenaut, baseando-se na origem epitelial das celulas constitutivas, na presença de grande numero de inclusões no protoplasma celular e, ainda, no facto de estas celulas só excepcionalmente apresentarem figuras cariocineticas, não vacilou em considera-las como formações glandulares.

Conhecida agora a parte anatomica da glandula ovarica passemos ao estudo das suas funções.

Pertence ao numero dos conhecimentos vulgares que o ovario, além da muito importante função de ovulação, possui outra que desempenha um grande papel no organismo, a julgar pelos fenomenos que se seguem á sua supressão, a punção interna de secreção.

O ovario, como o corpo tiroideo, as capsulas suprarenas, o figado entre as suas multiplas funções, o baço, etc., lança os seus productos elaborados, mensageiros quimicos dos autores ingleses, na corrente sanguinea e que, quer directamente, quer por intermedio do sistema nervoso, vão actuar a distancia sobre as celulas do organismo. Se se suprimem os ovarios e, portanto, a sua secreção, ou que por uma afecção deixam de elaborar os seus productos ou o fazem em menor quantidade, o organismo resentir-se-ha da sua falta e vêr-se-hão aparecer

fenomenos de anovaria ou de insufidencia, ovarica.

Apezar de tudo, na epoca actual, será ridiculo falar de secreção interna do ovario isoladamente da secreção das outras glandulas pois, ainda que no organismo cada glandula desempenhe uma função especial, o objecto final é comum; existe uma sinergia funcional que faz com que um excesso ou um defeito de trabalho glandular se repercute sobre os demais elementos secretorios.

Posto isto, vejamos agora qual será a parte ou as partes do ovario que desempenham estas funções secretorias para, mais tarde, entrarmos, igualmente, na noção das suas correlações funcionaes.

Á medida que fôr passando em revista sumaria a influencia das secreções endocrinicas do ovario sobre o organismo em geral e sobre as funções em particular terei occasião de me referir á parte que a cada um dos elementos glandulares corresponde e que, como já vimos, são tres essenciaes

a considerar: os folliculos de Graaf, os corpos amarelos e as celulas intersticiaes.

As experiencias de Fraenkel demonstram claramente a acção trofica que exerce o ovario sobre os orgãos genitales.

Autopsiando, 14 dias depois da operação, coelhas castradas constata sinais marcados de atrofia. Este autor localisa a acção trofica no corpo amarelo e pretende demonstra-lo experimentalmente: cauterisa o corpo amarelo sem alterar o resto do ovario e ao autopsiar, 14 dias depois, encontra-se com um utero em eguaes ~~condições~~ condições ao dos animaes castrados.

Bouin estuda o assunto mais detidamente, pois a Fraenkel objetou-se que o traumatismo podia ser sufficiente para produzir taes fenomenos.

Resseca primeiramente as trompas, para evitar a fecundação; depois, provocando a ovulação (sabemos que nas coelhas este fenomeno é provocado por um contacto sexual) espe-

ra a formação do corpo amarelo. Ao autopsiar, encontrava-se com um utero congestionado e aumentado de volume.

Kleinhaus e Schenk contestam também as afirmações de Fraenkel e para isso basta recordar que o ovario, antes da formação do primeiro corpo amarelo já influe sobre o organismo em geral e sobre o aparelho genital em particular. O Prof. M. Athias, e com ele outros autores, inclina-se a crêr que se deveria atribuir antes á glandula diastematica do ovario uma influencia preponderante sobre o desenvolvimento do tractus genital.

Influencia sobre a gravidez:

Born foi o 1º que designou o corpo amarelo como desempenhando a função de presidir á implantação do ovulo na cavidade uterina. Fraenkel, apropriando-se das ideias de Born, realisa uma serie de experiencias que passarei a descrever:

Experiencias praticadas em coelhas: N'estes animaes os es-

permatozóides chegam ao ovario 3 horas depois do coito. O ovo fecundado chega ao utero 70 horas mais tarde. Do quarto ao setimo dia os novos germens desenvolvem-se no interior da cavidade uterina e do setimo dia faz-se a fixação completa. Fraenkel castra 13 coelhas entre o 1º e 6º dia consecutivos ao coito; se examina o utero d'estes animaes, sempre o encontra vazio. Para mostrar que não era devido á anestesia nem ao traumatismo, faz a castração unilateral nas mesmas condições; a prenhez segue a sua evolução normal.

Querendo provar que o corpo amarelo é que preside a estes fenomenos, faz a sua cauterisação e encontra o utero vazio ao autopsiar. Como meio de confirmação, cauterisa só parcialmente o corpo amarelo e, n'estes casos, encontram-se no utero muitos ovulos fecundados. Demonstra tambem experimentalmente que o corpo amarelo preside ao desenvolvi-

mento uterino do ovo e, para isso, cauteriza o corpo amarelo de nove coelhas entre o 9º e o 20º dias depois do coito. Os ovulos que tinham sido observados no decurso da operação, sofriam sempre uma regressão no seu desenvolvimento.

Todavia os trabalhos de Born-Fraenkel não são hoje considerados como ~~novos~~ absolutamente comprovativos. Não podemos, claro está, negar a acção dos corpos amarelos em certos estados relativos á gravidez e a sua influencia reguladora sobre as modificações preparatorias da mucosa uterina para a fixação do ovulo. O corpo amarelo parece ainda exercer, igualmente, uma acção mais ou menos inibidora sobre a maturação folicular durante a gravidez. Contudo, depois que, contrariamente ao que pensava Fraenkel, se provou que as células de Leydig estão sempre representadas no ovario dos mamiferos e que, como o prof. M. Athias o constatou no ovario dos *Vespertilius*, este

tecido, muito desenvolvido em algumas variedades d'estes animaes, aumenta em geral durante a gravidez e diminue gradualmente á medida que se aproxima o parto e depois d'este, a exclusividade dos corpos amarelos como amentos incretores e agentes dos fenomenos da gravidez, passou ao papel de simples preponderancia.

Influencia da secreção ovarica sobre a menstruação:

A menstruação fenomeno que aparece com a puberdade na mulher e desaparece com a menopausa, marca o periodo da vida sexual em que a mulher se torna apta para procrear. Pois bem, o fenomeno da ovulação, que atraz referi, não é alheio a este outro fenomeno da menstruação.

Entre outros factos possuimos os seguintes muito sugestivos: a ausencia de ovarios com conservação do utero, traduz-se por uma amenorrea; a conservação de uma pequena porção da gónada feminina, o enxerto de um pequeno fragmento de esta glandula ainda que seja no tecido celular têm,

como consequencias, a conservação ou a correção do fluxo menstrual.

Por outro lado, sabemos que na menopansa natural, os ovarios sofrem uma involução e n'este periodo se estabelece a amenorrea. Surge evidentemente uma conclusão: a relação é íntima, tanto que sem uma não existe a outra, sem ovario, não ha menstruação. Pflüger considerou a menstruação como um fenomeno reflexo, realizado por uma excitação que partindo dos folliculos de Graaf ganhasse a medula e d'ahi os orgãos genitales provocando-lhes uma congestão intensa, produzindo nos ovarios a dehiscencia follicular e no utero a hemorragia. Esta teoria foi immediatamente combatida.

Diziam os autores que destruindo a medula a baixo do centro genital ou seccionando as relações nervosas do ovario, a menstruação não deixava de produzir-se nos seus periodos ordinarios. Virchow sugeriu então a idéa de que estes fenomenos não eram de indole nervosa, mas sim devidos a acção

da secreção interna do ovario lançada na corrente circulatória. His sustentou uma teoria já formulada por Sigismund-Reichet, pela qual se considera o utero como a séde de congestões periodicas com o objectivo de preparar o terreno nos casos de fecundação do ovulo. Se este não é fecundado seguirá o seu caminho atravez do conducto genital até ao exterior ao mesmo tempo que na derme uterina, continuando o processo congestivo se produziriam hemorragias e a propria queda da mucosa.

Em que periodo se produz a menstruação com relação a ovulação?

Born sustenta que o corpo amarelo que ocupa o lugar do folliculo apoz o seu rompimento é (que preside) que dirige a congestão uterina, a organização da mucosa e a fixação ovular no caso de fecundação.

Este autor conseguiu no decurso das suas intervenções cirurgicas em mulheres no periodo inter-menstrual aproximar

o periodo hemorragico pela simples ruptura de um folliculo de de Graaf.

Lindenthal confirma esta maneira de pensar e acrescenta que, se se extirpa o ovario portador do folliculo mais desenvolvido se produz a ausencia do periodo seguinte.

Os fenomenos de congestão, tumefacção e dôr que se produzem á altura dos ovarios enxertados no tecido celular e a sua desaparicção á medida que se produz o fluxo catamenial, fenomenos citados por Tuffier e Manclaire e de observacção corrente para todos os cirurgiões, não deixam duvidas com respeito á relação existente entre o ovario e a menstruação e da acção dos seus productos de secreção interna.

Villemin sustenta que a postura ovarica antecede 14 dias a hemorragia menstrual, baseando-se em exames histologicos de ovarios de mulheres por ele operadas e tomando em conta a época das menstruações respectivas. Durante este periodo, formar-se-hia o corpo amarelo, o qual enviaria o seu

principio toxico e vaso dilatador á corrente circulatória de tal maneira que quando um folliculo estivesse maturando o corpo amarelo do anterior folliculo estaria em regressão; 15 dias mais ou menos depois da ultima menstruação, o folliculo está maduro, rompe-se e começa a formar-se o corpo amarelo; este chega ao seu periodo de estado 12 a 14 dias mais tarde e, então, na mucosa uterina, que durante estes ultimos dias tinha soffrido a acção do corpo amarelo, produz-se agh hemorragia. A seguir, dá-se a regressão do corpo amarelo.

