

A. 624

Francisco Corrêa de Mattos

CONSIDERAÇÕES GERAES

SOBRE A

ABLAÇÃO DOS ANNEXOS DO UTERO

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA A

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO



PORTO
Typographia de Viuva Gandra
Rua de Entre-Paredes, 80

1889

49/4 ENC

Escola Medico-Cirurgica do Porto

CONSELHEIRO-DIRECTOR

VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO CATHEDRATICO

LENTES CATHEDRATICOS

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

LENTES JUBILADOS

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

LENTES SUBSTITUTOS

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

LENTE DEMONSTRADOR

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

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciatas nas proposições. (*Regulamento da Escola* de 23 d'abril de 1840, art.º 155.º)

Á MEMORIA

DE

Meu Pai

Saudade



A MINHA MÃE

E

A MINHA IRMÃ

Emfim !

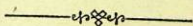
AOS MEUS PARENTES

especialmente a meus tios
os Ex.^{mos} Snrs.

João José de Mattos

Dr. Joaquim Augusto de Mattos

Eterno reconhecimento pela pro-
tecção que me dispensaram.



A MEU PRIMO

João José de Mattos Junior

Amizade sincera.

A MEMORIA

DE

Bento Ribeiro de Magalhães

E DE

Theodoro de Carvalho Almeida

Aos Ex.^{mos} Srs.

Alexandre Carneiro de Vasconcellos

Antonio d'Almeida Dias

Jose Antonio dos Santos

Jose Julio Cozar

Ao meu presidente

o Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Dr. Agostinho Antonio do Souto

Distincto professor de partos

ALGUMAS PALAVRAS PRÉVIAS

Sabem-se as difficuldades com que tem a lutar o alumno do quinto anno para satisfazer á disposição regulamentar que o obriga a esta ultima prova, chamada dissertação inaugural.

Ha quasi sempre uma certa hesitação na escolha do assumpto, hesitação que tambem tivemos a principio e que a inexperiencia justifica.

Entre alguns assumptos que nos occorreram, escolhemos este que apresentamos, e isso com motivo justificado.

A gynecologia para a qual nos ultimos annos se tem olhado com especial attenção, offerece uma verdadeira mina de assumptos para objecto d'estudo. Haja vista ao grande numero de escriptos sobre gynecologia que este anno se apresentam e já no anno findo se apresentaram a esta Escola.

Alves Branco hoje não poderia queixar-se tão amargamente como fez ha annos, da pouca attenção prestada ás doenças privativas da mulher.

Deixamo-nos levar tambem pela corrente gynecologica, e não nos arrependemos d'isso.

Se tivemos alguma hesitação na escolha da parte que especialmente estudamos na nossa these, essa hesitação desapareceu por completo depois da discussão d'um caso havido na enfermaria de clinica medica.

Tratava-se d'uma doente de 29 annos que tendo sido menstruada pela primeira vez aos dezoito e sendo ainda por essa occasião as perdas insignificantes, só mais uma vez voltou a tel-as, tornando-se em seguida completamente amenorrheica. Sobrevieram-lhe perturbações diversas e graves que se exacerbavam todos os mezes e que a obrigaram a recolher ao hospital ha 6 annos, onde se tem conservado. Unicamente durante as férias grandes se retira para casa, mas volta logo que se abrem as aulas, e sempre um pouco peorada. Seis annos d'uma boa frequencia...

Metteu-nos dó. Condemnada a uma vida miseravel, sem se levantar do leito, pois que a isso a obrigam differentes perturbações nervosas d'origem reflexa exacerbando-se a cada mez, a doente desespera completamente da cura.

O nosso illustre professor de clinica o Ex.^{mo}

Snr. dr. Azevedo Maia, que diagnosticára um vício de conformação dos órgãos sexuaes (utero infantil) produzindo uma dysmenorrhœa por obstrucção, lembrou a castração como meio de cura provocando uma menopausa artificial.

Eis o facto que nos levou a estudar o assumpto com um certo interesse. Depois tivemos a felicidade de assistir no decurso do anno a um certo numero de operações d'este genero praticadas pelo Ex.^{mo} professor já citado.

Trata-se d'uma operação que, se tem provocado a desconfiança d'alguns pelos abusos praticados, tem comtudo indicações bem nítidas e legitimadas que a tornam um recurso aproveitavel para muitos casos desesperados.

E' isto o que procuraremos demonstrar. E' um assumpto vasto, cheio de discussões e muito superior ás nossas forças para ser tratado como deveria sel-o.

Fizemos o que pudemos e esperamos que o esclarecido Jury que nos ha-de julgar, leve em conta a nossa boa vontade, attenda a que tinhamos de satisfazer ás obrigações multiplas do ultimo anno do nosso curso, e nos releve as faltas e incorrecções que apresente este escripto traçado por mão inexperienced e mal segura.

Seja-nos permittido agradecer aqui ao Ex.^{mo} snr. dr. Azevedo Maia a coadjuvação que S. Ex.^a

nos prestou, dando-nos esclarecimentos e orientando-nos em varios pontos.

Dividimos a nossa dissertação em cinco capitulos. No primeiro fazemos algumas considerações preliminares e historicas relativas ao assumpto.

No segundo occupamo-nos de algumas considerações anatomicas relativas aos annexos do utero, frisando sobretudo o que interesse mais especialmente a prática da sua extirpação.

No terceiro capitulo tratamos d'algumas questões de physiologia, examinando os dados theoricos que levaram a imaginar a operação.

No quarto, o mais importante de todos, occupamo-nos das indicações da extirpação dos annexos.

Por ultimo reservamos um capitulo para dizer rapidamente algumas palavras sobre a technica operatoria, difficuldades e particularidades da operação.

I

PRELIMINARES E HISTORIA

A ablação dos annexos do utero tem sido praticada em variadas circumstancias e sob designações diferentes.

As operações feitas n'estes órgãos tem dado logar a questões d'ordem physiologica, pathologica e até a questões de prioridade. Estas ultimas deixam de ser exclusivamente pessoasas, e chegam a tomar um character internacional. Americanos, inglezes e allemães disputam entre si, como veremos, a gloria de ter primeiro introduzido na prática esta innovação operatoria.

Tratemos portanto desde já de determinar o assumpto o melhor que podermos.

Dissemos que varias designações tinham sido dadas á excisão dos annexos do utero. De facto é

longa a serie dos nomes pelos quaes é conhecida.

O termo *ovariotomia* tem sido desde ha muito empregado para significar a ablação de tumores ovaricos com ou sem affecção das trompas, o que é de importancia secundaria. Por commodidade applica-se ainda á extirpação dos kystos para-ovaricos e dos kystos do ligamento largo que sob o ponto de vista operatorio são identicos aos do ovario desenvolvidos no ligamento largo.

Não tratamos na nossa dissertação d'estas operações feitas sobre ovarios degenerados em tumores mais ou menos volumosos.

Vamos occuparnos da extirpação de annexos normaes ou degenerados mas não transformados em tumores volumosos.

Normaes (o que será raro, se é que se deva admittir) ou degenerados, estes órgãos podem originar ou entreter pelas suas funcções estados morbidos graves. Convém pois em certos casos supprimir essas funcções e isso obtem-se extirpando-os.

E' a isto que se tem dado differentes nomes, taes como ovariotomia normal, oophorectomia, operação de Battey, castração, operação de Hegar, salpyngo-oophorectomia, salpyngotomia, operação de Tait.

Estas differentes expressões não tem todas a mesma significação. Involve cada uma d'ellas uma ideia particular, uma indicação especial.

Vejamos portanto o sentido a ligar a cada uma d'ellas.

Battey, que passa para a maior parte dos criticos por ser o verdadeiro iniciador d'esta operação, deu-lhe o nome de *ovariotomia normal*.

Esperava, supprimindo a ovulação provocar uma menopausa antecipada, e assim graças á grande revolução nervosa (*change of life*) que acompanha ordinariamente a idade critica, fazer desaparecer desordens sexuaes sérias e restabelecer a saude.

Considerava os ovarios como normaes em estrutura e o que elle pretendia era supprimir a sua função. Foi por isso que empregou a expressão de ovariotomia normal em 1872. Porém mais recentemente (1886) é o proprio Battey que vem confessar o erro em que estava quando suppunha nas suas primeiras operações que os ovarios estavam sãos (1). Este erro proveio da obscuridade em que se achava e ainda hoje se acha a anatomia pathologica d'estes órgãos.

Battey hoje concorda que na maior parte das vezes em que elle tem operado, os ovarios apresentam uma certa quantidade de pequenos kystos,

(1) American journ. of the med. scienc.—1886—2.º vol.
—pag. 483.

cheios d'um liquido claro amarellado, podendo conter sangue. Esta degeneração kystica é muito lenta no seu desenvolvimento e é muitas vezes acompanhada de dôres, hyperesthesia das regiões ovaricas, perturbações digestivas e perturbações graves do systema nervoso.

O conteúdo dos kystos pôde soffrer a transformação purulenta (abcesso do ovario). Outras vezes é uma cirrhose do ovario que se nota; os ovarios podem adherir ás partes circumvisinhas ou achar-se involtos em exsudatos inflammatorios.

As trompas offerecem signaes de salpyngite chronica e muitas vezes adherem tambem ás partes circumvisinhas.

E' importante citar estes factos, porque assim vêmos como é pouco adequada a expressão de ovariectomia normal, como o proprio Battey confessa, e sobretudo porque se pôde concluir que os factos pelos quaes Battey primeiro operou (dysmenorrhœia dolorosa) se bem que um tanto differentes dos de Tait, não são absolutamente distinctos d'estes.

Passemos agora a examinar o sentido das outras expressões.

O termo *castração* empregado por Hegar, comprehende para elle a ablação de ovarios não hypertrophiados, normaes ou mais provavelmente com lesões pelo menos microscopicas, produzindo dôres locais ou reflexas, ou com o fim de supprimir me-

trorrhagias devidas principalmente a fibro-myomas uterinos.

Hegar, que justificadamente reclama a prioridade d'esta operação e que theorisou largamente sobre ella, estabelecendo as suas indicações d'um modo nitido, o que não tinha feito Battey, admite que a castração pôde curar de dois modos: 1.º) removendo annexos lesados que provocam *per se* phenomenos morbidos; 2.º) extirpando-os com o fim de supprimir a ovulação e portanto a sua influencia sobre a menstruação, estabelecendo assim uma menopausa artificial. N'esta segunda ordem de factos Hegar não se preoccupa com o estado dos annexos. Trata de curar certas doenças locaes (especialmente do utero) ou certas affecções geraes (nevroses), susceptiveis de cura pela menopausa. Para as nevroses comtudo mostra-se reservado, como veremos mais tarde.

Vêmos pois que Hegar admite a ablação d'annexos normaes, e sobretudo indica a operação nos casos de metrorrhagias rebeldes devidas a fibromas do utero (1).

Emprega, como vimos, a palavra castração para designar todos os casos de ablação d'annexos. Não

(1) Trenholme (de Montréal) e L. Tait (de Birmingham) reclamam a prioridade relativamente á castração por myomas uterinos.

é de todo má esta designação, mas tem os seus inconvenientes.

Além da pouca delicadeza do termo, implica um tanto a ideia de que se extirpam ovarios sãos, e póde deixar suppôr que se faz isso sob um pretexto ligeiro ou insufficiente, quando ao contrario os ovarios, salvo poucas excepções, se acham lesados.

Analysemos agora a designação de *salpyngo-oophorectomia*.

Esta expressão, que não prima pela euphonia, foi lembrada por Lawson Tait, mas elle proprio não a emprega.

Este cirurgião que é tambem competidor na questão da prioridade, é talvez o mais acerrimo propagandista d'esta operação. Contam-se por centenas as vezes que elle a tem praticado obedecendo a indicações diversas. Mas o que lhe dá uma feição original que o faz até occupar um logar á parte n'estas operações, é o papel importante que elle attribue ás trompas uterinas.

Amplia notavelmente o quadro das indicações, comprehendendo n'elle estados inflammatorios chronicos dos annexos, sobretudo da trompa.

Quando tira as trompas, geralmente mas não sempre tira tambem os ovarios e chama a esta operação simplesmente *ablação d'annexos do utero*.