Outros autores têm estudado as modificações hematologicas em relação com os fenomenos menstruaes e consideram-nos como uma intoxicação proveniente do ovario. Outros impu-tam todas as modificações do estado geral, da pressão sanguinea, psiquicas, nervosas, etc., não sómente ao corpo amarelo, mas tambem aos folliculos nas diferentes étapes do seu ciclo evolutivo. Em suma, é muito discutida a acção do ovario, representado pelo corpo amarelo, sobre os fenomenos da menstruação e é de crêr, se aqui se repete um facto geral

do organismo, que não intervenha sómente este elemento, mas sim outra ou outras glandulas endocrinicas e, ainda, outras formações da gónada feminina.

Pottet pretendeu encontrar um anticorpo no sangue de animaes portadores de corpos amarelos, pelo metodo de Bordet-Gengou, 9 vezes em 12 animaes observados.

Smith, pelo contrario, na mulher, numa serie de 24 experiencias, chega a esta conclusão: "a tentativa para demonstrar a secreção interna do corpo amarelo pelo desvio do complemento usando o extracto do corpo amarelo como antigeneo, foi negativa.

Influencia da secreção ovarica sobre as glandulas
mamarias:

Esta influencia é evidente. Suprimindo os ovarios, antes do aparecimento da menstruação, as mamas não se desenvolvem. Quando o ovulo é fecundado as glandulas mamarias sofrem um notavel desenvolvimento e, n'este caso, este fenomeno

é devido á formação de novos acini e canaes excretores. Da mesma maneira, ao chegar a puberdade os seios adquirem um aumento consideravel de volume. Quando se estabelece a menopansa atrofiam-se. Por outro lado, ambos estes factos coencidem com o aparecimento ou supressão da menstruação, a cujas relações com o ovario acabei de referir-me. Alem disso, em muitas mulheres perfeitamente normaes, ao estabelecerem-se as primeiras menstruações e em outras ainda durante muito tempo, uns dias em antes do aparecimento do fluxo sanguineo, as mamas tornam-se dolorosas, aumentam de volume e, até tem sido possível notar-se, ás vezes, uma ligeira secreção lactea. Courrier (1924) n'um interessante trabalho sobre "o ciclo sexual nas femeas dos mamiferos" chega ás seguintes conclusões que, melhor que citações e transcripções demoradas, nos darão uma idéa precisa dos conhecimentos mais recentes sobre uma parte d'estes problemas que venho tratando:

"Na mulher adulta, não gravida, existe uma serie de mo-

dificações ao nível do aparelho genital e da glandula mamaria que evoluem segundo um ciclo. Todas estas transformações periodicas constituem o ritmo sexual. Este ritmo mantém uma estreita relação cronologica com o ciclo do ovario. O ciclo ovarico compreende dois periodos sucessivos: a fase folicular e a fase luteinica. A fase folicular é caracterizada: 1º Determinadas (fases) partes do aparelho genital sofrem modificações no decorrer d'esta fase que mais se accentuam durante a fase luteinica.

Pertencem a este grupo a glandula mamaria e o utero.

Sabemos, com efeito, que cada vez que um folículo atinge a sua completa maturação se lhe segue uma hipertrofia muito nitida da glandula mamaria; este desenvolvimento será ainda mais pronunciado durante a fase luteinica.

2º A fase folicular provoca outros fenomenos verdadeiramente especificos d'este periodo, taes como as manifestações secretorias do utero e das trompas, a proliferação

epitelia da vagina. Este producto segregado pelo epitelio dos oviductos serviria de material alimenticio aos espermatozoides.

Todo este conjunto de modificações está sob a dependencia do ovario que actua graças a um mecanismo humoral de origem folicular. A infecção sub-cutanea de liquido folicular em femeas castradas ou em repouso genital, provoca toda esta serie de fenomenos caracteristicos da fase folicular. Investigações quimicas permitem obter extratos de liquido folicular activo, capaz de suscitar os fenomenos fisiologicos normaes."

Relação entre a secreção e os caracteres sexuaes secundarios:

Chamam-se caracteres sexuaes secundarios aqueles que completam o seu absoluto desenvolvimento com a puberdade, pois á medida que a creança cresce já se vae acentuando a diferenciação sexual fisiologica e psiquicamente. Á medida,

pelo contrário, que a mulher se vai afastando do seu período de vida genital, quando chega a menopausa, estes caracteres secundários atenuam-se primeiro e desaparecem em seguida.

São um facto vulgar as modificações (telúria) que sofrem os eunucos, modificações tanto mais acentuadas quanto mais cedo tenham sido castrados. Ao desenvolvimento do pâncreo adiposo localizado ás regiões em que na mulher predomina, nádegas, região peitoral, abdómen, etc., agrega-se a tonalidade da voz, a debilidade física, em geral, os demais caracteres que os assemelham do tipo feminino. O contrario também é verdadeiro, (arrenoidia).

As mulheres ovariectomizadas desde muito jovens-poucos casos haverá - tomam um aspecto varonil; bacia estreita, escasso pâncreo adiposo, falta de desenvolvimento das glândulas mamárias, desenvolvimento do sistema piloso-facto que também se observa em muitos casos de hipoovaria - etc..

Steinach efectuou, em ratos, experiencias muito interessantes. Castrando ratos e enxertando ovarios viu atrofiarem-se os orgãos genitales externos, mas acrescenta, se alem de ovarios, enxertar utero, todos estes orgãos se desenvolvem e o animal macho adquire caracteres tão marcados de femea, que até os animaes da mesma especie chegam a confundir o seu sexo.

A qual dos elementos ovaricos deveremos atribuir esta influencia sobre os caracteres sexuaes secundarios ?

O Prof. M. Athias crê, segundo os seus interessantes trabalhos sobre as celulas intersticiaes do Morcêgo e as suas experiencias de enxertia ovaria em cobaias machos, que esta accção se deve atribuir á preponderancia da glandula diastematica do ovario. Steinach, egualmente, dando a estes elementos o nome de glandula da puberdade, atribui-lhe um papel fundamental não só na formação e na conservação da integridade dos orgãos sexuaes como tambem nos caracteres distintivos secundarios.

Bucura e Sand, citados pelo prof. Athias, pensam todavia, que é ás secreções foliculares que se deve atribuir grande quantidade de fenomenos e que é nas celulas intersticiaes que as secreções foliculares se depositam.

A hipotese, portanto, da secreção endocrinica dos elementos foliculares tem conquistado grandes adeptos ultimamente e, entre eles, principalmente, Stieve.

Contudo, Marañon e outros autores pensam que a hipotese folicular não exclue a hipotese intersticial e chegam assim ~~xxxxxx~~ a admitir uma variedade de hormonas necessarias para as mudanças características sexuaes dos animaes femeas: hormona do corpo amarelo, e actuando sobre os fenomenos da menstruação e da gravidez; hormona folicular, e intersticial condicionando os caracteres sexuaes.

Fenomenos consecutivos a extirpação dos ovarios:

Os fenomenos muitas vezes tão graves que se succedem ás ovariectomias, que parece que muito maior seria dei-

xar á Goente os seus anteriores padecimentos, sobrevêm em epochas muito distintas e podem variar de varios dias até dois ou três mezes.

A sua duração é tambem muito variavel.

Em geral, pudemos dizer que a castração durante a vida genital da mulher traz como consequencia o desaparecimento do fluxo catamenial, mas 25 % das vezes a menstruação pode continuar. A que será devido? Invoca-se a frequente existencia de ovarios supranumerarios e a sua permanencia nos cotos apoz as ovariectomias.

Em outros casos puderia invocar-se a rotina do organismo e Pozzi creê que o sistema nervoso (sobre) sob a influencia de uma excitação anterior, pode produzir a congestão pelvica. As experiencias de Bousquet soore a rã, na epocha do cio, no fenomeno relativo ao abraço do macho, fazem-nos pensar em influencias identicas.

Muitas vezes desaparece o fluxo catamenial e em epochas

correspondentes á menstruação apresentam-se algumas hemorragias suplementares taes como (perda) hemoptises, etc.

Falando de fenomenos congestivos não posso esquecer aqui os "calores da face", "bouffées de chaleur".

Consistem numa sensação de calor intensa e repentina que, começando ao nivel dos órgãos genitales e do abdomen, ascende progressivamente até á face, sensação que é acompanhada por sufocação e turvação da vista. Dura alguns segundos, ás vezes alguns minutos e ao desaparecer dá lugar a uma transpiração profusa. Mais comum durante o dia, sobrevindo a qualquer hora, do que durante a noite o que, quando succede

faz com que a doente acorde sobresaltada e banhada em abundante suor. Estes fenomenos persistem ás vezes durante muito tempo; em outras doentes desaparecem ao cabo de alguns mezes ou de um ano, quando o organismo se tenha adaptado a esta menppansa precoce. Outros sintomas que com frequencia chamam a atenção dos doentes são as dôres:

Variadas e caprichosas, podem ser cefalêas continuas ou intermitentes, dôres supraciliares, nemcraneeanas intensas e são mais frequentes durante a tarde e a noite; as dôres na espadua são comuns, as dôres no hipogastro, coccigeas, etc. etc., são frequentemente observadas.

As doentes queixam-se de insonias, difficilmente conciliam o sôno e se conseguem dormir despertam a miude agitadas por pesadelos que as excitam e com muita dificuldade voltarão a repousar.

Palpitações e angustias precordiaes, incomodam estas doentes constantemente.

Em geral fátigam-se ao menor esforço fisico, caem em uma astenia muscular profunda que as inutilisa até para as mais simples occupaões domesticas.

Modificações de character: tristezas subitas, melancolias, idéas de suicidio. A's vezes verdadeiras psicoses, a histeria, a confusão mental, sucedem-se à castração, quer

simplesmente em virtude da ausencia do ovario, quer desenvolvidas em terrenos tarados.

Outro fenomeno muito frequente são as perturbações da memoria, que as levam ao excesso de nervosismo, irritadas por não recordarem os factos mais recentes, as coisas mais vulgares. Estas amnesias apresentam-se com character mais marcado nas doentes com taras nervosas.

A influencia da castração sobre as glandulas mamarias, a nutrição, etc, acabei de a passar em revista.

Relações funcionaes entre o ovario e a tiroidea:

Desde ha muito que se havia notado o aumento circular do pescoco depois da puberdade. Não se sabia, contudo, interperatar scientificamente o fenomeno, como ainda o facto de se produzir a mesma modificação depois das primeiras relações sexuaes.