Devido á importancia que Tait ligou ás trom-

pas, na prática tem-se dado mais especialmente o nome de *operação de Tait* ou salpyngo-oophorectomia á ablação das trompas e dos ovarios lesados, predominando a affecção das trompas sobre a dos ovarios como lesão e como indicação.

Recapitulando o que temos dito, notamos entre as diferentes expressões tres designações com referencias pessoaes: operação de Battey, de Hegar e de Tait.

Para abranger todos os casos de ablação d'annexos nenhuma d'estas deve ser usada, porque, pondo de parte já a questão da prioridade, os pormenores operatorios e as indicações segundo as quaes foram praticadas estas operações, variam com cada um d'estes cirurgiões. Assim a operação de Battey foi emprehendida com o fim de supprimir dôres menstruaes e mesmo nevroses e psychoses connexas com os phenomenos menstruaes (castração anti-nevropathica de Pozzi).

Hegar e Trenholme é que a recommendaram para combater metrorrhagias (castração hemostatica).

Lawson Tait aconselhou-a nos casos de lesões inflammatorias dos annexos (castração anti-phlogistica).

Para evitar confusão o melhor é pôr de parte estas diferentes designações, e reservando como foi dito, a palavra ovariectomia para a ablação de

ovarios degenerados em tumores volumosos, comprehender sob o nome generico de *ablação d'annexos do utero* todos os outros casos em que estes orgãos sejam extirpados.

Esta ablação porém é feita umas vezes com o fim de supprimir as funcções dos annexos, e isto guiando-nos por considerações d'ordem physiologica; outras vezes removendo annexos lesados que de per si provocam phenomenos morbidos, e então obedecemos a considerações d'ordem puramente cirurgica.

Em vista d'isto podemos formar dois grandes grupos e chamar convencionalmente com Mundé *oophorectomia* á ablação de ovarios e trompas que macroscopicamente não parecem lesados e *salpingo oophorectomia* á ablação de trompas e ovarios lesados predominando a doença da trompa como lesão e como indicação (operação de Tait).

Digamos agora rapidamente alguma coisa a respeito da historia da ablação dos annexos, historia já um tanto esboçada pelo que deixamos escripto.

Desde ha muito tempo já que os ovarios eram considerados como representando um papel importante durante o periodo de actividade sexual.

Sabe-se por escriptores antigos que os Gregos e os Romanos castravam as mulheres com fins que nada tinham de scientifico. Refere-se tambem em

escriptos antigos que a castração era uma prática bastante usada entre os Lydios; alguns reis d'este povo faziam castrar as mulheres dos seus harens para ter eunuchos femininos, ou como pretendia Gyges, para lhes conservar perpetuamente os encantos da juventude.

Diz-se ter sido praticada a castração na idade media (muito antes de Malthus) com um fim que nada tinha de moral.

Mais tarde teria sido praticada com uma intenção moralisadora como era a de procurar reprimir os excessos de lascivia feminina. E' assim que se conta a historia vulgar do castrador de porcos hungaro, citado por Wierus, que irritado com os desmandos de sua filha, fez-lhe uma operação analogá que costumava praticar nas femeas dos animaes com que lidava. Diz-se que a operada curou da mutilação, mas o que se ignora é se o pae conseguiu os fins que tinha em vista.

Para terminar com esta historia meia fabulosa e que nada tem de scientifica, lembremos que tem sido referido por viajantes haver povos selvagens (India, Australia, Nova Zelandia) onde se usa castrar as mulheres doentes ou mal conformadas com o fim de evitar a transmissão hereditaria da sua enfermidade.

Entremos agora na phase verdadeiramente scientifica da castração.

E' de data relativamente recente (1872).

E' justo lembrar precursores (que os houve) aos tres cirurgiões atraz citados, se bem que não presidissem ás suas operações nenhuma ideia preconcebida sobre a funcção dos ovarios, e fossem antes filhas do acaso.

Assim L'Aumonier (1776) ao abrir um abcesso da região iliaca extirpou um ovario que se encontrava no meio do fóco purulento.

Pott (1777) n'um caso de hernia inguinal dupla, procedendo á incisão reconheceu que se tratava dos ovarios herniados. Extirpou-os e a doente curou cessando-lhe a menstruação.

Lassus (1858) menciona casos semelhantes aos de Pott.

Kœberlé em 1869 ao passar uma ligadura no ligamento largo para corrigir uma retroversão uterina, extirpou um ovario que o embaraçava.

Esmarch um pouco mais tarde tirou os dois ovarios que faziam hernia inguinal e provocavam todos os mezes irradiações nevralgicas. Havia além d'isso atrophia congenita dos órgãos sexuaes. Extirpando os ovarios fez cessar os soffrimentos da doente. Nas condições em que operou este cirurgião foi o que mais se approximou da operação de Hegar-Batthey.

Mas Esmarch não se propunha tirar os ovarios com o fim preciso de suspender a sua funcção;

limitou-se, sem theorisar sobre o caso, a extirpar órgãos que eram séde ou causa de soffrimentos. Fez o mesmo que um dentista faria a um dente cariado, doloroso.

Ao contrario de Esmarch, James Blundell muito antes (1823) n'uma communicação feita á sociedade de medic. e chirurg. de Londres escrevia o seguinte: «A extirpação dos ovarios são constituirá provavelmente um remedio efficaz nos casos de dysmenorrhœia grave e hemorrhagias mensaes provenientes d'um utero em inversão quando a extirpação d'este órgão esteja contra-indicada.» Uma proposição que só chega a ter applicação prática em 1872.

Em 11 de Fevereiro de 1872 L. Tait extirpou o ovario esquerdo d'uma doente que experimentara além de dôres pelvicas intensas, principalmente do lado esquerdo, diversos symptomas reflexos, sendo o mais importante d'estes uma aphonía completa e persistente. O ovario esquerdo volumoso e muito sensível á pressão era séde d'um abcesso chronico. A doente curou e voltou-lhe a voz.

E' por esta operação que Tait reclama a prioridade. Diz elle que foi a primeira vez que se extirpou por causa de dôr um ovario não degenerado em tumor. E' provavel que na epocha d'esta castração unilateral, Tait ainda não tivesse ideia formada sobre a castração com o fim de provocar uma me-

nopausa antecipada. Obedeceu unicamente a uma indicação cirurgica, e de resto operações analogas, se bem que em condições differentes, tinham já sido praticadas por Pott e outros como vimos.

Cabe-lhe comtudo a honra de ser o primeiro que fez uma laparotomia com o fim preconcebido de extirpar um ovario não transformado em tumor volumoso.

Mas a castração feita com o fim de provocar uma menopausa prematura, a oophorectomia como nós atraz definimos, só mezes depois é que foi posta em prática.

Seguindo a ordem chronologica foi Hegar em 27 de Julho de 1872 que praticou primeiro a ablação dos dois ovarios com o fim de suspender a sua funcção, n'uma mulher de 27 annos, dysmenorrhœica, soffrendo todos os mezes violentas dôres irradiando das regiões ovaricas. A doente succumbiu e Hegar não publicou esta operação senão em 1876.

A 1 d'Agosto do mesmo anno Tait diz ter feito a ablação dos dois ovarios em virtude d'um myoma uterino. Diz ter obtido um successo que Battey contesta, sem que Tait proteste. De resto Lawson Tait só mais tarde é que publica o seu caso e não é muito energico a reivindicar a prioridade.

A 17 do mesmo mez, Battey, cirurgião americano, extirpou os dois ovarios nas seguintes condições. Tratava-se d'uma mulher de 23 annos, anemi-

ca, experimentando phenomenos de molimen menstrual desde os 16 annos, mas só duas vezes é que tinha tido um verdadeiro fluxo apesar do emprego de emmenagogos e ferruginosos.

A cada epocha catamenial produziam-se accidentes nervosos e congestivos graves (hematemeses, hemorragias do recto e hematocele retro-uterino). O estado ia-se aggravando consideravelmente. Por fim produziram-se phlegmões pelvicos que puzeram a vida da doente em risco.

Batthey que tinha seguido a doença durante seis annos recorrendo sem resultado a differentes meios therapeuticos, resolveu-se por fim a operar e com tão bom exito o fez que ao trigesimo primeiro dia estava a ferida completamente cicatrisada. A doente restabeleceu-se rapidamente e curou das perturbações que tinham motivado a operação.

Batthey apressou-se em publicar este successo, o que fez logo em Setembro do mesmo anno no Atlanta med. and. surgical Journal.

Batthey já em 1866 tinha pensado n'esta operação a proposito d'uma outra doente a seu cargo. Era uma donzella de 21 annos, com ausencia de utero e outros vicios de conformação dos órgãos genitales, sujeita a congestões pelvicas mensaes durante cinco annos sem perder uma gota de sangue.

Esta fluxão mensal originava violentas perturbações nervosas com desordens visceraes diversas

que vieram por fim a determinar a morte. Impressionado por este facto é que imaginou esta operação que poz em pratica mais tarde no caso citado.

No curto espaço de vinte dias pouco mais ou menos tres cirurgiões de paizes differentes iniciaram pois a oophorectomia.

E' difficil dirimir a questão de prioridade. O melhor é repartir a gloria da iniciação pelos tres cirurgiões.

No emtanto como foi Battey quem primeiro publicou a operação e tratou de chamar a attenção dos cirurgiões sobre ella, grande numero de criticos tem-lhe concedido a primasia, e propozeram mesmo que se chamasse operação de Battey. O verdadeiro fundador d'um methodo não é aquelle que primeiro o executou, mas o que primeiro o imaginou, estabeleceu e tratou de espalhar.

Em seguida á publicação de Battey, differentes cirurgiões trataram de imitar o seu exemplo. As indicações multiplicam-se, os casos succedem-se com frequencia.

Peaslee é o primeiro que pratica a castração no caso de utero rudimentar.

Trenholme e Hegar applicam a castração dos casos de hemorrhagias determinadas por fibromas uterinos, o que já tinha sido feito por Tait, sem que estes cirurgiões soubessem uns dos outros.

Mas infelizmente começam os abusos. Pratica-

se a castração deixando-se guiar por indicações mal definidas, o que concorre para desacreditar bastante a operação.

Applicam-na sem reflexão á cura de nevroses e psychoses, e ainda para combater a masturbação.

Outra causa de descredito são os insuccessos das castrações unilateraes com que muitos cirurgiões americanos se contentavam. Battey tambem pôde ser censurado por isso. Affasta-se do caminho traçado e pratica a castração unilateral dizendo que extirpa um ovario que funciona mal.

Isto explica a repugnancia que os cirurgiões europeus experimentaram para introduzir na sua prática esta operação.

No emtanto reprimindo os abusos, determinando bem as indicações, foi-se rehabilitando a operação que hoje merece a confiança de cirurgiões illustres.

Na Inglaterra L. Tait é quem figura principalmente n'estas operações.

Na Allemanha temos Hegar, Martin, Freund e Tauffer principalmente.

Em França foi introduzida a primeira vez por Duplay em 1880 que castrou em virtude de metrorrhagias devidas a fibromas uterinos. Duplay, Terrier, Terrillon, Péan e Segond são as figuras principaes.

Outros paizes tem fornecido o seu contingente em maior ou menor escala.

Entre nós, que saibamos, foi o nosso illustre professor de clinica o Ex.^{mo} Snr. Dr. Azevedo Maia que em 1888 introduziu pela primeira vez na pratica a salpyngo-oophorectomia. Desde Julho do anno passado em que começou, até agora tem feito com notavel successo uma série de operações d'esta natureza.

II

ANATOMIA DOS ANNEXOS DO UTERO

Abandonando a parede posterior da bexiga o peritoneo lança-se sobre o utero, que envolve n'uma préga, para se reflectir em seguida sobre a parede anterior do recto. De cada lado do utero o peritoneo prolonga-se até as paredes da excavação pelvica, constituindo duas prégas lateraes a que se deu o nome de *ligamentos largos*.

Os ligamentos largos, comparados pelos antigos ás azas d'um morcêgo, são proximamente verticaes e irregularmente quadrilateros. A sua face anterior corresponde á bexiga; a posterior ao recto, a algumas ansas intestinaes e ainda ao S iliaco.