Heindeureich (1880) atribue o fenomeno a um aumento da glandula tiroide e cita casos de bocios que apareciam junta-

mente com a primeira menstruação. Outros autores referem casos de bócios que se instalaram com a menopansa.

Dalché notou a amenorrea seguindo a doença de Basedow, e pertence-lhe a observação seguinte: "as perturbações menstruaes basedoroficam os bócios". Cita casos de hipo ou hiperovaria acompanhados de um estado que simula o mixoedema ou a doença de Basedow ^e M. Collard, refere, igualmente, casos muito interessantes sob este ponto de vista. Cita o caso de uma mulher de 27 anos, com aspecto (tardio) francamente infantil, com fenomenos de insuficiencia ovarica, puberdade tardia, dismenorrea, utero infantil e fenomenos de insuficiencia tiroidea, como desenvolvimento tardio, cefaleas, etc. Institue a opoterapia ovarica e tiroidea e a doente melhora consideravelmente.

Refere ainda outros casos em que se manifestam a par fenomenos de insuficiencia ovarica e uma mistura de fenomenos de hipotiroidismo, taes como o mixoedema, e de hiper-

tiroidismo, como a esoftalmia e o aumento de volume da glandula tiroidea. Outras vezes estes fenomenos não se apresentam simultaneamente, mas ou se sucedem ou se alternam formando o quadro da instabilidade tiroidea.

Em algumas doentes as epochas menstruaes são a occasião de um recrudescimento d'estes sintomas e este processo poderá ser primitivo ou secundario, quer dizer, revelando um estado de desequilibrio funcional no primeiro caso, ou revelando-nos que uma outra glandula repercute sobre ela, ou que uma nova necessidade organica determina o seu hiperfuncionamento acusando-nos assim a sua insuficiencia. Marbé sustenta que o periodo premenstrual é um periodo de hipoovaria e que durante a menstruação circularia, ao contrario, grande quantidade de productos ovaricos. Então, no periodo premenstrual, por desequilibrio tiro-ovarico e já que o ovario está em insuficiencia, (haveria) dar-se-hia o aparecimento de sintomas de hipertiroidismo que, geralmente, não incomodam mas, cujo

exagero, daria lugar a esses fenomenos de que tantas mulheres se queixam. Os calores da face e os suores profusos, fenomenos (que) considerados como de hipoovaria, atribui-os ele ao hipertiroidismo. No estado fisiologico da prenhez activam-se as funcções tiroideas, principalmente durante os 4 ou 5 primeiros mezes e alguns autores attribuem a este hiperfuncionamento os fenomenos de exaltação que se observam durante a gravidez.

Hertoghe, atribue as hemorragias da prenhez e os abortos aos hipertiroidismo benigna. Este autor estudando o sangue das gravidas encontra-o sobrecarregado de tiroidina.

Em patologia genital e tiroidea as relações entre as glandulas que acabamos de referir são multiplas. Tuffier, Guinard, Piqué, etc., citam casos de bocios simples e escotalmicos, em doentes portadoras de fibromas, anexitis, etc. e nas quaes puderam observar notaveis melhoras, e, muitas vezes a cura, pela intervenção cirurgica na afecção ginecologica.

Na Basedow franca, são constantes as perturbações menstruaes, quer sobre a forma amenorreica, de metrorragias ou menorragias.

Muitos bócios simples de Basedowizam (empregando a expressão de Dalché) com a prenhez e, muitas vezes, dada a gravidade do fenomeno, um aborto terapeutico torna-se urgente.

No campo experimental observam-se factos que depõem em favor d'esta relação funcional tiroidea-ovarica.

Parrnon e Goldstein, constatarãem que, consecutivamente á extirpação da glandula tiroidea, se atrofiaem os orgãos genitales e tanto mais rapidamente quanto mais jovem fôr o animal.

Praticando enxertos tiroideos em animaes privados d'esta glandula vemos estes enxertos hipertrofiarem-se quando sobreveem uma gestação.

Podemos, portanto, dizer que a actividade genital está inteiramente ligada ao funcionamento do corpo tiroide

parecendo existir como que uma acção excitante ou inibidora da parte das secreções de cada uma delas sobre a outra; em outros casos dir-se-hia mesmo uma substituição. Outros factos curiosos se têm constatado e entre eles referirei os dois seguintes citados pelo prof. M. Athias:

Alimentando com tiroidea frangos da raça Rhode Islande Torrey e Horming viram aparecer, no fim de algumas semanas, penas de fema quando os animaes não eram privados dos testiculos; nos previamente castrados, nenhum efeito se produzia. Em ensaios efectuados nos Tritões, Kolmann impediu a retrogradação dos caracteres secundarios sexuaes, que se dá nos animaes conservados em cativeiro e com alimentação deficiente, por meio de um tratamento com tiroidea.

De esta maneira se coordenam os factos, pois falar de antagonismo, como pretendiam alguns autores, não é estar na realidade e mais parece tratar-se de uma associação de funções pois que todo o sistema glandular humano constitue o mais notavel exemplo de sinergia funcional. Assim veremos:

Entre as todas as glandulas do vasto sistema endocri-
nico existem correlações de função de modo que as pertur-
bações que as atingem se traduzem clinicamente por sindro-
mas pluriglandulares.

No que diz respeito ás gónadas humanas, passaremos
em revista rapidamente algumas das suas mais importantes
correlações:

O sindroma adiposo- genital de Froelich é constitui-
do por excessivo desenvolvimento do tecido adiposo e uma
atrofia dos órgãos da reprodução.

O estado morbido descrito sob o nome de infantilismo
hipofisario caracteriza-se, entre outras manifestações, por
modificações sexuaes.

Na acromegalia, observa-se, ainda que transitoria-
mente, um exagero de caracteres masculinos. A ingestão de
fragmentos de hipofise provoca, no sapo femea, uma postura
prematura.

Com a designação de virilismo suprarrenal descreve-se um quadro clinico com precocidade extraordinaria de caracteres secundarios.

O dr. Ferreira de Mira (1919), averigua a influencia da capsula suprarrenal no crescimento geral do organismo não sendo para admirar, diz, tambem o prof. M. Athias, que pelo menos, indirectamente, intervenha na evolução de atributos sexuaes.

As lesões destrutivas da glandula pineal, provocam o excessivo desenvolvimento dos orgãos reprodutores (macrogenitosomia).

CAPITULO III

- O enxerto ovarico -

Morris, nos Estados Unidos da America do Norte, quasi ao mesmo tempo que Knauer, faz o primeiro enxerto ovarico e publica os resultados experimentais (1895).

Mauclair (1900), Delagenière (1902), Tuffier um pouco mais tarde foram que se lhes seguiu no estudo deste importante assunto.

Na Alemanha poucos auctores se occuparam dos enxertos do ovario. Pankow possui um trabalho experimental interessante.

Até aos trabalhos de Carrel, só se praticavam os enxertos do ovario sem anastemoses vasculares. Quando este auctor deu conhecimento dos seus metodos especiais para as suturas das arterias, pensou-se, então, na transplantação do orgão completo, com os seus vasos proprios. Mas, fazer um enxerto á Carrel, equivalia a extirpar juntamente com as glandulas os vasos utero-ovaricosse uma porção da aorta e da veia cava o que o torna um procedimento, infelizmente, inutilizavel para a especie humana.

Morris, como referi, tendo praticado uma ovariectomia du-

pla em uma mulher, aproveita de um dos ovarios um corte aparentemente bom e enxerta-o na vizinhança de uma das trompas. Um mez depois, tendo sido dada alta á doente, esta aparece grávida.

A uma mulher de 25 anos e ainda não menstruada, faz um enxerto intraperitoneal e vê aparecer o fluxo menstrual algum tempo depois.

Vorcnoff faz experiencias com ovelhas porque supõe ser o seu aparelho genital o que mais se assemelha ao da mulher.

Depois de castração dupla, pratica um homo-enxerto, tomando o ovario de uma ovelha ora viva ora morta horas antes.

Examinando o aparelho genital, seis mezes depois da operação, nota que o anexo dum lado falta completamente e do outro lado encontra-se o ovario enxertado. Este ovario normalmente (constituído) desenvolvido e de abundante vascularização, forma parte integrante do aparelho genital a tal ponto que a não ser por umas fachas fibrosas que o envolvem, representando as suturas feitas para o ~~reaparelhamento~~ adaptar ao lugar exacto que occupava o ovario anterior, duvidar-se hia que se tratava dum enxerto.

A situação com relação á trompa permite a passagem do ovula para o utero. Assim, pois, uma das ovelhas se encar-

regou de confirmar aparecendo grávida algum tempo depois. Voronoff atribue o éxito dos seus enxertos, ao facto de procurar animais da mesma variedade e sendo possível, com algum parentesco; pelo contrario, quando enxertava, por exemplo, de uma ovelha de pelo liso numa ovelha de pelo encaracolado os resultados eram negativos.

Ponderando bem estes ensinamentos, poderemos pensar que nas experiencias de Voronoff a qualidade do sangue do dador e do portador deve tomar-se em linha de conta no que diz respeito á hemólise e aglutinação e isto, applicado á especie humana, dar-nos hia a explicação do fracasso de alguns casos e do bom éxito de outros.

Joyle, comentando as experiencias anteriores encontra-as muito proveitosas mas crê que o periodo de verificação usado por Voronoff é demasiado curto para que se possa formar um juizo definitivo.

Este auctor, em 1897, apresentou á Sociedade Anatómica de Paris uma serie de experiencias nas quais pratica tres ordens de enxertos:

- 1.º - enxerto de um ponto a outro do peritoneo;
- 2.º - enxerto de um animal a outro da mesma especie;
- 3.º - enxerto de um animal a outro de especie diferente o qual havia sido previamente ovariectomizado.

Esta ultima categoria de enxertos era por ele considerada a mais curiosa, pois Joyle propunha-se a verificação da lei da imutabilidade das especies e produzir, se fosse possível, mestiços. Os resultados não foram de maneira nenhuma satisfatorios.

Limon, enxertando ovarios sob o peritoneo parietal e em plena massa muscular abdominal, encontra-os 15 dias, um mês, quatro mezes depois, aparentemente como os havia transplantado. Ao praticar o exame microscopico desses enxertos, distinguiu dois periodos: nos primeiros tempos o ovario nutre-se simplesmente por inibição e, como o liquido não pode chegar até á parte central, somente a parte cortical conserva a sua vitalidade; a parte medular entra em pronta degenerescencia e não tarda a desaparecer. Estabelece-se então um processo de cicatrização, que traz do parenquima ovarico vasos de nova formação e ao cabo de tres mezes o ovario está de posse de uma circulação normal. Por outro lado os elementos glandulares sofrem modificações na sua estrutura que estão em relação com a irrigação.

Os folliculos de de Graaf que se observam á superficie no momento da operação, desaparecem por completo mas os folliculos primordiais resistem á nutrição escassa e, uma vez

restabelecida a nova circulação, continua a sua evolução normal; as células intersticiais também se ressentem: imediatamente a seguir ao enxerto perdem os seus caracteres de diferenciação mas, passados tres mezes, mais ou menos, voltam á sua actividade funcional, diferenciam o seu citoplasma, aumentam de volume, contraem relações com os capilares, recuperam, numa palavra, a apparencia que as caracteriza no seu estado fisiologico. Existe, portanto, um parallelismo perfeito entre as modificações que sofrem as células intersticiais e o estado circulatorio do ovario enxertado que depece ainda em favor da natureza endocrinica de estas células.

Kermarec, em 1902, publica a sua tese, incitado por Delageniere. Divide os enxertos em auto e hetero enxertos. Classifica-os, ainda, segundo o local de implantação, chamendo enxerto peritoneal quando se pratica no ligamento largo ou ao nivel do utero e intraorganico quando emprega as trompas ou o utero.

Os primeiros executa-os por via abdominal ou vaginal abrindo o fundo do sacco de Douglase fixando o ovario por pontos de sutura no local que ocupa normalmente.

Os segundos fazem-se incluindo um fragmento de ovario

no fundo do utero, como fazia Palmer Dudley, ou na interior das trompas ao nivel do pavilhão, como fizeram Frank e Delageniere.

Corrigindo a classificação adotada por Kermarec, preferentemente chamarei auto-enxertos os que se praticam com ovario da mesma mulher; hetero-enxertos quando se applica o ovario de outra especie animal.

Vejamos agora o que se pode pensar sobre os locais exigidos para estas enxertias ovaricas:

Dentro do peritoneo nem todos os sitios são recommendaveis. Ribbert admite que o mesentario é um mau receptaculo ao passo que o peritoneo parietal das fossas iliacas e os ligamentos largos serão os locais de eleição. Geralmente procura-se um dos tres pintos: a trompa, o ligamento largo e o corpo uterino. O primeiro eo ultimo gosam de uma nutrição melhora realisam uma restauração mais completa. Pode tranquillamente plantar-se em qualquer de estes casos a glandula inteira ou parte dela. Todavia, não é indifferente, como se poderia julgar, e o cirurgião terá de tomar muito em conta as condições da peça a enxertar.

Por exemplo, quando se faz uma ~~ex~~ hysterectomia por uma causa puramente uterina, e se pretende utilizar, em be-

neficio de outra dcente a sua glandula ovarica, poderá realizar-se o enxerto da glandula integra todas as vezes que esta não apresente nenhuma tara organica capaz de ir prejudicar a nova portadora. Quando se tratar de uma ane-xite, por exemplo, terá que recolher-se uma porção aparen-temente sã; não obstante é necessario usar de toda a ponde-ração, e melhor será recolher ao enxerto extra-peritoneal da integridade absoluta da porção a enxertar.

Já que me referi a esta cariedade de enxertoç, direi agora alguma coisa sobre a conservação da peça desde o mo-mento em que se tenha de empregar: é necessario que a glan-dula seja conservada em um meio isotônico e isotérmico e para tal emprega-se o soro fisiológico, o líquido de Locke ou de Reuger, á temperatura de 38.º.

Tuffier aconselha um metodo muito pratico: uma vez ex-traído o ovario pratica com o dedo no tecido celular sub-cutaneo, ao longo da ferida operatoria, uma cavidade sufi-ciente para alojar o ovario nas melhores condições de iso-thermia e isotonismo. Terminada a operação, faz-se comodamen-te a transplantação a outra enferma.

No que se refere a enxertos em massa, do ovario com anastomoses vasculares, Carrel e Guthrie praticavam da se-

guinte maneira: extraem de um animal A um ovario com o seu pediculo utero-ovarico e um segmento da aorta e da cavidade desembocam os vasos deste pediculo. Sobre a aorta e a veia cava do outro animal B, incluem por suturas delicadas os segmentos dos grandes vasos do animal A. Infelizmente em cirurgia humana é inutilizavel este processo. Primeiramente é impossivel obter de uma mulher viva um ovario com o seu pediculo vascular e um segmento de aorta e cava (a não ser conseguindo o cadaver de uma mulher nova e sã, morta por traumatismo). Em segundo lugar, fazer recortes em vasos de tão grande calibre é fazer correr muitos riscos á doente, estando ao nosso alcance outros processos que tão excelentes resultados dão, sem perigo algum.

Mauclaire aproxima-se do processo Carrel da maneira seguinte: Depois da extração do ovario, conservando a arteria ovarica, descobre-se a seguir os vasos epigastricos e seccionam-se á sua entrada na bainha dos rectos. Laqueia-se provisoriamente a arteria. Introduz-se depois a arteria epigastrica na arteria ovarica e sutura-se com agulha de Stich. Mauclaire não toca sequer nas veias. Por outro lado, a sutura arterial deixando uma extremidade livre da epigastrica flu-

tuando dentro da ovarica, forçosamente creará coágulos.

Apezar de tudo, como o ovario está em realidade nas mesmas condições que um enxerto no tecido celular (abstrahindo da anastomose vascular) e como o processo não é arriscado para a enferma, longe de ser um metodo para desprezar deve ter as suas applicações.

Passemos a tratar dos enxertos extra-peritoneais: Practicam-se em diferentes pontos. Até hoje, os mais comuns, faziam-se no tecido celular subcutaneo, na espessura dos musculos, no tecido celular retro-mamario, na medula ossea. Tuffier empregava geralmente o tecido celular da parede abdominal. Deppois da laparotomia e da extirpação dos ovarios, uma vez estes bem observados, e sempre que se conservem asepticos, ainda que sejam escleroquiticos, pois Tuffier conclue, da sua longa experiencia, por as considerar aptas para o enxerto, faz-se como disse, uma pequena bolsa no tecido celular, contra a aponevrose e ahi se introduz o ovario, procurando que a superficie cruenta do hilo se aplique contra a mesma aponevrose. Em seguida suturam-se os planos abdominais.

Se não ha razão para laparotomia, faz-se uma pequena incisão, da pele do abdomen á altura da linha branca ou da

teralmente a 5 ou 6 cms. incisão medindo 3 a 4 cms. de comprimento. Chegando ao tecido celular faz-se com o dedo um cavidade na qual possa caber a peça a enxertar. É sempre conveniente que se rompam alguns pequenos vasos para que o sangue ou liquido seroso que deles escorre rodeie o tecido que ahí se vai fixar, favorecendo assim a nutrição por inibição. A seguir sutura-se a pele. Tudo se pode realizar em cinco minutos e com simples anestesia local. A cicatrizaçãõ da sutura segue a marcha de qualquer sutura da pele.

Disse tambem que os enxertos se podiam fazer na espessura das ~~massas~~ massas musculares e podem ser applicados a qualquer musculo com a condiçãõ deste ser facilmente acessivel. Os rectos anteriores do abdomen, as nadegas, estariam indicados. Como anteriormente, praticasse a incisão da pele e do tecido celular; chega-se ao musculo, separam-se as suas fibras e faz-se uma pequena cavidade na qual se introduz o enxerto. Sutura-se a pele.

Para o tecido celular retro-mamario, faz-se uma incisão curva á altura do sulco perimamario, na parte inferior e externa, de maneira que o seio esconda a cicatriz, na sua posiçãõ normal. Uma vez o tecido celular a descoberto vai

se dissecando até se puder levantar a glandula e chegar ao tecido celular retromamario, muito irrigado.

Como nos casos anteriores, abre-se uma pequena cavidade e introduz-se o enxerto, suturando a pele em seguida. Todos estes processos, rodeados de uma boa asepsia, são cercados de exito no que diz respeito á parte operatória.

Para operar sobre a medula ossea requiere-se uma tecnica um pouco mais delicada e, sobretudo, uma asepsia rigorosa devido ao perigo eminente de uma osteomielite o que seria, de qualquer modo, um contratempo desagradabilissimo.

A tecnica usada é a seguinte: no terço medio da perna, na face interna, pratica-se uma incisão longitudinal de 4 a 5 cms. de comprimento. Está-se imediatamente sobre o perósteo. Incisa-se este em toda a extensão da abertura cutanea e de tal maneira que se possa obter uma superficie ossea de 2 cms. quadrados, absolutamente limpa. Com uma coroa de trepano do tamanho de uma das antigas moedas de cinco reis, penetra-se o osso até se encontrar a medula. Ahi se introduzem os fragmentos de ovario cortados em porções de meio centimetro cubico, mais ou menos. Procurar-se ha introduzir estes fragmentos debaixo do osso, quer dizer, sobre os bordos da abertura do trepano, para que estejam em

mais íntima relação com a medula óssea. Sutura-se, depois, com a crina, o periósseo e a pele em um único plano. Uma simples anestesia local será bastante; contudo, ao tocar a medula óssea, a colocação do enxerto terá que ser, direi, bastante dolorosa.

Resta agora referir-me aos hetero-enxertos.

Em cirurgia ginecológica está absolutamente posto de parte o uso desta categoria de enxertos e limitar-me hei apenas a um breve relato sobre algumas experiências curiosas. O desenvolvimento deste assunto estaria, portanto, inteiramente deslocado neste capítulo.