O seu bordo superior é dividido em tres partes ou azas, distinctas em posterior, média e anterior. A posterior contém o ovario; a média, mais elevada e mais larga que as outras, encerra a trompa de Fallopia; a anterior o ligamento redondo.

O bordo inferior dos ligamentos largos corresponde ao tecido celular sub-peritoneal da bacia e á aponevrose superior do perineo, e na sua parte mais interna aos bordos lateraes da vagina, pelo que se podem reconhecer pelo toque vaginal as collecções formadas no ligamento largo.

Ao chegar ao pavimento pelvico as laminas que constituem o ligamento largo separam-se uma da outra, reflectindo-se a anterior sobre a bexiga, a posterior sobre os ligamentos utero-sagrados.

O bordo interno, muito largo, continua-se com o utero, o externo com o peritoneo que reveste as porções correspondentes da excavação pelvica.

O ligamento largo é pois constituído por duas laminas separadas por uma camada de tecido celular onde caminham os vasos e os nervos. Cada lamina formada pelo folheto peritoneal é forrada d'uma camada muscular, cujas fibras se continuam com as da camada superficial do utero constituindo o aparelho muscular tubo-ovarico de Rouget.

Como se vê, os ligamentos largos não são histologicamente uma simples préga do peritoneo, e podem ser considerados tambem como uma expansão das partes lateraes do utero.

Dissemos que o ovario se acha collocado na aza posterior do ligamento largo. Occupemo-nos agora d'este orgão em especial.

Os ovarios são em numero de dois collocados

symetricamente de cada lado do utero. Têm a forma d'um ovoide achatado assemelhando-se a uma amendoa, sendo a face posterior mais convexa e mais larga do que a anterior. A sua direcção é transversal, sendo a extremidade externa arredondada e a interna afilada insinuando-se como fez notar L. Championnière, por entre as fibras musculares da parte superior do ligamento largo e podendo facilmente escapar-se á extirpação.

A sua superficie de côr de madreperola rosada nos ovarios sãos, é lisa antes da puberdade, apresentando cicatrizes depois d'esta epocha. O volume do ovario varia com os differentes periodos da vida, sendo maior segundo Henning nos primeiros tempos após o parto. Em média podem dar-se-lhe as seguintes dimensões: diametro transversal ou comprimento 3 a 4 centim., diametro vertical ou altura 2 centim., espessura 0^m,015. Pezo médio seis grammas.

Vejamos agora as relações que o ovario tem com outros órgãos e os seus meios de fixação.

Situado na aza posterior do ligamento largo, corresponde anteriormente á trompa e ao ligamento redondo que o separam da bexiga, posteriormente ao recto do qual se acha ordinariamente separado pelas ansas mais inferiores do intestino. Fixa-se internamente ao utero pelo *ligamento do*

ovario, resistente e muscular, externamente á trompa pelo ligamento da trompa ou *tubo-ovarico*.

O ovario recebe tambem pelo seu bordo antero-inferior rectilíneo (hilo) fibras musculares do ligamento *redondo posterior*. Este ligamento nasce superiormente do fascia sub-peritoneal e é constituído por fibras musculares lisas que descem parallelamente ao longo dos vasos ovaricos.

Entrando nos ligamentos largos estas fibras irradiam umas, as mais internas, para a face posterior do utero, as médias para o hilo, aza posterior e parte da aza da trompa, as mais externas para o pavilhão da trompa.

Sendo todos estes ligamentos constituídos por fibras musculares, o ovario acha-se como que encastado n'uma rêde de fibras lisas que partindo do utero vão para traz ao sacro e região lombar por intermedio dos ligamentos utero-sagrado e redondo superior, para os lados ás paredes ilíacas, para deante ao pubis pelo ligamento redondo anterior (apparelho muscular tubo-ovarico de Rouget).

O ovario goza pois d'uma certa fixidez com relação á trompa, mas por outro lado como o ligamento largo é dotado de grande mobilidade, o ovario acompanha-o nos seus movimentos e é assim susceptivel de deslocamentos variados muito importantes de considerar, pois que o ovario deslocado

póde contrahir adherencias que difficultem bastante a sua ablação.

Estes deslocamentos podem resultar de causas diversas.

Se a aza posterior do ligamento largo é muito laxa, os ovarios arrastados pelo proprio pezo ou pelas ansas intestinaes, são deslocados ou para a face posterior do utero ou para as paredes lateraes da excavação pelvica, e se contrahirem adherencias, o deslocamento póde ser definitivo, o ovario póde perder as suas relações normaes com a trompa e os ovulos não darem entrada n'esta.

Se os ligamentos largos se acharem um tanto relaxados, póde a bexiga dilatando-se impellir os ovarios para os ligamentos utero-sagrados e fazel-os adherir ao fundo de sacco de Douglas.

Uma das causas mais frequentes de deslocação é a ampliação do utero durante a gestação. Os ovarios situados primeiro na excavação pelvica, correspondem mais tarde ás regiões hypogastrica, umbilical, lombares e depois do parto ás regiões iliacas. Podem contrahir adherencias em qualquer d'estas regiões, mas como os accidentes inflammatorios são mais frequentes depois do parto, resulta ficarem mais vezes adherentes nas regiões iliacas.

N'um grande numero de casos um accidente qualquer que suspenda a involução do utero depois d'um parto, póde occasionar o prolapso do ovario

no fundo de sacco de Douglas. Dois factos anatomicos nos explicam isto : são o maior pezo que os ovarios tem depois do parto, e a retroversão ou simplesmente a retroflexão do utero que ordinariamente acompanha a involução incompleta. O utero assim desviado arrasta consigo os ovarios, o esquerdo mais frequentemente.

Outros deslocamentos accidentaes e morbidos podem dar-se, uns devidos ás doenças do ovario, como na ovarite chronica sobretudo, em que a tumefacção do ovario, augmentando-lhe o pezo, determina o seu deslocamento para baixo e para traz entre o utero e o recto. Além da inflammação, temos todos os tumores do ovario (kystos sobretudo) que podem occasionar deslocamentos variaveis segundo o volume e os caracteres do tumor.

Ha ainda a mencionar a sahida dos ovarios para fóra da cavidade abdominal, tomando n'este caso o deslocamento o nome de *hernia*. Das hernias do ovario a mais frequente é a inguinal congenita.

E' pois importante ter em consideração estes deslocamentos, pois que muitas vezes na sua nova situação o ovario contrahe, como dissemos, adherencias que difficultam a sua extirpação, e tem mesmo acontecido abrir-se a cavidade abdômnal e não ser possivel encontrar o ovario, pelo que tem a operação de ficar incompleta.

Anomalias. — Ausencia de ovarios. Dos dois rarissima e até posta em duvida, mas ha casos em que todo o apparelho sexual falta. A ausencia d'um ovario só não é já tão rara.

Estas anomalias são provenientes em geral de uma falta de desenvolvimento, e ordinariamente acompanham-se de anomalias d'outras partes do apparelho sexual. Assim a trompa falta ou é reduzida a um cordão vermiforme nos casos em que o ovario correspondente não existe. Como regra geral quasi sem excepção o utero tambem é pouco desenvolvido ou até ausente quando os ovarios são rudimentares, mas a reciproca já não é verdadeira, pois que se contam muitos casos de ausencia total do utero com integridade perfeita dos ovarios e com molimen menstrual manifesto. N'um caso de Boyd os ovarios existiam n'uma mulher que não tinha nem vagina, nem utero, nem trompas.

Como anomalias devemos ainda considerar os casos de ovarios *supranumerarios*. O conhecimento d'este facto é importante, pois que tendo sido feita a ablação dos dois ovarios, pôde ficar uma porção accessoria que continue a funcionar e assim a operação não ser completa nos seus resultados. Assinalados a primeira vez por Herman, consistem em pequenos corpos situados na visinhança do ovario e ligados a este por um pediculo. Tem uma

constituição identica á do ovario, apresentando os folliculos e os ovulos com a mancha germinativa.

Beigel considera esta anomalia frequente (23 vezes em 500 autopsias).

Waldeyer descreve um caso em que havia seis ovarios accessorios, mas considera-os como simples excrescencias do ovario e talvez seja assim para a maior parte dos casos.

Estructura do ovario. — Sem podermos entrar em largos desenvolvimentos sobre este assumpto por varios motivos bem faceis de calcular, diremos contudo por memoria algumas palavras rapidas.

O ovario é constituido por uma trama connectiva com vasos sanguineos, lymphaticos, nervos e fibras musculares lisas; n'esta trama acham-se alojadas pequenas vesiculas chamadas folliculos de Graaf, que contém os ovulos, elementos essenciaes da funcção reproductora.

A superficie do ovario é coberta por uma camada de epithelio cylindrico, restos do epithelio germinativo embryonario. Immediatamente por baixo fica a *albuginea*, camada fibrosa sem folliculos continuando-se sem limites com a camada subjacente. A *albuginea* do ovario é negada por Sappey e admittida por Tait, Rouget e outros. Segue-se a camada *cortical* que contém os folliculos e depois a porção *medullar*, muito vascular, sem folliculos,

com fibras connectivas e musculares lisas irradiando do hilo.

Os folliculos compõem-se d'uma capsula d'envolucro, d'uma camada granulosa de cellulas arredondadas accumulando-se em grande quantidade na parte mais profunda do folliculo para constituir o *disco proliger* que contém o ovulo. Os folliculos soffrem uma evolução particular que dá em resultado a formação dos chamados *corpora lutei*, que tem caracteres differentes segundo que o ovulo é ou não fecundado.

O ovulo em si é composto de quatro partes: membrana vitellina, vitellus, vesicula germinativa e mancha de Wagner.

As arterias ovarica e uterina formam uma anastomose em arcada d'onde partem varios ramos que penetram no hilo. As veias volumosas e em grande numero formam um plexo importante, cuja ligadura quando se extirpa o ovario, pôde ter certo valor. Os nervos provêm do plexo ovarico.

Como annexo do utero ha ainda a considerar outro muito importante. E' a *trompa uterina*.

E' um canal situado na aza média do ligamento largo e tendo de comprimento cerca de 12 centimetros. Nasce d'um dos angulos superiores do utero, dirige-se um pouco obliquamente para cima, depois torna-se horizontal, descrevendo em seguida uma curva cuja concavidade se acha voltada para

traz, para dentro e para baixo de modo a abraçar o ovario. O seu calibre na extremidade uterina é de 0^m,001 e vae augmentando successivamente até á extremidade externa ou *pavilhão* da trompa que tem uma fórma de funil com o bordo livre guarne-cido de franjas em numero de 10 a 15. O pavilhão apresenta uma largura de 0^m,018 a 0^m,020. Todas as franjas são livres e fluctuantes, á excepção d'uma que ligá a trompa ao ovario e que tem o nome de ligamento da trompa ou tubo-ovarico já descripto.

A trompa compõe-se de tres tunicas: serosa ou peritoneal, muscular e mucosa.

A serosa envolve só tres quartos da circumferencia do canal, penetrando os vasos pelo quarto inferior. Ao nivel do pavilhão o peritoneo continua-se com a mucosa que tapeta a cavidade da trompa.

A tunica muscular tem dois planos de fibras: umas superficiaes e longitudinaes que são uma continuação das fibras superficiaes do utero; outras profundas, circulares, proprias á trompa.

A mucosa apresenta prégas longitudinaes e é forrada d'um epithelio vibratil, com os movimentos das celhas dirigidos para a cavidade uterina, auxiliando assim a progressão do ovulo atravez da trompa.

Na occasião da ovulação, o pavilhão adapta-se á superficie do ovario, e n'esta adaptação tem um papel importante o apparelho muscular de Rouget, a que mais atraz nos referimos.

Descrevemos a trompa no estado de completo desenvolvimento, mas convém lembrar que primitivamente a trompa, formada á custa do conducto de Müller, soffre durante a vida intra-uterina uma série de torsões em espiral sobre si mesma, que lhe dão um aspecto vermiforme e a dividem n'uma série de pequenas cavidades que mal communicam umas com as outras. Do nascimento á puberdade é que a trompa, crescendo e alongando-se, se regularisa n'um canal perdendo a fórma annelada.

Uma suspensão no desenvolvimento póde fazer conservar á trompa o aspecto vermiforme durante toda a vida, isto é, ficar no estado infantil.

N'outro capitulo insistiremos sobre a grandissima importancia d'este facto.

Na aza média do ligamento largo, entre o ovario e a trompa, encontra-se o órgão de Rosenmüller ou *parovarium* vestigio do corpo de Wolff. Assemelha-se a um pente, e compõe-se de quinze a vinte ou mais tubos parallellos vindo terminar n'um outro tubo perpendicular aos primeiros, que vem a ser o canal de Wolff atrophiado. E' n'estes canaliculos que se desenvolvem a maior parte dos kystos do ligamento largo ou hystos para-ovaricos.

III

CONSIDERAÇÕES PHYSIOLOGICAS

On peut apprécier l'action produite
par l'ablation d'un organe quand on
connait l'influence de cet organe sur le
reste du corps.

Hegar, Kaltenbach—Gynec. oper.
(trad.)

O papel que os ovarios desempenham no organismo tem sido objecto de numerosas controversias.

Em todos os tempos se tem reconhecido a influencia que as perturbações ligadas ás funcções genitales da mulher exercem sobre todo o resto do seu organismo. Para os antigos o órgão nobre do aparelho genital, o órgão de que dependiam certas alterações do systema nervoso, era o utero. A palavra hysteria creada por elles indica bem que era ao utero que referiam a causa das perturbações caracteristicas d'esta nevrose.

O conhecimento da anatomia e physiologia dos

ovarios, conhecimento adquirido sómente n'uma epocha bastante proxima de nós, graças á descoberta de Graaf e aos trabalhos de Bischoff, Costa, Pouchet, etc., fez modificar as ideias antigas dando ao ovario um papel preponderante.

Um facto admittido hoje em physiologia é a ruptura espontanea do folliculo de Graaf chegado á maturação e a dehiscencia consequente do ovulo.

O trabalho que se passa n'um folliculo maduro é analogo ao que se dá n'um folliculo dentario no momento da impulsão do dente. Um certo grau de distensão do folliculo impressiona os seus nervos sensitivos, e esta impressão produz d'um modo reflexo a contracção da tunica muscular do folliculo dando-se a ruptura d'este e a expulsão do ovulo. Mas os phenomenos não se limitam tão sómente a isto.

Entra tambem em actividade todo o aparelho muscular tubo-ovarico de Rouget, ao mesmo tempo que por inibição dos nervos vaso-motores do folliculo se supprime a contracção tonica das paredes dos seus vasos, dilatando-se estes passivamente pela pressão do sangue.

As veias que emergem do bolbo do ovario, mais volumosas e de paredes mais delgadas que as arterias que cobrem e cercam, são comprimidas pelas fibras lisas que penetram no ovario ao nivel do hilo. Esta compressão diminuindo o calibre das

veias sem contudo interromper a circulação, determina um augmento de tensão sanguinea em todo o systema vascular do orgão. O bolbo intumescce e entra em erecção; os vasos do folliculo destinado a romper-se dilatam-se consideravelmente. Resulta d'ahi um augmento consideravel de tensão do liquido contido no folliculo, visto a exsudação ser cada vez maior e juntar-se a isto a contracção da tunica muscular do folliculo; a distensão das paredes do folliculo attinge o maximo, este rompe-se, o seu conteudo é expellido, cessa o estimulo dos nervos folliculares, e com elle a contracção do apparelho muscular de Rouget.

No momento da ruptura dá-se uma ligeira hemorragia ao nivel da solução de continuidade, que póde tambem faltar. A vesicula esvasiada não se cicatriza immediatamente, soffre uma transformação especial, variavel segundo o ovulo fôr ou não fecundado, dando origem ao *corpus luteum*.

Isto que deixamos escripto constitue a ovulação. Hoje ninguem a põe em duvida, mas já a proposito da epocha em que ocorre, do periodo da vida em que começa ou em que termina, as opiniões divergem.

Comquanto na epocha do nascimento tenha sido observado algumas vezes o desenvolvimento d'alguns folliculos de Graaf, a verdadeira ovulação começa para a maior parte dos autores com a

puberdade e continúa periodicamente até á menopausa. Esta periodicidade não é admittida por todos como sendo de 28 dias em média, isto é, correspondendo ás epochas menstruaes.

Esta questão da relação que parece existir entre a ovulação e a menstruação tem sido muito debatida.

Négrier foi o primeiro que com dados scientificos estabeleceu a theoria que faz depender a menstruação do trabalho de ovulação que se passa no ovario. Esta theoria chegou a occupar na sciencia um lugar preponderante, e hoje comquanto tenham sido levantados argumentos que concorreram para lançar uma certa obscuridade sobre o assumpto, a theoria de Négrier ainda conta numerosos adeptos.

E' admittido ainda hoje por muitos que o estimulo originado pela distensão do folliculo chegado á maturação se propaga gradualmente a todo o apparelho genital, que está sob a dependencia d'um centro genito-espinal. (1)

Não são só os vasos do ovario e o seu tecido erectil que são influenciados; o utero tambem o é (e a mesma vagina).

A inibição dos vaso-constrictores traz consigo a dilatação atonica dos vasos uterinos; a contracção das fibras musculares da raiz dos ligamen-

(1) Experiencias de Goltz e de Fremberg.

tos largos e da camada superficial do utero (porção central do aparelho muscular de Rouget) determina a compressão das veias emergentes do utero. D'ahi o augmento de tensão do sangue e a erecção do corpo do utero. — Isto dá em resultado final a congestão e a ruptura dos capillares da mucosa uterina acompanhada de descamação epithelial constituindo as perdas catameniaes que persistem até á ruptura da vesicula de Graaf.

Esta forte congestão periodica dos órgãos genitales, dependente do trabalho continuo de desenvolvimento dos folliculos de Graaf, determina pois por um lado a ruptura d'um ou mais folliculos, isto é, a *ovulação*, por outro lado certas alterações da mucosa uterina que dão logar a hemorragia, isto é, a *menstruação*.

A ovulação e a menstruação são pois effeitos d'uma mesma causa segundo este modo de vêr.

Haverá entre estes dois phenomenos, ovulação e menstruação, uma solidariedade tal, que um não possa produzir-se sem o outro? Haverá uma simples coincidencia sem que sejam necessariamente ligados um ao outro?

Que ha uma certa connexão entre os dois phenomenos, isso é incontestavel; mas que a menstruação seja dependente do trabalho que se passa do lado do ovario, que não possa haver menstruação sem ovulação, é isto uma questão que parecendo

ter sido resolvida pela affirmativa, isto é, pela dependencia dos phenomenos um do outro, tem comtudo n'estes ultimos tempos soffrido numerosos ataques de modo a lançal-a n'uma certa obscuridade.

Analysemos os factos.

A influencia que o ovario exerce sobre a menstruação tem sua confirmação no facto das mulheres com ausencia congenita dos ovarios não serem menstruadas. Assim pois a ausencia de menstruação como tambem a esterilidade são caracteres constantes da ausencia congenita dos ovarios, como provam as numerosas investigações de Puech.

Por outro lado a menstruação cessa quando os ovarios são alterados completamente por uma doença, ou quando são extirpados na totalidade.

São numerosos os casos de ablação dos dois ovarios e a opinião da maior parte dos autores é que a menstruação cessa depois da extirpação. Koeberlé, que é da mesma opinião, diz o seguinte: «quando os dois ovarios são extirpados, sobrevém amenorrhéa e esterilidade absoluta. A ovariectomia dupla é por ventura seguida immediatamente da menopausa, sem que aliás o estado physico e physiologico da mulher se resinta d'uma maneira especial da mutilação que ella soffreu.»

E junta o mesmo autor que se a menstruação em alguns casos persiste, é que uma porção do tecido ovarico ficou retida ainda na cavidade abdominal.

Péan faz notar que, se fôr extirpado só um ovario, a menstruação continúa regularmente, mas se fôrem os dois, é excepcional vêr a persistencia das regras, comquanto este desaparecimento não se faça d'um modo brusco, pois que muitas vezes continúa a produzir-se durante alguns mezes um certo *esforço* hemorrhagico, que vae diminuindo gradualmente de intensidade.

Lebec em 59 casos de ovariectomia dupla que contou, notou 54 vezes a menopausa, 4 vezes fluxos irregulares sem caracter periodico, e uma unica vez uma menstruação perfeita, mas n'este caso a extirpação d'um ovario não tinha sido completa.

As estatisticas dos differentes autores, se não são tão concludentes a este respeito como a de Lebec, fazem comtudo vêr que os casos de menstruação persistindo após a ovariectomia dupla se apresentam n'uma proporção diminuta.

Vautrin (1), que não é excessivamente affeição-do á castração, apresenta a seguinte percentagem, que nos parece insuspeita:

A menopausa rapida dá-se em 76,4 %; a menopausa tardia sobrevindo depois de fluxos irregulares na proporção de 14,6 %, e só em 9 % dos casos é que a menstruação persiste.

(1) Du traitement chirurgical des myomes ut.—1886—pag. 332.

Os casos de persistencia da menstruação são susceptíveis de explicação sem que a theoria que faz depender os phenomenos menstruaes da ovulação, seja prejudicada. Ao contrario é ella que nos póde fornecer uma explicação satisfactoria. Assim nos casos de extirpação incompleta, um simples fragmento de tecido ovarico deixado na cavidade abdominal é sufficiente para manter a funcção ovulatoria e as suas consequencias. Ora, se attendermos ás difficuldades operatorias e á fórma caudada do ovario que assignalamos n'outro capitulo, não nos deve repugnar admittir estas operações imperfeitas como causa da persistencia das regras.

Ainda se recorre á existencia possivel de ovarios supra-numerarios, o que não é extremamente raro, e por fim ao habito adquirido pelos centros nervosos de congestionar periodicamente a bacia, habito que irá desapparecendo pouco a pouco com o tempo.

Os factos apontados mostram pois a grande influencia que a castração tem sobre os phenomenos menstruaes, e não permitem pôl-a em duvida.

Parece d'este modo incontestavel que é o trabalho de ovulação que dá impulso á funcção menstrual.

A este modo de vêr tem-se opposto alguns factos contradictorios.

Já mencionamos os casos de menstruação per-

sistente após a extirpação dos ovarios. Não voltamos a elles.

Mas ha mais. Se a theoria de Négrier é verdadeira, a autopsia d'uma mulher morta durante a menstruação deve revelar sempre vestigios da ruptura do folliculo de Graaf. Ora isto nem sempre tem sido observado. Sinety cita um caso d'uma mulher de 21 annos, hysterica, irregularmente menstruada, morta de tuberculose pulmonar. A autopsia apenas revelou alguns folliculos atresiados e nada de corpos amarellos. Como este citam-se alguns outros casos analogos.

A isto póde responder-se que ou se não trata-va d'uma menstruação verdadeira, mas de fluxos pathologicos (epistaxis uterinas de Gubler), ou então que a vesicula de Graaf chega á maturação sem se romper e desaparece por atrophia.

Faz-se ainda outra objecção baseada em casos de ovulação sem menstruação. Tem-se visto a concepção realisar-se em mulheres muito novas ainda não menstruadas, em adultas amenorrheicas já de muito tempo, e em mulheres que já não tem regras. Estes factos excepçionaes podem explicar-se por uma constituição imperfeita da mucosa uterina, ou por a excitação ovarica ser fraca de modo que o utero deixe de responder á impulsão que recebe do ovario ou responda d'um modo imperfeito por meio de fluxos leucorrheicos (regras brancas).

Como na maior parte d'estes casos ha chlorose ou phtisica a referir, concebe-se que perturbações geraes da nutrição possam tornar o trabalho incompleto, que o organismo não tenha força para responder ás sollicitações do ovario e que a ovulação persista sem que se produza uma menstruação propriamente dita.