Trata-se em primeiro lugar de obter para o órgão a enxertar o máximo de condições de vida. Como se procederá?

Claude Bernard creou uma bela frase vida latente e deu-nos a conhecer as condições deste fenómeno comum a animais e vegetais.

Uma semente em condições especiais pode esperar muito tempo fora da terra; os tecidos orgânicos subtraídos á acção do calor, baixando a temperatura do novo ambiente, podem fazer-se passar a esse estado de vida latente.

Paul Bert conservava caudas de rato em ar húmido a baixa temperatura.

No Instituto Rockefeller de New-York, mantem-se em vida latente, vasos sanguineos, porções de periosseo, em meios frios apropriados. Uma das suas mais brilhantes experiencias é a enxertia de uma carotida de cão, conservada durante um mez em ar humido, na carotida seccionada doutro cão.

O animal curou rapidamente.

Mas, não se detiveram aqui; desejavam não só manter os tecidos no estado de vida latente, mas tambem encontrar o processos de os conservar em manifesto estado de vida.

Harrisson tinha obtido o crescimento de cilindro-eixos do sistema nervoso central de um embrião de rã, colocado em uma gota de linfa.

Burrores, enviado por Carrel ao laboratorio de Harrison, conseguiu fazer sobreviver durante alguns dias o sistema nervoso de um embrião de frango.

Mais tarde, o proprio Carrel, tomando retalhos de pele de rã e abrindo-lhes no centro pequenos retangulos, notava, colocando-os em plasma de rã, que as celulas epiteliais avançavam sobre as bordas das aberturas até chegarem a tocar-se e, num estado adeantado de cicatrizaçào, recobriam completamente a ferida aberta.

Tecidos embrionarios de frango, medula ossea ou ganglionar de cobaia adulta, conservava-os em liquido de Ringier depois de convenientemente triturados. Adicionando-lhes uma certa quantidade de plasma e em tubos largos, por meio de um movimento giratorio sobre o seu eixo longitudinal, obtinha que uma camada muito tenue se formasse, forrando todo o interior do tubo. Os pequenos fragmentos incluidos nesta camada desenvolviam-se com uma grande actividade. Estes tecidos cultivados in vitro conservavam a propriedade de responder á presenca de um antigeno, pela formaçãoc de anticorpos.

Mais tarde, misturando dois volumes de plasma de frango e um volume de succo de embrião de oito dias, consegue cultivar tecido conjunctivo nesse meio, produzindo-se uma notavel proliferaçãoc celular e a massa dos tecidos aumenta consideravelmente.

Diz Carrel que o succo de embrião de frango e o succo de sarcoma são subatancias que actuam enormemente a produçãoc celular in vitro.

Como vemos, os resultados obtidos por Carrel são interessantissimos e mostram-nos a possibilidade de conservar os tecidos durante muito tempo para os pudermos empre-

gar quando mais nos seja conveniente.

Tendo passado em revista as diferentes categorias de enxertos ovaricos, passarei, agora, ao estudo dos seus resultados:

Um enxerto pode eliminar-se ou tolerar-se. Quando não se emprega uma asepsia rigorosa o enxerto é eliminado: a região torna-se sensível (no caso do enxerto sub-cutaneo), oito ou quinze dias depois tumefaz-se e aparece um ligeiro corrimento ao nível da ferida operatoria; introduzindo uma pinça a esse nível pode extraír-se então, com toda a facilidade, o fragmento enxertado. Se se trata simplesmente de uma ligeira reacção de pele não devemos ter pressa em fazer a extração pois, ás vezes, a região torna-se sensível, e tumefacta mas, uns dias mais tarde, tudo se normalisa e o enxerto pode ter pegado. O enxerto é tolerado quando o estado local não acusa nenhuma reacção. Permanece no estado de tecido indiferente durante muito tempo, depois diminue pouco a pouco e, por fim, desaparece. É a atrofia e a reabsorção. Outras vezes o ovario persiste, como veremos, e apresenta um ou dois mezes mais tarde, fenomenos de congestão periodica mensal. Nestes casos encontra-se um órgão cuja

forma, volume e sensibilidade nos demonstram que a glandula enxertada persiste normalmente. Ha quem objecte, é certo, que o que palpamos pode não ser mais que simples tecido fibroso, transformação do tecido enxertado.

Mas, será o tecido fibroso capaz de congestões periódicas durante varios dias ?

Outras vezes, ainda, o ovario sofre um aumento de volume brusco e uns dias ou semanas mais tarde começa a ser reabsorvido.

O restabelecimento da função ovarica, contudo, é o elemento mais importante para podermos basear o nosso juizo sobre o resultado dum enxerto.

Teremos a considerar duas ordens de factos:

- 1.ª - a função externa da ovulação
- 2.ª - a função interna de secreção.

A primeira só poderá ser apreciada no caso de se ter enxertado, bem entendido, nas trompas ou na cavidade uterina;

A fecundação que pode sobrevir nestas condições seria um elemento importantissimo.

Morris, como vimos, refere o caso de uma gravidez le-

vada atermo e Mauclair objectou lembrando a possibilidade da existencia de ovarios supranumerarios ainda que Testu afirma a sua extrema raridade. Tuffier e outros varios auctores como veremos, referem varios casos identicos e hoje a objecção de Mauclair ainda que invalidada pela observação de Testu, não apresenta um valor definitivo.

Quanto á função interna podemos constata-la de diferentes modos. Referi-me já á relação que existe entre o ovario e a menstruação mas, nem por isso, conhecendo-a, poderemos concluir pelo resultado positivo de um enxerto ovarico todas as vezes que esse fluxo persista. Muitos auctores estão de acordo em aceitar a persistencia da menstruação depois da castastração dupla e Segoud baseou-se em estatisticas q' accusam 20 % destes casos. Até já se pretendeu que este fenomeno fosse devido á persistencia de um nervo especial incluido no ligamento largo e que tudo dependeria da sua conservação.

Não obs ante existem casos, como por exemplo, o de 1 lheres que nunca tinham sido menstruadas ou de doctes cu menstruação faltava e que sem outra medicação viram appare o seu fluxo menstrual quando da operação da enxertia.

Nestes casos, forçosamente, teremos que atribuir o fenómeno ao resultado positivo do enxerto.

Falando da função interna do ovario temos que incluir, igualmente, a sigergia que mantem com outras glandulas da economia, e principalmente a correlação tiroidea-ovarica de que falamos anteriormente.

Assim, em uma doente com perturbações tais que manifestavam á evidencia o desequilibrio glandular, em que a suspensão da menstruação coincide com o aparecimento de um bocio com taquicardia, perturbações nervosas, insónias, abatimento, alternando com periodos de excitabilidade, desprezo pãa vida, doente que continua nesse estado durante varios mezes, que não cede á opoterapia ovarica, tiroidea ou hipofisaria, e em quem um simples enxerto ovarico seja capaz, passados dois mezes, de provocar o aparecimento da menstruação, diminuição do bocio, melhoras do estado nervoso e geral; que mensalmente se produza uma congestão ao nivel do enxerto que, passados dois anos, a doente que já é uma mulher perfeitamente normal, continue nesse estado satisfatorio; neste caso creio não poder haver a menor duvida de que o enxerto foi coroado do melhor e mais perfeito exito.

restá-nos, por fim, um método de prova evidente para apreciar o resultado dos enxertos: o exame histológico da peça enxertada.

Facilmente se compreende as restritas applicações deste método e como quasi só nos pode servir validamente para o campo experimental, claro é, igualmente, que o valor do processo de verificação histologica subsista como o mais perfeito porque da sua applicação se poderia induzir que um estado anatomicamente normal, corresponde a um órgão que normalmente funciona. Não tem, é verdade, um valor decisivo para a hipótese contraria, quer dizer, que um estado atrofico corresponde a uma ausencia de função, mas pode aceitar-se logicamente como um bom meio de verificação.

Debreverei agora, ainda que sumariamente, para terminar, alguns casos interessantes que recolhi da literatura estrangeira e de que pessoalmente tive conhecimento entre nós, e, ao mesmo tempo, referir-me hei aos diferentes processos usados pelos diferentes cirurgiões e que nos dará uma ideia clara da evolução da tecnica operatoria relativa a este caso particular da enxertia ovarica.



Morris, em 1895, numa mulher de 20 anos, com utero infantil e anexos rudimentares, nunca tendo sido menstruada, pratica um homo-enxerto no fundo da cavidade uterina.

Dois mezes mais tarde aparece a primeira menstruação que dura dez dias.

Em outra doente de 26 anos de idade, sofrendo de uma ane-xite cronica, enxerta, depois da ablação bilateral das trompas e ovarios, um pequeno fragmento de um dos ovarios no coto da trompa.

A doente aparece grávida um mez mais tarde mas aborta tres mezes depois.



Frank, em 1898, dá-nos a conhecer as duas seguintes obser-vações: Mulher de 28 anos. Constituição fraca. Quisto do o-vario esquerdo incluindo no fundo do sacco de Douglas. Ovario-tomia. Hidrosalpingite direita com ovario quistico. O ovario direito é implantado na extremidade do coto da trompa.

Evolução apiretica. Segue uma gravidez até ao nono mês.

Mulher de 25 anos, sem filhos. Piosalpingite bilateral Operada em 17 de Julho de 1896. Um fragmento do ovario direi-to é implantado no orificio do corno uterino.

A 11 de Abril obteve alta. Tres mezes mais tarde, menstruação. A seguir, um aborto de tres mezes.

Dudley A. P. O auctor pretende ter sido o primeiro a realizar o enxerto intra-uterino.

A 24 de Maio de 1899, G. E. de 21 anos, menstruada aos 16 anos irregularmente, é operada de uma dupla piosalpingite provocada por infecção após aborto de 2 mezes.

Operação: abalção dupla conservando, não obstante, o ovario direito suspenso pelo seu ligamento. Incisão do fundo do utero até á cavidade uterina. Uma porção do fundo do utero foi então seccionada de maneira a oferecer o espaço necessario para alojar o ovario. Este é separado então do seu ligamento, lavado em soro fisiologico quente, dobrado sobre si e implantado no utero onde se fixa por uma delicada sutura a seda. O fundo do utero é suturado, igualmente, a seda fina. Convalescença sem incidente.