Não é aqui logar proprio para apresentar todas as differentes theorias propostas para explicar o processo menstrual. Seria uma discussão longa que nem a natureza d'este escripto nem as nossas forças o permittiriam. Uns querem attribuir a causa do processo menstrual exclusivamente á mucosa uterina, mas deixam a questão muito obscura e não explicam grande numero de factos. Outros, como Tait, ligam a maxima importancia á trompa uterina na producção das regras. Parece-nos que será forçar um pouco a physiologia attribuir uma tão elevada influencia a um simples canal conductor. Além d'isso citam-se casos de extirpação das trompas, respeitando os ovarios, com persistencia da menstruação.

Em summa a menstruação, considerada pelos antigos como uma eliminação dos materiaes destinados á construcção do fêto, materiaes inuteis emquanto a mulher não concebe, ainda hoje se acha revestida de muita obscuridade. No entanto parece-nos que no estado actual dos nossos conhecimentos

não se pôde negar ao ovario uma influencia maior ou menor sobre o processo menstrual.

Vêmos pois o papel que os ovarios representam no organismo, já como logar de producção dos ovulos, já pela sua influencia sobre a menstruação. Mas a sua influencia vae mais longe, estende-se a toda a economia.

Os iniciadores da castração foram levados á concepção d'esta operação pelo conhecimento d'essa influencia.

A actividade genital quer se exerça d'uma maneira normal ou physiologica, quer d'um modo pathologico, termina com a menopausa. No caso de perturbações ligadas ás funcções sexuaes ha pois razão para se desejar uma menopausa prematura.

A menopausa não consiste unicamente na cessação do fluxo catamenial, do mesmo modo que a menstruação não é exclusivamente limitada aos phenomenos pelvicos. Em cada epocha menstrual as mulheres experimentam perturbações geraes mais ou menos intensas segundo os temperamentos. Assim nas condições normaes sentem por esta occasião um cansaço geral, dôres e calor na cabeça, dôres lombares; ficam n'um estado de irritabilidade nervosa que pôde attingir um grau muito elevado. Em condições pathologicas podemos então observar durante a epocha menstrual os mais graves phenomenos, como convulsões com perda dos sentidos,

complicações cardio-pulmonares, congestões mucosas e visceraes, erupções anômalas, etc..

Ora sendo isto os phenomenos menstruaes e significando a menopausa a cessação d'esses phenomenos, é legitimo tentar em certos casos uma menopausa prematura.

Convém lembrar aqui que a menopausa natural raras vezes se faz d'um modo brusco. Em geral quando chega a idade critica, surgem varias perturbações vaso-motoras, taes como rubores subitos da cara, suores com tendencia a calefrios, cephalalgias, vertigens, accessos d'oppressão, dôres nos rins, sensações de pezo e dôres no baixo ventre. Ainda se podem notar hyperesthesias, neuralgias, perturbações digestivas, hemorrhagias diversas, etc. Todos estes symptomas são geralmente irregulares e não affectam typo especial. Predominam sobretudo na epocha correspondente ás regras cessadas.

Ora sendo assim a menopausa natural, deve-se, quando se tentar produzi-la artificialmente, contar com a possibilidade de phenomenos semelhantes.

Após a menopausa o utero torna-se inutil e vae-se reduzindo de volume cada vez mais á medida que a mulher avança em idade; a vagina torna-se excessivamente molle, os grandes labios pendentes e sem rigidez.

Do lado dos ovarios os phenomenos de regressão tambem se manifestam, os ovarios atrophiam-se e esta atrophia precede certamente a dos outros órgãos genitales, pois que d'um modo geral o poder de concepção cessa annos antes da idade critica.

Resta-nos ainda fallar d'uma questão sobre a qual tem havido divergencias. E' a de saber se uma mulher privada dos ovarios perde os attributos do seu sexo, isto é, se modifica consideravelmente o typo feminino.

Sob este ponto de vista tem-se exagerado muito a influencia dos ovarios. Disse-se que a mulher assim mutilada perde os appetites sexuaes, a delicadeza e o arredondado das fórmãs, vê os seios atrophiaem-se-lhe, o seu moral modificar-se, emfim torna-se uma virago. A castração que no homem faria perder o vigor muscular, alteraria o timbre da voz, suspenderia o desenvolvimento da barba, na mulher produziria exactamente o inverso.

Ora a castração na mulher não tem sido praticada senão na idade adulta, e essas pretendidas modificações resultantes da extirpação dos ovarios, são para a maioria dos auctores além de inconstantes, d'uma insignificancia a toda a prova.

Algumas vezes tem-se notado o apparecimento d'alguns pellos no mento depois da operação; outras uma mudança no timbre da voz; outras uma tendencia para engordar. Ora estas modificações li-

geiras e inconstantes não invalidam a opinião geralmente accete pelos ovariologistas de que a extirpação dos ovarios não modifica sensivelmente o typo feminino. Os órgãos genitales conservam-se excitaveis, os seios pouco ou nada se atrophiam, as operadas não engordam consideravelmente a não ser que já de si tenham tendencia para a obesidade e na quasi totalidade dos casos nem o systema pilloso nem a voz soffrem modificações notaveis.

Em theoria deveria esperar-se que os appetites sexuaes se attenuassem consideravelmente. Em alguns casos citados por Bouilly, Anger e outros, assim tem acontecido, mas a maior parte das vezes a impulsão genesica não soffre alteração e chega mesmo algumas vezes a haver um certo grau de sobre-excitação genital (Spencer Wells).

A castração no homem produz relativamente aos appetites sexuaes resultados contrarios aos que se obtém na mulher. Mas devemos lembrar de que a castração no homem traz consigo a impotencia para a copula, o que não acontece na mulher, e é possivel que n'esta questão a imaginação intervenha em larga escala.

Postos estes principios geraes, passamos ao estudo importante das indicações da ablação dos annexos.

IV

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

da ablação dos annexos do utero

No capitulo precedente esforçamo-nos por demonstrar a importancia dos annexos do utero nos phenomenos menstruaes.

Sabe-se por outro lado que com a menopausa a vida propriamente genital cessa, e que é vulgar notar-se o desaparecimento, ou melhoramento pelo menos, de grande numero de perturbações ligadas ás funcções genitales, que porventura existissem antes da menopausa.

Isto póde admittir-se como regra geral, a que se deve contrapôr uma excepção importante, que vem a ser o cancro uterino, que é precisamente na epocha da menopausa que attinge o maximo de frequencia.

Podemos pois concluir que certos estados mor-

bidos (que podem até chegar a comprometter a vida) são susceptíveis de cura ou melhora com a menopausa natural.

Ora a extirpação dos ovários produz em regra geral a supressão da menstruação e a atrophia do utero. E' licito pois tentar em certos casos provocar pela castração uma menopausa prematura artificial.

Mas vejamos o reverso da medalha.

A ablação dos annexos offerece uma certa mortalidade e arrasta consigo uma esterilidade definitiva. São precisamente estas duas considerações que motivam a repugnancia de certos cirurgiões por esta operação.

Ora a cifra da mortalidade, se não é extremamente reduzida, é comtudo muito inferior, como veremos a proposito de cada indicação em particular, á cifra da mortalidade de muitas outras operações praticamente correntes.

A mortalidade da castração nos ultimos annos tem até decrescido d'uma maneira notavel, graças á applicação rigorosa da antisepsia e á perfeição operatoria que os cirurgiões tem adquirido com a experiencia. As ultimas estatisticas de Lawson Tait levam até a considerar a extirpação dos annexos como uma operação benigna.

Pelo que diz respeito á esterilidade devemos lembrar de que ella já é muitas vezes inherente á

affecção que motiva a castração. As lesões dos anexos fazem perder á mulher a faculdade de conceber, ou pelo menos tornam-a muito duvidosa.

Dado ainda que a concepção seja possível, a faculdade de levar a termo a gravidez é muito incerta, como em alguns casos de fibro-myomas uterinos. O estado das coisas póde até ser tal que essa eventualidade seja para temer, e se aconselhe o celibato ás padecentes.

N'outra ordem de factos, nos casos de affecções nervosas (epilepsia, alienação mental), poder-se-ia perguntar se essa consideração da esterilidade é a que mais reserva nos deva impôr, ou se devemos antes pensar na inconveniência de que mulheres em taes condições sejam mães. Não está nitidamente estabelecida a hereditariedade das doenças nervosas?

Uma louca estará nos casos de satisfazer aos deveres de mãe?

Não nos queremos metter n'estas questões, mas como quer que seja a castração n'estes casos só será praticada, como veremos, com a maxima reserva, embora esta reserva provenha principalmente d'outras considerações que não a da esterilidade.

O respeito aliás justissimo que se deve ter por estes órgãos, pois que são elles que tornam a mulher apta para a sua principal missão, a maternida-

de, não deve comtudo prender-nos excessivamente quando nos occuparmos de affecções sobre as quaes os annexos por si ou pelas suas funcções exerçam uma influencia a tal ponto desastrosa que chegue a comprometter a vida ou a tornal-a insupportavel.

Ainda a proposito de esterilidade devemos lembrar que se a castração faz perder a faculdade de conceber, nem por isso a mulher perde a aptidão para a cohabitação. Algumas vezes até em casos de intolerancia ou repugnancia para esse acto, a castração vem restaurar o gozo d'essa faculdade.

Considerações d'esta ordem levaram Hegar a estabelecer a seguinte indicação geral: «A castração está indicada nas anomalias e affecções que põem directamente a vida em risco, podendo produzir a morte em pouco tempo, ou então causando uma enfermidade permanente e progressiva que impeça todo o trabalho, bem estar e gozo da vida. Suppõe-se, bem entendido, que os outros meios de tratamento mais brandos não permittam esperar resultado algum, ou tenham sido empregados sem successos, emquanto que só a ablação dos ovarios pareça o unico meio de produzir a cura».

Examinemos pois as condições geraes em que se possa justificar a extirpação dos annexos.

1.º Os accidentes a tratar devem ter conexão com os phenomenos menstruaes. Quando a menopausa está proxima ou já se tem dado, não

está portanto justificada a castração para fazer desaparecer as funcções genitales, mas ainda é admissível quando os ovarios estejam lesados.

Convém lembrar que em alguns casos em que se conta com a menopausa natural para a cura de certas lesões, ella se faz esperar indefinidamente, persistindo as regras por muito tempo além do limite estabelecido como média.

2.º Antes de recorrer á castração deve-se ter empregado todos os outros meios menos perigosos e ficar-se convencido da sua inefficacia. Temporizar o mais possível, mas não cahir todavia em excesso de expectação. Dã tactica do cirurgião dependerá a boa escolha da occasião opportuna.

3.º E' ainda necessario, visto que a operação offerece uma certa gravidade, que a vida se ache sériamente compromettida, ou então tornada insupportavel por uma enfermidade longa e progressiva tirando todo o bem estar e gozo da vida e incapacitando a doente para qualquer trabalho. E' importante ter-se em vista esta ultima consideração para as classes pobres.

Eis os preceitos geraes. Alguns oophorectomistas ainda recommendam outras regras de somenos importancia. Assim Hegar tinha aconselhado que só se praticasse a castração quando se tivessem sentido os ovarios pelo toque vaginal. Ora isto nem sempre é possível, e ficariam muitas doentes sem

colher os beneficios da castração, se se attendesse a esta regra d'um modo absoluto, Hoje está regeitada na prática.

Outra regra é não operar quando haja signaes de inflamação pelvica recente e aguda, salvo no caso de suppuração. Tissier liga muita importancia a este conselho. Outros autores pensam de modo differente, e Spencer Wells diz que «todas as vezes que existe uma irritação peritoneal, o melhor para a fazer cessar é supprimir cirurgicamente a causa irritante». Fallaremos mais adeante das lesões inflammatorias dos annexos que podem carecer da extirpação d'estes (operação de Tait).

Devemos lembrar ainda que a castração muitas vezes não poderá ser levada a cabo após a abertura das paredes abdominaes. O cirurgião deve estar preparado para as eventualidades mais imprevisitas. Podem surgir difficuldades ou apresentarem-se condições que indiquem um outro rumo a seguir. Antes de tudo a operação será uma laparotomia exploradora.

Ainda um conselho dado pelos oophorectomistas é o de praticar a operação no periodo intercalar ás regras, para que se não opere sobre tecidos fortemente congestionados.

Passemos agora ao estudo das indicações especiaes.