Tres semanas depois da operação, fluxo menstrual.

Observada varias vezes depois da sua sahida do Hospital a menstruação continua regular e indolor.

Em 1903, Martin F. H., tendo operado uma mulher de 37 anos, sofrendo de uma retroversão, conseguiu que ela se deixa-se cortar uma pequena porção de cada um dos ovarios incluindo um pouco dos ligamentos largos. Estas peças foram conservadas em soro fisiologico.

A pessoa a enxertar sofreu primeiramente uma dilatação do utero e uma raspagem.

Operação: Laparotomia. Utero atráffado, ausencia de trompas e ovarios. De cada lado do utero reliquats dos oviductos.

Para estabelecer a permeabilidade dos meios tubares, introduziu algumas sondas no corno uterino e seccionou os reliquats dos trompas. O peritoneo foim suturado á mucosa da trompa amputada de maneira a formar um canal penetrando na cavidade uterina. Fendendo então o ligamento largo, imediatamente para fora do corno uterino, fixou ahí uma das porções do ovario a enxertar. A parte cruenta do ovario é

colocada contra a superfície creada pela abertura do ligamento largo. O fragmento é mantido por suturas a catgut. Do lado oposto, repetição do mesmo processo.

Convalescença sem incidentes, nunca apresentando sintomas de necrose dos elementos transplantados.

Um ano depois, menstruação regular.

Em 1905, Bainbridge W.S., em uma mulher de 39 anos, apresentando um antigo processo inflamatório (múltiplos abscessos tubo-ovaricos) enxertou um fragmento de ovario, do tamanho de metade da falangeta do dedo mínimo, no coto tubar e fixou-o do corno do utero, recobrando-o pelo peritoneo.

Quatro meses depois menstruação normal, um ano e meio mais tarde um parto a termo. Doze anos depois menopansa normal. sem incidentes.

Morris R. T., em 1906, relata o seguinte caso:

H. W., 21 anos, menstruada aos 15, supressão da menstruação aos 19 anos. Casada aos 18, gravida, aborto de tres mezes. Dois anos antes da sua entrada no hospital, coocidido com a supressão menstrual, sintomas pelvicos dolorosos, calores da face, cefalêas, e de frio.

Diagnostico: ovarios ~~mulheres~~ esclerosados.

Como o autor pensava que os ovarios teriam que ser extirpados, aproveitou um fragmento de ovario de uma mulher de 33 anos, tendo tido 3 filhos e sofrendo de um prolapsus uterino.

Depois da incisão do peritoneo do ligamento largo paralela do oviducto, introduziu ahi o segmento ovarico de meia polegada de comprimento e um quarto de largo. Mantem-se este segmento em posição por uma simples sutura a catgut e coloca-se de maneria que a sua superficie cruenta

esteja em contacto com a superficie de secção do ligamento largo. A superficie não seccionada do ovario dispõe-se de forma a permitir a queda dos ovulos na cavidade tubar.

O utero e as trompas estavam em bom estado.

Quatro mezes depois da operação, menstruação durante cinco dias.

A 28 de Março do ano seguinte (1907), continúa normalmente menstruada.

Tres anos mais tarde um parto de 7 mezes e meio; mãe e filha bem, secreção lactea abundante.

Engel E., 1909.

Mulher de 27 anos, enfermeira, perturbações de menopansa.

O autor serve-se de um ovario de uma mulher operada de um fibroma; conserva-o em sôro fisiologico quente.

Este ovario é implantado na cavidade do colo do utero. Trata-se, pois, d'uma operação vaginal.

Incisão em T, terminando pouco antes da bexiga; a cavi-

dade abdominal não foi aberta. Um corte de ovario foi fixada á superficie interior do colo uterino por alguns pontos de catgut e coberto pela mucosa.

10 dias depois, a doente apresenta os mesmos sintomas que antes da operação ainda que com menos frequencia.

Sete semanas mais tarde cura completa, estado que se mantém.

Em 1912, este mesmo cirurgião publica o seguinte caso: 27 anos; em 1904 apendicectomia; em 1906 ovariectomia dupla, sutura do utero á parede abdominal.

Durante a sua estada no Hospital dois mezes a doente soffria de fenomenos congestivos, calores da face, suores profusos; abandonando o hospital o seu estado peorou; vomitos repetidos, hemorragias violentas em face das quaes lhe foi praticada uma raspagem aliás, de resultados negativos e as hemorragias aumentam juntamente com gastralgias e dôres no baixo ventre. Era este o seu estado até junho de 1910.

Praticada uma histerectomia, desaparecem as dôres e as hemorragias, partindo a doente curada 16 dias depois, todavia, os fenomenos congestivos, as cefalêas, as dôres articulares seguidas de transpiração profusa 4 a 5 vezes por dia os vomitos, agravam-se cada vez mais. Não pode repousar e sofre de insonias, perturbações psiquicas, idéas de suicidio.

O autor propõe um enxerto ovarico.

Conseguido o ovario d'uma histerectomizada, conserva-o alguns minutos em sôro fisiologico a 37°.

Escolhe ainda o coto uterino para seda da implantação
Operação: Incisão em T, terminando a incisão vertical um pouco antes da bexiga. A mucosa vaginal foi descolada de ~~dois~~ dois lados e rebatida lateralmente; o ovario depois de seccionado fixou-se pela sua superficie interna ao colo do utero; a mucosa vaginal rebatida por cima e de novo suturada; a incisão transversal, igualmente, suturada.

A temperatura subiu no dia seguinte a 38° 3, caindo em seguida ao normal. Houve em agravamento sintomático tão violento que foi necessário dar á doente um grama de brometo para lhe procurar um pouco de repouso. A partir de 8º dia: diminuição das crises, 2 e 3.

Storer M. - 1915.

F. D.- Mulher muito forte de 24 anos,. Tres anos antes tinha sofrido uma ablação das suas trompas e do ovario esquerdo como consecuencia d'uma salpingite blenorragica aguda. Deseja ter um filho.

Operação:

O ovario está crivado de quistos principalmente na sua metade direita. O coto tubar direito foi seccionado cerce.

O ovario foi seccionado de alto a baixo, de tal maneira que cada metade pelo menos, conservasse a sua vascularisação primitiva. A parte deixada in situ foi suturada a caetgut e podia continuar exercendo a sua função no caso do enxerto se eliminar.

A outra porção do ovario, conservando o seu pediculo, foi introduzida n'uma fenda aberta na parede uterina e em sitio que melhor convinha para que o corpo uterino não fosse ~~deslocado~~ demasiadamente deslocado para a direita, dasas as dimensões do pediculo ovarico.

O cortex ovarico, claro está, em relação com a cavidade uterina.

Suturas superficiaes e profundas.

Um mês depois da operação, menstruação regular e estado geral perfeito.

Tres anos mais tarde, sempre regularmente menstruada, foi necessario fazer a revacuação dos restos do ovario deixado in situ e examinando ao mesmo tempo o ovario transplantado e o seu pediculo não apresentavam nada de anormal.

Convalescença sem incidentes.

A menstruação desapareceu durante quatro meses, voltando e estabelecendo-se normalmente durante um ano, havendo a absoluta certeza de que o ~~ovario~~ ovario transplantado funciona perfeitamente.

Mais tarde apresenta sintomas de gravidez; três mezes e meio depois aborta.

Alguns mezes a seguir ao aborto, começam a aparecer

diferentes sintomas de menopausa precoce, a doente tem então 26 anos. supressão completa da menstruação.

Opoterapia durante alguns meses mas sem resultado.

O autor aconselha, então, uma histerectomia.

A doente morre trinta e seis horas depois duma infecção streptococica.

Se a doente não tivesse abortado seria interessante conhecer como teria evoluído o trabalho.

Estes W. E. em 1922, relatamnos 19 casos de enxertia ovarica, tendo uma mulher abortado e outra levado a cabo uma gravidez completamente normal.

A tecnica empregada pode ser resumida da seguinte maneira:

Depois de raspagem preliminar do utero, abre-se a cavidade abdominal e separam-se as trompas dos cornos do utero por uma incisão ovalar. Libertam-se os ovarios e procede-se a eliminação dos porções pataologicas. Se é

possível conservar-se o ligamento ovarico e a sua arteria. O restante tecido do ovario, se ainda fôr necessario, reduz-se de tal maneira que possa caber na cavidade praticada no corno uterino, onde se fixa por suturas a catgut. Os cotos dos ligamentos redondos e dos ligamentos largos são então colocados sobre os lados do utero de maneira que o segmento implantado ovario seja inteiramente recoberta pela membrana serosa destes ligamentos.

A função ovarica restabelece-se geralmente dois meses depois da intervenção.

Prof. Moraes Frias, 1923

-O . P . N, 23 anos.

Acidentes graves de anovaria, amnesia, estado de neurastenia profunda, idéas de suicídio.

Foi-lhe praticado um enxerto de ovario extirpado a outra doente (uma hora e 28 minutos antes) numa botoeira criada entre o grande e o pequeno obliquos, na ilharga esquerda.

Durante o tempo que se conservou internada, foi notada uma importante melhora dos sintomas que anteriormente apresentava.

-P.S.N., 42 anos.

Mioma uterino (utero em ante-flexão); salpingite catarral bilateral; esclerose microquistica dos ovarios, mais pronunciada á direita; apendicite (apendice retrocecal).

Operação: Histerectomia sub-total com anexectomia bilateral pelo processo de Kelly. Enxerto de um fragmento do ovario esquerdo no parametrio esquerdo.

Apendicectomia.

Teve alta três mezes depois de operada.

-S.M, 29 anos, Retroversão uterina aderente; quisto mucóide do ovario direito (vol. de uma laranja grande); salpingite bilateral; ovarite esclero-quística esquerda.

Operação: Histerectomia sub-total com anexectomia bilateral pelo processo de Kelly - Inclusão de um fragmento do ovario esquerdo no tecido celular da parede abdominal.