No esboço historico que fizemos no principio

d'esta dissertação deixamos entrevêr os differentes estados pathologicos para os quaes se tinha recorrido á castração como meio therapeutico.

Determinemos esses estados morbidos e apreciemos a influencia que a castração possa n'elles exercer.

Para estabelecer indicações bem seguras devemos guiar-nos pela inducção racional e pelos factos agrupados em estatisticas.

Seguiremos a ordem que nos pareceu mais commoda para este estudo das indicações em especial. Para isso faremos as seguintes secções.

1.º Ablação d'annexos por metro-e menorragias *graves* devidas sobretudo a fibro-myomas uterinos, ou então de causa menos bem determinada. E' a *castração hemostatica* de Pozzi.

2.º Ablação d'annexos nos casos de obstaculo mecanico á evacuação do sangue menstrual por vicios de conformação ou de posição do utero, congenitos ou adquiridos. E' a castração por dysmenorrhœia *obstructiva*.

3.º Ablação d'annexos por perturbações nervosas, desde a nevralgia ovarica até nevroses graves (epilepsia, hystero-epilepsia) e mesmo psychoses. E' a este grupo que cabe mais especialmente a designação de operação de Battey, pois que elle a tinha comprehendido com o fim de supprimir dôres (*castração antinevropathica*).

4.º Ablação d'annexos nos casos de lesões proprias d'estes órgãos (inflammatorias sobretudo). E' uma castração *anti-phlogistica*. E' aqui que alguns applicam a designação de operação de Tait.

§ 1.º =Castração hemostatica

A—Castração nos *fibro-myomas* uterinos.

Estes tumores, assim chamados visto serem formados por tecido muscular e tecido fibroso reunidos em proporções variaveis, constituem uma affecção muito frequente. Bayle diz que elles existem n'um quinto das mulheres além dos trinta annos.

Apezar d'esta espantosa frequencia, a maior parte das vezes estes tumores ficam latentes e inoffensivos. N'outros casos revelam-se por perturbações pouco accusadas.

N'outros emfim constituem uma affecção grave, que pôde determinar a morte pelas hemorragias abundantes e repetidas a que dão lugar, pelos accidentes de compressão sobre a bexiga, recto, ureteres, vasos e nervos da bacia, e ainda por outras complicações, como phlebite, necrobiose do tumor, peritonite, septicemia, etc.

Os fibro-myomas podem pois de per si causar a morte, e Rœhrig chega a estabelecer a proporção de 11,4 0/0 para a mortalidade directa d'esta affecção.

Por outro lado, se não causam a morte são um grande numero de vezes uma enfermidade penosa e insupportavel sobretudo para os pobres.

O symptoma mais importante pela frequencia e pela gravidade que pôde revestir, é a hemorrhagia, que pôde ser intermittente, limitada á epocha menstrual (menorrhagia), ou então continua com exacerbação durante as regras.

Além das metrorrhagias assignalemos phenomenos dolorosos e symptomas de compressão sobre os órgãos visinhos.

Os fibromas uterinos dividem-se geralmente em tres grandes classes segundo a séde que occupam na espessura do útero: intersticiaes, sub-mucosos e sub-peritoneaes, ou melhor com Tillaux: parietaes, cavitarios e sub-peritoneaes.

Os parietaes e os cavitarios são os que maior influencia exercem sobre a nutrição do utero, que se hypertrophia ao mesmo tempo que a sua vascularisação augmenta e que a mucosa se injecta e se torna mais espessa.

São tambem estes os que mais ordinariamente produzem hemorrhagias rebeldes, mais abundantes porém menos perigosas nos cavitarios que nos parietaes, pois que aquelles relativamente podem ser tratados com uma certa facilidade.

Os fibromas sub-peritoneaes ao contrario pouca influencia exercem sobre a nutrição do utero,

mas podem attingir um volume enorme e dar lugar a peritonites ou a accidentes de compressão.

Um facto de observação clinica que muito importa notar, é que após a menopausa natural, as perdas sanguineas cessam, e os tumores fibrosos deixam de crescer, transformam-se e muitas vezes tendem a desaparecer.

Esta transformação resulta d'um processo atrophico; por vezes dá-se uma especie de calcificação do tumor. O mais das vezes o tumor esclerosado retrahe-se e isola-se no meio dos tecidos visinhos, portando-se como um corpo estranho indifferente.

Por este facto já sômos levados *a priori* a admittir favoravelmente um tratamento que tem principalmente em vista provocar uma menopausa artificial, como é a castração.

Mas estudemos agora mais especialmente o tratamento dos corpos fibrosos do utero.

Se os tumores não determinam symptomas a que se deva ligar importancia, basta um tratamento *hygienico*; se os accidentes (hemorrhagias, dôres) fôrem ligeiros, usar d'um tratamento *medico*. Se porém os accidentes fôrem graves, perigosos, depois de ter experimentado sem resultado os meios medicos, é-se forçado a recorrer a meios *chirurgicos*.

Não nos demoraremos com o tratamento medico. Mencionemos que o principal medicamento

empregado tem sido a ergotina, que se algumas vezes deu bons resultados, em muitos não produziu o effeito desejado, e até n'um certo numero d'elles as perdas augmentaram.

Mencionemos tambem as injeccões de agua quente e o *tampon* antiseptico com que se tem conseguido por vezes suster hemorragias abundantes.

Ainda se tem usado com proveito da tinctura de *canabis indica*, da sabina, dos banhos d'agua salgada e d'um tratamento thermal em estações proprias. Isto, já se vê, ligado a uma boa hygiene e tendo o cuidado de conservar o repouso durante as regras.

Devemos lembrar ainda o tratamento de Apostoli pelas correntes continuas, que ultimamente tem alcançado uma certa voga e a que convém recorrer sobretudo nas classes abastadas, antes de se decidir um tratamento mais energico.

Mas todos estes meios são muitas vezes insufficientes, e torna-se necessaria uma intervenção cirurgica. Temos varias operações cirurgicas a apreciar.

Não nos deteremos sobre os casos em que os tumores possam ser extirpados pela vagina, como são os cavitarios e ainda alguns parietaes susceptiveis de enucleação pela via vaginal.

O que devemos notar é que se ha autores que

preconizam a enucleação, ha outros, como L. Tait, que a consideram perigosa, com uma mortalidade elevada e não evitando recidivas.

Mas vamos considerar especialmente os fibromas sub-peritoneaes ou intersticiaes que em razão da sua séde ou do seu volume não permittam uma intervenção cirurgica senão pelo lado do abdomen.

As operações são curativas ou palliativas, segundo se extirpa o tumor ou se modifica a sua nutrição. As palliativas porém podem tornar-se curativas.

Como meios cirurgicos directos temos a myomectomy e a hysterectomy.

Como meios cirurgicos indirectos temos sobretudo a castração, e ainda as ligaduras atrophiantes.

Todas estas operações tem as suas indicações, e não se deve proceder d'um modo uniforme, isto é, preferir uma d'ellas a todas as restantes. A difficuldade está em determinar bem a operação que mais convém a cada caso em particular. Por vezes podem combinar-se estes processos entre si: castração com myomectomy, castração e hysterectomy, etc.

A myomectomy está indicada quando os tumores fibrosos sejam facilmente enucleaveis e sobretudo quando fôrem pediculados.

O processo das ligaduras atrophiantes é reservado para os casos em que após a abertura do

ventre se reconheça a impossibilidade de levar a cabo uma operação mais radical. A laparotomia não fica sendo simplesmente exploradora, e por vezes os resultados são muito satisfactorios (Antal).

Restam-nos a hysterectomy e a castração, as quaes, se por vezes tem indicações precisas ou uma ou outra, muitas vezes são ambas possíveis, apresentando as mesmas facilidades, e o cirurgião hesita na escolha.

Comparemos as duas operações.

Pelo que respeita á mortalidade, se examinarmos as estatísticas, vêmos que a hysterectomy offerece uma mortalidade de 33 a 35 % (1), devendo comtudo notar-se que as estatísticas se vão tornando melhores á medida que são mais recentes. No emtanto é ainda uma mortalidade muito elevada.

A castração offerece uma mortalidade muito inferior. Tissier em 1885 estabelece uma mortalidade de 14,6 %. D'então para cá tem até diminuido alguma coisa. Estrada em 1888 tinha recolhido 76 casos só com 3 mortes, o que dá uma mortalidade de 4 % evidentemente muito baixa. L. Tait apresenta a sua ultima série de 58 casos sem uma unica morte. Nós procuramos reunir todos os casos encontrados nos archivos e annaes gynecologicos des-

(1) Estrada, *Nouv. arch. d'obstétr. et de gynéc.*—Outubro de 1888.

de 1885 e chegamos a um total de 160 casos em que houve 8 mortes e 132 curas, nos 20 restantes nada vindo declarado quanto a resultados. Mas sem pretender formar estatísticas, que nos faltam elementos para isso, retenhamos a cifra geralmente admittida na actualidade, que é de 13 a 14%.

Vêmos pois que a castração é muito menos grave que a hysterectomia. Mas isto não basta para fazer juizo, é preciso attender aos resultados colhidos.

A hysterectomia, se fôr seguida de successo, cura, é verdade, radicalmente. Convêm no entanto lembrar que nem sempre põe ao abrigo d'uma recidiva, pois que extirpando um ou mais tumores, podem-se deixar nos tecidos restantes alguns pequenos nucleos que mais tarde se tornarão em tumores mais ou menos volumosos.

Como a menopausa produz uma certa remissão, pensou-se em provocar-a artificialmente pela castração. Esta intervenção no caso de fibromas uterinos considera-se hoje como uma boa, se não a melhor, applicação da castração. Assegura a cura d'um modo constante? Não, mas tem dado apezar d'isso os mais brilhantes resultados na maior parte dos casos. Assim lembre-se a sua influencia sobre as hemorragias, que são o principal symptoma que se pretende combater na maior parte das vezes em que se intervêm por meio da castração.

Vautrin, como vimos n'outro capitulo, estabelece, fundado nos factos, as percentagens de 76,4 % para os casos em que a menopausa sobrevêm rapidamente após a operação, de 14,6 % para os casos de menopausa tardia depois de hemorragias irregulares, e 9 % para os casos de persistencia da menstruação e das menorragias.

Estes algarismos mostram bem a influencia da castração sobre os phenomenos menstruaes. Póde pois admittir-se com Duplay como regra geral que a castração faz cessar as hemorragias uterinas. As excepções, aliás raras, poderão de resto ser facilmente explicadas.

A cessação das hemorragias porém nem sempre se dá immediatamente após a castração; as perdas por vezes continuam durante algum tempo por uma especie de habito talvez.

A castração não limita a sua influencia ás hemorragias dos fibromas. Tambem influe, e algumas vezes consideravelmente, sobre o desenvolvimento d'esses tumores. Vautrin encontra a retrocessão do tumor na proporção de 78,7 %

Assim a castração n'um grande numero de vezes deixa de ser simplesmente palliativa e póde chegar a offerecer as garantias d'uma cura radical. Ha comtudo casos em que nenhuma alteração de volume se observa, e outros desastrosos, mas felizmente raros, em que o volume augmenta e o tu-

mor soffre a degeneração kystica, o que é gravissimo.

A castração é pois uma boa operação, visto que quasi sempre attinge o fim principal que o cirurgião tem em vista, isto é, a supressão das hemorragias. Além d'isso acompanha-se em grande numero de casos d'uma diminuição progressiva do tumor, e estes resultados são obtidos com menos riscos que com outras operações.

Entretanto não se deve considerar a castração como o unico meio therapeutico a empregar em todos os casos de fibromas uterinos que necessitam d'uma intervenção cirurgica.

Como todas as operações, ella apresenta indicações e contra-indicações.

Sob o ponto de vista operatorio os fibromas podem dividir-se segundo o seu volume em pequenos, médios e muito volumosos; pequenos até ao volume d'um ovo de gallinha, médios até ao meio da linha que vae do umbigo ao pubis, volumosos d'ahi para cima podendo attingir e mesmo exceder o umbigo.

Admitte-se geralmente que a castração convém nos fibromas médios e pequenos que reclamam a intervenção não em virtude do volume, mas por causa de perturbações funcçionaes ou dolorosas e particularmente pelas hemorragias. E' n'este grupo que devemos ir procurar as indicações princi-

paes, mas isto não basta para nos elucidar circumstanciadamente sobre todas as particularidades relativas ás indicações.

O problema é complexo e actualmente ainda se não póde julgar d'um modo absoluto.

Entre as considerações a apreciar para a oportunidade da castração, Segond insiste nas *difficultades* possiveis da operação e no papel que ellas merecem ter na discussão das indicações.

Por vezes surgem difficuldades reaes que aggravam o prognostico, de modo que para a castração ser a operação preferida, deve ella antes de tudo ser d'uma execução relativamente simples.

Mas as difficuldades só poderão ser reconhecidas na quasi totalidade dos casos após a abertura do ventre. E' por isso que uma castração deve ser em primeiro logar uma laparotomia exploradora. Depois segundo o estado das coisas é que se deve optar ou pela castração, ou por outro modo de intervenção, guiando-nos n'isto a gravidade comparativa das operações de que podemos dispôr. E' então que é preciso dar todo o valor á gravidade particular das castrações muito laboriosas.

Não se fará a castração senão se a sua execução parecer simples. Difficuldade por difficuldade deve preferir-se a ablação directa dos fibromas (Segond).

As variedades que apresentam os fibromas

quanto a volume, séde, numero e connexões são tão numerosas que a determinação dependerá muitas vezes d'uma questão d'experiencia e tendencias pessoas.

Ha logar de distinguir uma castração de escolha e uma castração de necessidade.

A primeira será posta em prática todas as vezes que a julgemos susceptivel de dar, expondo a perigos menores, resultados tão bons como a hysterectomy.

Assim, quando as disposições do tumor são taes que a amputação supra-vaginal pareça facil, alguns cirurgiões não hesitam em preferil-a á castração; outros porém, considerando em igualdade de circumstancias a hysterectomy sempre mais perigosa que a castração, nos casos de doentes enfraquecidos em extremo (o que se dá na maior parte das vezes) não hesitam em escolher a operação que lhes parece mais rapida, mais simples e menos offensiva. Porisso preferem a castração e reservam a amputação supra-vaginal para os casos em que a castração se mostre assaz difficil para ser a operação preferida.

Ao contrario do exemplo precedente, quando a hysterectomy seja reconhecida impraticavel, como nos casos de fibromas inclusos nos ligamentos largos, adherentes, encravados, cuja ablação arraste comsigo perigos indiscutíveis, quando invadam o

collo uterino, quando o utero apresente uma grande quantidade de fibromas, a questão simplifica-se e a castração torna-se n'uma operação de necessidade. Infelizmente é também n'estes casos que a castração muitas vezes offerece as maiores difficuldades por os annexos se acharem deslocados e ás vezes profundamente alterados e adherentes.

Porisso é que algumas vezes o cirurgião se limita a uma laparotomia exploradora e torna a fechar o ventre, sobretudo nos casos em que a vida da mulher não esteja muito directamente ameaçada para que se tenha o direito de a expôr a manobras perigosas. Deve-se lembrar que as manobras intraperitoneaes não completadas compromettem a benignidade habitual da laparotomia simplesmente exploradora. Mas por outro lado note-se que ha casos de laparotomia em que foi impossivel fazer quer a hysterectomy, quer a castração, e isto por causa de adherencias multiplas. Tornou-se a fechar a cavidade abdominal sem fazer mais do que romper algumas adherencias, e no entanto a doente experimentou sensiveis melhoras após esta intervenção incompleta. (Houve este anno um caso semelhante na enfermaria de clinica medica).

D'isto se pôde concluir que a ruptura d'algunhas adherencias feitas, já se vê, com toda a prudencia, pôde prestar alguns serviços.

Para reduzir o numero das laparotomias simples-

mente exploradoras ainda temos as ligaduras atrophiantes dos vasos utero-ovaricos. Empregadas por Antal, Schröder, Terrier e outros, que as reputam capazes de produzir effeitos analogos aos da castração, comquanto o seu valor ainda não esteja bem definido, já nos deixam alimentar alguma esperança d'allivio e mesmo de cura.

Alguns querem até que os effeitos da castração sejam devidos a perturbações circulatorias resultantes da laqueação de grande numero de vasos que a extirpação dos ovarios necessita. E' uma circumstancia auxiliar, mas a verdadeira acção da castração explica-se d'outro modo.

A proposito das considerações relativas ás indicações, L. Championnière lembra a *posição social* da doente. As pobres não podem passar com palliativos.

Terrillon chama a attenção para ^a extensão da cavidade uterina. Insiste no interesse que ha sob o ponto de vista das indicações em apreciar a profundidade da cavidade uterina. A experiencia mostrou-lhe que a castração é sobretudo efficaç quando a cavidade uterina mede 10 a 14 centimetros.

Quando é muito pequena ou então muito grande, attingindo dezoito, vinte e até vinte e cinco centimetros de profundidade, ha poucas probabilidades d'exitto favoravel.

Duplay e com elle a maior parte dos cirurgiões

contra-indicam a castração nos casos de myomas muito volumosos e fibromyomas kysticos para os quaes só convêm a hysterectomy.

Recapitulando vêmos que umas vezes poderemos escolher entre os diferentes meios de intervenção cirurgica, outras seremos forçados a applicar um com exclusão dos outros, e n'outras emfim todos serão inapplicaveis.

N'um grande numero de vezes o diagnostico só poderá ser completado após a abertura do ventre, e o caminho a seguir variará segundo as circumstancias.

Tratando-se d'um fibroma unico situado n'uma das paredes d'um utero pouco augmentado de volume, e sobretudo sendo pediculado, está indicada a myomectomy simples.

Se ha metrorrhagias, dôres, utero hypertrophiado apresentando na sua superficie exterior um pequeno numero de fibromas de volume variavel, pediculados ou susceptiveis de enucleação sem abrir a cavidade uterina, aconselham os autores que se faça a ablação dos tumores mais facilmente accessiveis, mas ao mesmo tempo praticando a castração para produzir o desaparecimento das perdas e a atrophía dos tumores intersticiaes concomitantes que não foram extirpados.

Quando a ablação do tumor não possa ser feita sem a hysterectomy propriamente dita, é mais

conveniente nos casos de escolha possível preferir-lhe a castração por ser muito menos grave.

Deve-se reservar a hysterectomy para os casos de accidentes agudos graves não remediáveis pela castração, taes como phenomenos de infecção ou de compressão de marcha rapida, casos de gangrena ou suppuração do tumor, peritonite, estrangulamento intestinal, etc.

Em these geral as hemorragias e as dôres devidas aos fibromas são tratáveis com exito pela castração e dado o caso de que estes phenomenos continuem ou se aggravem, ainda nos fica o recurso da hysterectomy que então readquire os seus direitos.

A castração deve ser bilateral. Quando um dos ovarios não possa ser tirado por se achar preso por adherencias e não darem resultado as tentativas prudentes para as romper devemos contentar-nos com a castração unilateral que ás vezes chega a ser sufficiente, o que talvez se possa explicar por o ovario abandonado se achar de tal modo alterado (esclerosado) que está realmente supprimido sob o ponto de vista funcional.

Se ambos os ovarios são inaccessiveis, torna-se a fechar o ventre depois de ter feito algumas ligaduras atrophiantes nas regiões peri-uterinas.

Depois do que deixamos escripto podemos, resumindo, admittir com Estrada que se não deve actuar directamente sobre os tumores fibrosos do

utero senão quando a sua extirpação seja evidentemente simples e sem perigo. Preferir a castração na maioria dos outros casos e reservar a hysterectomia para as circumstancias excepcionaes em que ella constitue o unico meio de salvar uma existencia immediatamente ameaçada.

Fica pois demonstrado o valor da castração no tratamento dos fibromas uterinos, onde realmente presta serviços incontestaveis.

Convém lembrar que a castração nos fibromas é discutida a maior parte das vezes sem se attender previamente ao estado dos ovarios. O que se pretende é supprimir a sua funcção. E' a oophorectomia como nós a definimos.

Mas deve-se notar que quasi sempre os annexos se encontram mais ou menos alterados (fócos hemorrhagicos, degeneração kystica, etc.), e estas lesões virão ainda justificar a castração, porque os annexos alterados podem ter uma influencia nociva sobre os tumores hemorrhagicos.

B — *Castração nas metrorrhagias incoerciveis.*

Vimos que era a metrorrhagia o symptoma que principalmente motivava a castração nos fibromas uterinos.

Mas existem tambem metrorrhagias rebeldes que não são devidas a fibromas e cuja causa por vezes é difficil de determinar.

Dolérís aponta tres causas principaes de me-

trorrhagias sem fibromas (excluido o cancro que vem ordinariamente n'uma idade em que se não discute a castração, além de que se reconhece facilmente). São ellas: 1.^a) lesão da mucosa uterina — para as metrorrhagias devidas a esta causa um tratamento ^{intra-}extra uterino satisfará — 2.^a) congestões pelvicas dependentes d'uma perturbação nevro-vascular nas nevropathas anemicas — variedade rara tratavel pela electricidade e medicação nervosa; 3.^a) metrorrhagias dependentes de lesões chronicas dos annexos. Doléris só admitte a castração quando se leve á evidencia a existencia d'essas lesões. A castração acha-se então duplamente indicada.

Mas é possivel que haja outras causas. Não fallamos das metrorrhagias devidas a estados cachéticos, d'origem cardiaca ou pulmonar, para os quaes a castração de nada serviria. Mas não será natural admittir que as metrorrhagias sejam algumas vezes devidas a fibromas imperceptiveis?

Como quer que seja, sempre que o fluxo hemorrhagico attinja proporções taes que debilitem extremamente a doente, pondo-lhe a vida em perigo, e resista a todos os meios que ordinariamente o costumam moderar, a castração póde ser chamada a prestar serviços.

E' precisamente nos casos de metrorrhagias incoerciveis sem fibromas apparentes que ella offerece menor gravidade. Em 14 casos Tissier cita

um unico insuccesso e a cura completa para os restantes. E' preciso attender á condição social da doente.

§ 2.º = **Castração por dysmenorrhêa
obstructiva**

Aqui ha um obstaculo organico á evacuação do sangue menstrual.

Os ovarios funcçionam regularmente, o molimen pelvico menstrual manifesta-se, mas faltando as vias de sahida para o fluxo catamenial, ou sendo insufficientes, origina-se uma lucta de que resulta, além do abalo geral communicado a todo o organismo, uma estagnação do sangue, seguida bem depressa de inflammações pelvicas sem tendencia para a cura e exacerbando-se a cada epocha menstrual.

A doente experimenta em cada epocha catamenial dôres violentas lembrando as do parto.

As dôres podem irradiar em todos os sentidos e dar logar a crises nervosas da maior intensidade. Os reflexos nervosos são dos mais variados.

Isto todos os mezes e sem perspectiva de modificação até a menopausa. Os soffrimentos tornam-se continuos e podem surgir complicações como ruptura da trompa e do utero distendidos, lesões de peritonite, etc.

Esta obstrucção realisa-se de diferentes modos.

Umaz vezes trata-se de anomalias congenitas: ausencia de utero e de vagina, utero infantil, utero pubescente, atresia vaginal. O utero pubescente póde ainda talvez desenvolver-se, por isso não se deve castrar antes da idade do desenvolvimento possível, e deve-se tratar de activar todos os meios de favorecer esse desenvolvimento.

Outras vezes as anomalias são adquiridas derivando de processos gangrenosos devidos a compressões do parto ou a doenças geraes, como a febre typhoide.

Outras são cicatrizações viciosas resultantes de traumatismos, cauterizações, ulcerações syphiliticas que produzem atresias.

Ainda póde a obstrucção resultar d'uma posição viciosa do utero, uma retroflexão por exemplo, sem que o canal esteja diminuido de calibre, mas produzindo-se pelo encostamento das suas paredes um obstaculo á sahida dos menstros.

N'este ultimo caso a obstrucção cessa em geral curando-se a metrite concomitante e contendo o utero na posição normal por meio d'um pessario. Mas póde haver uma disposição especial que impeça a redução da flexão, como são as adherencias peritoneaes que immobilisam fortemente o utero na flexão.