Foi considerada pronta do serviço hospitalar dois meses depois.

-R.J.M., 28 anos.

Metro-anexite bilateral (predomínio esquerdo).

Operação: Histerectomia sub-total com anexectomia bilateral pelo processo de Kelly. Inclusão de um fragmento ovarico no parametrio esquerdo.

Abandonou o hospital um mês mais tarde.

-R.A., 30 anos.

Metro-anexite bilateral.

Operação: Histerectomia sub-total com anexectomia bilateral pelo processo de Kelly. Apendicectomia. Auto-enxerto de dois fragmentos ovaricos no parametrio esquerdo.

Teve alta um mês depois.

-A. L. 30 anos.

Metro-anexite bilateral (natureza blenorragica. Apendicite.

Operação: Histerectomia sub-total com anexectomia bilateral pelo processo de Kelly.

Inclusão de um fragmento ovarico no parametrio esquerdo. Apendicectomia.

Saiu um mês depois.

-M.M.T.R., 37 anos.

Metro-anexite bilateral; aderencias intensas do anexo esquerdo ao intestino. Apendicite.

Operação: Histerectomia sub-total com anexectomia bilateral pelo processo de Kelly. Inclusão de um fragmento ovarico no parametrio esquerdo. Saiu um mês depois.

-P.S. 28 anos.

Retroflexão uterina; anexite bilateral, esclerose ovarica microquistica e salpingite catarral. Apendicite.

Operação: Histerectomia sub-total com anexectomia bilateral por degolação posterior- Inclusão de um fragmento ovarico no parametrio esquerdo. Apendicectomia. Saiu dois meses depois.

Sippel, 1923.

Sobre 48 casos observados, obteve os seguintes resultados:

16 casos muito satisfatorios

15 sem efeitos aparentes

3 eliminação do enxerto

14 exito absoluto.

O efeito faz-se sentir algumas semanas a seis meses depois do enxerto.

O autor empregou o enxerto nos seguintes casos:

1ª Infantilismo e função ovarica deficiente.

2ª Depois de castração.

3ª Na senilidade precoce.

Em 1924, dá-nos a conhecer os seguintes casos:

1ª - Mulher de 24 anos. Enxerto de dois fragmentos ovariicos dos quaes um contendo um corpo amarelo verdadeiro e provenientes de uma mulher multipara, de 34 anos, tísica, e a quem foi necessario interromper uma gravidez.

Resultado: 1ª Menstruação seis semanas depois. Estado geral melhorado. Menstruação periodica.

Ultima menstruação 24-28. 5. 1923. A seguir prenhez.

Actualmente segue normalmente o seu quinto mês de gravidez.

2º caso: Mulher de 21 anos. Hipoovaria, distrofia adiposa genital, esterilidade.

Operação: Laparotomia; ovarios normaes, alguns pequenos quistos. Inclusão de dois fragmentos de ovario de outra mulher contendo corpos amarelos, no espaço prevesical. Este ovario pertencia a uma mulher de 33 anos operada radicalmente de cancro no colo uterino.

Primeira menstruação cinco meses depois da operação.

Actualmente prenhez de quatro meses.

3º caso: Mulher de 21 anos. Hipoovaria.

Operação: Incisão transversal no bordo superior do pubis. Colocação no tecido celular sub-cutanea de dois fragmentos do ovario proveniente duma mulher normalmente menstruada, tendo sido operada dum fibromo uterino.

Primeira menstruação cinco semanas depois.

Actualmente gravidez. Esta geral muito melhorado.

Estes W. L. praticou em 100 casos de salpingectomia o seguinte processo operatorio:

-(burg, desf) A doente em posição de Trendelenburg e dos ovarios. Examinados estes atentamente escolhe-se aquele que melhor condições aparente.

1º Faz-se em primeiro lugar a ablação da trompa e do ovario do lado oposto áquele em que se vae realizar a implantação. Laqueia-se o ligamento largo e a arteria uterina á sua emergencia do corno do utero.

II^o Procede-se á ablação da trompa do lado em que se quer enxertar e de uma pequena porção do corno uterino na sua contiguidade com a trompa. Conserva-se cuidadosamente a anastomose das arterias uterina e ovarica.

No centro da superficie talhada no utero deverá existir uma abertura comunicando com a cavidade uterina, pelo menos, de duas cabeças de alfinete.

III^o Faz-se então, um corte do ovario interessando todo o seu diametro tirando usualmente um quarto da superficie oposta ao seu ligamento, tudo dependendo da degenerescencia quistica ou da inflamação que se encontrar.

Este cirurgião tem muitas vezes, aproveitado somente uma oitava parte do ovario.

IV. A superficie do corte ovarico é então aplicada contra a zona cruenta do corno uterino e ahí suturada a catgut(chr.n)

V. Dobra-se o ligamento redondo de maneira a cobrir toda a sutura do ovario ao utero e fixa-se nesta posição.

VI. O ligamento largo do lado oposto é suturado do cornu do utero e recoberto pelo ligamento redondo.

Solução dos casos:

- | | |
|---------------------|---|
| (a) segundo a idade | c) estado do utero |
| b) posição social | d) estado geral da inflamação
pelvica. |

a) As mulheres operadas oscilavam entre 18 e 39 anos; media 27,7. As de menos de 30 anos de idade são as habitualmente preferidas, pois nas mais edosas ha menos desejo de terem filhos e são menos as probabilidades de gestação.

b) As mulheres duma moralidade duvidosa ou duma mentalidade inferior, não devem ser submetidas a esta operação.

c) Um utero muito edemaciado e realmente inflamado deve ser considerado como uma contra indicação.

d) Não se deverá praticar, igualmente, em presença de uma volumosa piosalpingite ou abcesso pelvico.

Resultados remotos:

Sobre 88 casos dos quaes se pretendem

colher informações, apenas 27 foi possível encontrar.

a) A prenhez observou-se em 4 casos (15 %). Dois casos de termo; as crianças vivem e são completamente normaes.

b) Menstruação normal em 19, 7 %; irregular em 4 casos.

Num só caso falhou, por ter sido enxertada uma reduzidissima parte do ovario.

Nº 12

Transposição de um ovario munido do seu pediculo vascular para o utero, depois da ablação das trompas.

Tecnica baseada sobre 23 operações:

Antes da intervenção: dilatação do utero por meio de laminarias progressivamente crescentes. Em geral, 3 laminarias aplicadas em 36 horas, com 12 horas de intervalo, bastam para obter uma cavidade que, do colo do fundo do utero, tenha o volume de um dedo indicador. A ultima laminaria será extraída no momento da

operação e passar-se-ha a mucosa uterina com tintura de iodo.

I. Feita a laparotomia, rompem-se as adherências, liberta-se o utero e procede-se á extirpação das trompas com conservação dos ovarios, sendo possível (na maioria dos casos não se consegue senão utilizar um dos ovarios, mas de qual quer forma, um deles estará sempre em melhores condições que o outro para este fim).

II. A extirpação dos oviductos, com conservação do ovario deve ser completa. A hemostase deve ser perfeita. Esta extirpação deverá estender-se até ao interior do utero todas as vezes que a porção intra-uterina da trompa esteja espessada e endurecida. Estas lesões são ás vezes muito acentuadas. O pavilhão da trompa em contiguidade com o ovario, deve, igualmente, extirpar-se.

III) Transposição do ovario preferido (ou mesmo dos dois se estão em bom estado), cuidadosamente livre de qualquer

aderencias e munido do seu pediculo vascular.

IV. Incisão na face postero-lateral correspondente do utero ou, mesmo, a um centimetro para dentro do seu bordo; esta incisão deve interessar toda a parede uterina desde a parte inferior do corno até, aproximadamente, 1 cm. ou 2 acima do colo, conforme o volume do órgão. Se a dilatação uterina não é suficiente, puder-se-ha completar por meio de algumas velas d'Hegar. Com 3 ou 4 pinças de dente de rato colocadas sobre a mucosa uterina e o musculo subjacente, manter-se-ha afastados os bordos das incisão.

V. Para a transposição do ovario para a cavidade uterina sobrevêm sempre algumas dificuldades que se resolvem (sempre das seguintes maneiras:

1º. Se o volume do ovario é superior ao da cavidade uterina em virtude da existencia de grandes quistos foliculares, esvaziam-se estes quistos e reduz-se o ovario ao seu volume minimo.

Se, de qualquer modo, a cavidade uterina não comporta o volume do ovario, não existe inconveniente em ressecar a parte distal deste órgão.

2º Muitas vezes, como consequencia de inflamações crônicas peri-uterinas, o pediculo vascular está endurecido e retraído dificultando a aducção do globo ovarico até á parte media da cavidade uterina. Nestes casos, pode seccionar-se o peritoneo do ligamento largo sem lesar os vasos, nem os nervos, bem entendido, para obter movimentos mais amplos e livres do ovario.

Para a introdução e a fixação do ovario, passam-se dois fios de catgut ~~www~~ um de cada lado, na função do pediculo e do parenquima, interessando a serosa e o menos possivel de parenquima. Estes dois pontos fixam-se á mucosa uterina correspondente de tal maneira que o ovario, uma vez no interior do utero, volte á sua face para o interior da cavidade. Com o mesmo fim, pode tambem passar-se uma ansa de catgut na extremidade do ovario que será interna e faze-la

sair pelo fundo do utero. Por intermedio desta ansa, que depois se inutilizará, é facil levar o ovario até ao fundo da cavidade uterina.

VI. Feita a inclusão, não totalmente, mas na sua maior parte, sutura-se a parte superior da incisão uterina com 3 ou 4 pontos de catgut interessando simplesmente a camada muscular. O plano seroso será suturado a Lambert com fio de linna. O peritoneo do pediculo ovarico que penetra na parte inferior da incisão é suturado cuidadosamente ao peritoneo uterino, tendo a maxima cautela em não estrangular o pediculo do ovario. E' este um dos pontos mais melindrosos da operação. Deve-se, em todos os casos, verificar a situação do ovario de maneira a não permitir ~~avaliação~~ que fique fazendo hernia na parte inferior da sutura.

Consequencias operatorias:

As doentes perdem um pouco de sangue ou de serosidade pela vagina, sendo suficiente

uma simples compressa aseptica exterior.

A expulsão do ovario poder ser total mas, geralmente, dá-se só em parte e, então o aparecimento menstrual constata-se ao fim de 5 mezes.

Ao toque, encontra-se um utero movel, fundos de saco não dolorosos e o corpo uterino ligeiramente mais convexo do lado em que se realizou o (enxerto) inclusão ovarica. A menstruação pode ser precedida de algumas dôres.

CONCLUSÕES

1.^a - Se antes da era aseptica e dos accnhecimentos actuals, se praticavam enxertias hoje em dia com maior razão se deve-rão empregar.

2.^a - Nos enxertos do ovario deve^m preferir-se os acto e homo enxertos. Com relação aos hetero-enxertos já vimos quais os seus resultados.

3.^a - Nas anevaricas por extirpação dos anexos, e dada a in-suficiencia da opoterapia actualmente empregada deve tentar-se a enxertia ovarica.

4.^a - Todas as vezes que tenhamos de intervir sobre os órgãos genitais internos da mulher devemos ter muito em conta que o ovario é uma importantissima glandula de secreção interna, ue a sua supressão acarreta perturbações fisiologicas e siquicas de uma grande gravidade que a castração sistema-ica é um erro, um profundo erro, já hoje corrigido, é certo, o estrangeiro, mas ainda infelizmente muito em voga entre ós.

que ha milhares de vidas inutilizadas pelo abuso desta pra-ica e que todo o cirurgião que não queira evidenciar uma norancia ridicula ou incompetencia profissional deve se-

guir o criterio actual da sciencia e fazer cirurgia conser-
vadora.

5.ª - Com relação á opoterapia devemos igualmente espe-
rar que os modernos conhecimentos sobre a acção folicular
e a noção do ciclo sexual, etc. a modifiquem conveniente-
mente e a corrijam com proveito. Tal qual se adopta não
corresponde a uma terapeutica racional, baseada em dades
fisiologicos verdadeiros.



VISTO

Morais Frias

Presidente

PODE-SE IMPRIMIR

Alberto de Aguiar

Pelo Director

- BIBLIOGRAFIA -

A

- Athias M - Sur la sécret int. de l'ovaire.
 " " - Sur l'antagonisme des gland. sex. A propos des notes récentes de Lipschutz e H.C.Voss.
 " " - Sur la signification des phen. d'atresie folliculaire et des cel. intert. de l'ovaire. Compt. rend. de la Soc. de Biolog.
 " " - Études histologiques sur la Greffe ovarienne.
 " " - Caractères sexuais.
- Aimé P. - Les cel. intert. de l'ovaire
- Adler. L. - Zur Physiol. und Pathol. der ovarial femectioen. Arch. fur gynakologie.
- Ancel P. - Les fol. pluriovulaires et le déterminisme du sexe
 Ancel P. et Bouin:-
 Sue la fonction du corps jaune
 Compt. rend. de la Soc. de Biolog.
- Ancel P. et Villemin: -
 Sue le cause de la menstruation chez la femme.
 Compt. rend. de la Soc. de Biolog.

B

- Bornier - Les centres gonostatiques et le systme sexuel.
 Compt. rend. de la Soc. de Biolog.
- Bair Bell W. - The nature of the ovarion finition and the medical and surgical methode adopted to secure the benefits cu the ovarion secretion.
 Lancet Loud.
- Baimbridge W.S. - Double salpingocophorectomy with partial autocovarien transplantation, followed by twelvey~~te~~ years of menstruation a normal pregnansy and in-complicated menopause and fifty one years aged.
- Busquet - La fonction sexuelle.

- Berkowitch - De l'obésité d'origine génitale chez la femme.
 Brown Séquard - Remarques sur les effets produits sur la fem.
 pas des inject. dans liquide retiré d'ovaire d'
 animaux.
 Blair Bell W: + The Arris and gale Lectures on t e gen. func-
 tion of the ductless gland in the female.
 Delivered at the Royal College of Surgeons of
 England.

C

- Carrel - Conference de Lyon. Presse Medicale.
 Carrel et Guthrie:
 Soc. de Biolog. pag. 486 - 1906.
 Idem - Transp. homopl. de l'ovaire.
 Collard Huard - L'insuf. ovar. dans ses relations avec l'in-
 suf. thyroïdienne.
 Courrier R. - Le cycle sexuel chez la fem. des mammif.
 Archiv. de Biolog.

D

- Domingues de Oliveira - Ovarieterapia ginecologica.
 Dulché P. - Hyper et hypoovarie. Gaz. des Hosp.
 Dick - Concerning the function of the corpus luteum.
 Duprat A. - Menopouse précoce.
 Dudley - Implantation intra-uterina de l'ovaire.

E

- Eugel. E. - Kan die ovarientransplantation als erfolgreiche
 Behandlung der Ausfallerscheinungen Kastrierter Frau-
 en angesehen werden Wiener Klin. Wocheuschrift.
 Estes W. E. - Implantation of a part of an ovary into horn of
 the uterus in order to preserve the function of
 ovulation and menstruation.
 Med. Times.
 Idem - Ovarian implantation
 Surg. Gynec. and Obst.

F

- Forgue et Massabuan - Les metrorrag. de la ménopause et les
 metrorrag. d'origine ovarienne.

- Fraenkel - Zur Funktion des corpus luteum.
Arch. fur gynakol.
- Idem - Das zutliche verhalten von ovulation und menstrua-
tion. Arch. fur Gynakol.
- Frank R. T. - Function of the ovary. Surg. gyn. and Obst.

G

- Gautier - La fonction menstruelle et le rut des animaux.
- Gauregat H. - Sydroma pluryglandulaires
- Gavin W. - Note on the effects of administration of extracts
of Pituitary Body and corpus Luteum to milch coxs.

H

- Hertoghe. - Infl. des produits thyr. sur les org. genitaux.
Semaine medicale.
- Hartman. - Greffes ovariennes. Gaz. des Hosp.

J

- Jayle J. - De l'insuff. de l'ovaire.
Rev. de Gyn. et chir. abdom.
- Idem - Effets physiol. de la castrat. chez la femme
Rev. de Gyn. et chir. abd.
- Jardry - Secretion int. de l'ovaire.

K

- Knault - Rie ovarien transpl. Exps. studie
Arch. f. Gynak.

L

- Loeb, Leo - Ueber die Bedeutung des corpus luteum fur die
Periodicitat des sexuellen . Ziklus beim weiblichen
Sauge tier organismes.
- Lambert - Infl. de la castrat. ov. sur la nutrition
Compt. R. de la Soc. de Biol.
- Idem - Sur l'action des ext. du corps jaune. Idem.

- Limon - Transp. ovar. J. Physiol. et Pathol. Gen.
 - Sur la transp. des oviaires. Soc. de Biolog.
- Lépschutz - Nouv. faits concernant l'autag. des gland. sexu-
 elles. Ext. Compt. R. Soc. de Biol.
 - Interv. oper. testiculaire et autag. des gland.
 sex. . Idem.
 " - Le probleme de l'hiperfuninsation . Idem
 " - Analyse par fractionnement du temps de lateuce
 de l'effect horm. fem. chez les males féminisés. Idem.
 " - A propos du mec. de l'action fem. de la gryf.
 ov. Lheteragref ov. de la lapine au cobaye
 n'veille pas e l'effet horm. feine. Idem
 " - Nouv. faits. relatifs á la fouction endoc. des
 fragm. testiculaires.
 Bul. d'Hist. apliq.
 " - Ricerche nouve sull'ermafreditismo sperimentale
 e sull'antagonismo fra le glandole sessuali.
 Rassegna di Studi sessuali e di Eugenia.

M

- Morris R. T. - The ovarion Graft. New York Med.
 " - A case of heteroplasic ovarian grafting followed
 by pregnancy and the delivery of a living child
 Med. Record.
- Martin F. H. - Ovarian transp. and. reconstruction of Fallopi-
 an tubes, with report of two cases.
 Amer. Form. of. Obst.
- Mezer J. H. - Auto of. the ovary. Boston Med.
- Manclaire - Auto-gref. ov. sous cut. des ov. après salpingo-
 ovariectomie (XIII Cong. int. de Med. Paris)
 " - Neurast. gen. post et pres operatcire chez la fem.
 Rev. gyn. cliniq. et ther.
 " - Ins. ovar. Idem.
- Marañón - Cart. al estudio de los sindr. plurig.
 Rev. clin. de Madrid
- Marshal F.H.A. - The Physiol of Reproduction.

P

- Pottet - Contrb. á l'etude du c. jaune feudant la grass.

R

- Regaud et Dubreuil - Variations macroscop. de la gland intert.
de l'ov. de la lapine. C. R. de la S. de Biol.
Idem - L'ovcl. de la lapine n'est pas spontanée.
C. R. de la S. de Biol.

S

- Salazar - Sur la per. chromatl. de la gran. atres. de la la-
pine.
Trav. de l'Inst. d'Histol. et d'Emb. Univ. de Porto.
" - Formes leucc. des cap. de la chrom. atresique ayant
donné origine á des erreurs d'interpretation.
Idem.
Sippel - Transp. des ovarien
Arch. fur Gynak
Idem - Gross. apres transp. des ov. Idem.
Storer - Ou ov. transpl. Med. Rec.

T

- Tuffier - Les accidents de la menopause artif.
P. Med.
Idem - Les greff. ov. Acad. de Med.
Idem - " " " Journ. de Chim.
Idem, Gery et Vignes: - Etude anat. par l'invalid. d'un ov.
Creffé. Soc. Anatom.

Testu - Anatomie . Humaine.

V

- Vorcnoff - La greff. des ovaires. P. Med.
Villemin - Le c. jaune consid. comme gland á sec. intern.
Idem - Action sur la pres. arterielle.
C. R. de la S. de Biol.

W

Werneck - Do enxerto ovario.
Brazil Medico .