Tratando-se d'uma ausencia congenita de vagina, se se reconhece a existencia do utero, póde-se tentar abrir uma vagina artificial, operação que não é comtudo destituida de gravidade, não esquecendo os perigos que pössam advir d'uma fecundação possivel e a sobre-excitação prejudicial que possa resultar da cohabitação.

Nas atresias vaginaes com mais razão se deve procurar restabelecer a permeabilidade franca do canal.

Mas na maior parte d'estes casos o utero é por si já insufficientemente desenvolvido, e no fim de contas as perturbações dysmenorrhéicas podem continuar após a operação.

Tem-se aconselhado para os casos de retenção menstrual fazer uma puncção pelo recto para dar logar á evacuação do sangue. E' uma operação palliativa, que é preciso repetir com frequencia, e póde dar em resultado o estabelecer-se uma fistula utero-rectal. Fica a doente sujeita ao grande perigo da septicemia pela possibilidade da entrada d'ar e de materias intestinaes no fóco sanguineo, além de que não está absolutamente a salvo d'uma fecundação desastrosa.

Para resumir podemos dizer que ha casos em que, apesar dos meios empregados, os soffrimentos se prolongam, a vida se torna insupportavel e as doentes reclamam um tratamento que lhes torne a

vida menos custosa, qualquer que elle seja, até com o risco da propria vida.

Ora a castração n'estes casos, está legitimamente indicada.

Vimos na historia da castração que a doente que fez suggerir a Battey a ideia d'esta operação, tinha uma atresia vaginal.

Raras vezes entretanto se praticará n'estas condições, porque a atresia genital coexistente com um molimen violento, é pouco frequente.

Ha que receiar tambem difficuldades operatorias. A excavação pelvica póde estar cheia de fócios sanguineos que envolvam os ovarios; mas isto só acontecerá quando se addiar excessivamente a operação.

Se fôr feita em tempo opportuno, não apresentará segundo Tissier essas difficuldades.

Este autor reune 19 casos com 3 mortes, o que lhe dá uma mortalidade de 15 %.

E' uma cifra elevada, mas não devemos accusar exclusivamente a castração d'esta percentagem se nos lembrarmos de que as mulheres mal conformadas do apparelho sexual offerecem muitas vezes vicios de conformação d'outros apparelhos, que as tornam mais vulneraveis e as fazem succumbir mais facilmente que as outras mulheres, sem ter havido até intervenção cirurgica.

§ 3.º = Castração anti-nevropathica

Aqui a castração tem por fim especial corrigir accidentes nervosos.

Nos dois grupos precedentes vimos que a castração prestava tambem grandes serviços combatendo o elemento *dôr*; porém no primeiro eram sobretudo as hemorragias que nos chamavam a attenção, no segundo existia um obstaculo mecanico ao curso dos menstros que dava logar ás mais variadas desordens nervosas.

Mas as perturbações nervosas podem manifestar-se d'um modo identico, isto é, apresentando uma connexão intima com o molimen menstrual, sem que todavia se reconheça qualquer das causas apontadas nos dois grupos precedentes.

Sabemos que foi em virtude de dysmenorrhêa dolorosa que Battey e Hegar fizeram as suas primeiras operações.

Battey suppunha primitivamente que extirpava ovarios normaes; mais tarde corrigiu, como dissemos, este modo de vêr, confessando o erro em que estava e dizendo que os ovarios se achavam mais ou menos lesados.

D'estas incoherencias resultou uma grande confusão e até desconsideração pela castração. Operou-se á ligeira por differentes estados nervosos, sem

profundar bem as suas relações com as funções genitales. Os insuccessos com relação á cura d'esses padecimentos multiplicaram-se em larga escala.

Esta questão da castração nas perturbações nervosas ainda hoje se acha muito obscura, e sobre ella ainda ha grandes discussões.

Battey divide em tres classes as doenças nervosas, para cuja cura se póde recorrer á castração: oophoro-mania, oophoro-epilepsia, e oophoralgia.

Chama-lhes assim porque as julga dependentes d'uma irritação proveniente do ovario e não do utero. Em abono d'esta opinião recorre á sua experiencia clinica, que lhe mostrou a existencia d'essas perturbações nervosas em casos de lesões manifestas dos ovarios, sem que nada podesse encontrar do lado do utero. Ainda em casos de coexistencia de lesões uterinas e ovaricas, a experiencia lhe mostrou que, removidos os ovarios, cessavam as desordens nervosas, não obstante a persistencia das lesões uterinas.

Hegar só julgava a operação indicada quando se verificasse a existencia d'um estado pathologico dos ovarios ou d'outro orgão do aparelho genital, e isso porque não admittia como facto demonstrado senão a acção repressiva da extirpação dos ovarios sobre a affecção genital e a sua acção indirecta sobre as perturbações nervosas ligadas a esta. Isto quer dizer que a castração póde curar uma

doença nervosa *connexa* d'um estado pathologico dos órgãos genitales.

Schroeder (1) contesta este modo de vêr. Em primeiro lugar, diz elle, não é a mesma coisa castrar porque o ovario se ache lesado, ou porque o utero tenha um tumor. O primeiro caso a bem dizer não pertence á castração propriamente dita, no segundo extirpam-se os ovarios para produzir uma acção de repercussão sobre um órgão doente. Ora por um mechanismo analogo a este segundo caso pôde-se pela castração exercer uma acção de repercussão curativa sobre a economia geral.

Não se sabe até que ponto existe a *connexão* entre as nevroses e o estado dos ovarios. Perturbações nervosas muito accusadas são susceptíveis de attenuação após a menopausa artificial ou natural, sem que haja modificações pathologicas bem evidentes dos ovarios.

Schroeder relata 12 casos com 3 successos brilhantes e conclue que ainda nos casos de ovarios normaes a castração pôde ser meio de cura de nevroses graves.

Como quer que seja, só a experiencia poderá resolver esta questão da castração nas nevroses.

Hegar que a principio rejeitava a castração quando não houvesse alteração anatomica no appa-

(1) Annal, de gynec.—janeiro de 1887—pag. 64.

relho genital, parece ultimamente ter feito concessões no sentido opposto.

Ha casos de extirpação de ovarios sãos favoráveis ás nevroses. As observações que de tempos a tempos apparecem, mandam esperar.

Os factos decidirão de futuro da opportunidade d'esta indicação.

Na maior parte dos casos em que a castração seja chamada a prestar serviços contra estados nervosos, e que os preste realmente, nós inclinamo-nos mais a admittir que os annexos estejam lesados, e então ficam estas operações comprehendidas na secção que em seguida estudaremos (ablação d'annexos lesados).

Mas convimos tambem em que na prática muitas vezes não ha signal physico de lesões d'annexos, existindo comtudo symptomas nervosos graves tão intimamente associados á menstruação. que somos levados a tentar a menopausa prematura, maneira indirecta de combater os accidentes, mas justificavel, visto que elles não cedem a outro tratamento.

Ha realmente estudos muito graves em que predomina o elemento dôr, que obrigam as doentes a passar todos os mezes durante os menstros uma porção de dias (quinze e mais) no meio de soffrimentos atrozes, syncopes, convulsões, etc., resistindo a todos os tratamentos o mais rigorosamente

observados. A vida torna-se insupportavel, fazendo até desejar o suicidio; as doentes ficam incapazes para o trabalho, o que é importante ter em consideração quando são pobres.

Isto é, já se vê, um caso extremo, mas é precisamente n'estas condições que se reclama uma intervenção energica.

Se as perturbações estiverem evidentemente ligadas ao molimen menstrual, se sobretudo o ponto de partida das irradiações nevralgicas pudér ser nitidamente referido ao ovario, está-se autorizado a intervir por meio da castração.

N'estes casos a operação é quasi sempre facil e a mortalidade é reduzida.

Tissier reunindo operações de diferentes cirurgias chega a uma mortalidade de 10 %. Mas ha até operadores que pela sua longa prática chegam a contar grande numero de casos quasi que sem mortalidade. L. Tait chega a dizer que n'estes casos a operação nunca é mortal.

Isso é sem duvida exagerado, mas póde-se concluir que não é a mortalidade que nos possa fazer hesitar, mas os resultados secundarios, que são bastante incertos.

Citam-se casos favoraveis de castração na epilepsia e até na alienação mental, mas ao lado d'elles tambem se contam muitos insuccessos.

Na medida actual dos nossos conhecimentos

parece-nos que só se poderá recorrer legitimadamente á castração nos casos em que os accessos tenham connexão evidente com as funcções sexuaes.

Mas tem-se ido mais longe. Ha quem pretenda justificar a operação ainda quando não haja connexão com a menstruação, e isso partindo da hypothese de que a ablação dos ovarios, produzindo uma alteração geral da economia, melhora a nutrição e acalma o temperamento nervoso.

A probabilidade de que isso succeda ainda assim não nos dá a garantia d'uma cura.

A influencia da menstruação sobre a nevrose é variavel; umas vezes os accessos corrigem-se, durante a epocha catamenial, outras exacerbam-se, outras só por essa occasião se manifestam.

Tem-se dito que a nevrose é despertada pela menstruação ainda no caso dos órgãos sexuaes não se acharem lesados.

Por vezes isso é incontestavel: mulheres sadias sem perturbações no intervallo dos menstros, tem violentas dôres n'esta occasião e não é possivel demonstrar a existencia d'uma lesão no aparelho sexual.

A menstruação póde dar o impulso, mas nem sempre é, segundo a phrase vulgar, a faísca que vae atear o incendio.

A verdadeira causa da nevrose deve na maior parte das vezes ser procurada não nos órgãos se-

xuaes, mas na economia geral e em especial no estado do systema nervoso.

Mas por outro lado devemos lembrar da relação existente entre o ovario e certos accidentes convulsivos, relação posta bem em evidencia por Charcot. E' que ha certamente nevroses primitivamente centraes e outras d'origem peripherica.

Em vista da obscuridade do assumpto é impossivel estabelecer indicações claras e bem assentes sobre taes casos.

E' uma questão actualmente aberta á discussão. Esperemos portanto pelos factos, que por emquanto são pouco convidativos.

Lembremos que ha casos de cura espontanea. Algumas vezes uma impressão mental produz a cura da nevrose. A ameaça da operação, a sua simulação (caso de Chiarleoni) (1) e ainda a operação incompleta tem produzido curas, o que nos faz duvidar da necessidade de operar e ácerca da realidade do successo operatorio no caso da operação ser levada a cabo.

Deprehende-se do que deixamos escripto, que temos uma certa repugnancia em admittir a ^{us-}contração n'estas condições. Mas estamos longe de negar com isto a influencia que a castração tenha na cura das nevroses.

(1) Gaz. degli ospit.—1888—n.^{os} 8 e 9.

Admittimol-a sem custo e achamos até a operação muito justificada quando as perturbações nervosas se relacionem com estados pathologicos dos órgãos genitales.

Admittimol-a ainda nos casos de dysmenorrhêa nervosa grave em que não seja possível reconhecer lesões dos órgãos sexuaes. Estes casos serão rarissimos e deve-se ter com elles toda a reserva, mas a gravidade dos phenomenos e a sua intima conexão com a menstruação justificam a intervenção.

Para os casos de nevroses não relacionadas com perturbações das funcções sexuaes não temos dados positivós que justifiquem a operação.

Amittindo, como fizemos, que a castração está indicada nas nevroses provocadas ou mantidas por um estado morbido dos órgãos genitales, não devemos comtudo consideral-a como um remedio universal para a cura das nevroses n'essas condições.

A suppressão da funcção ovarica de nada servirá se a irritação partir de nervos comprimidos por uma retracção cicatricial do ligamento largo ou d'outra qualquer parte dos tecidos pelvicos.

Varios factores podem concorrer para manter a nevrose. Será pois necessario que os outros factores que, além da lesão genital, concorram para a producção ou manutenção da nevrose, sejam accessiveis a tratamento, para que a castração seja coroada d'exitto.

A castração eliminando um factor cuja presença torna a cura impossivel, está perfeitamente indicada, mas póde ser insufficiente se não se attender aos factores restantes.

O tempo necessario para a cura das perturbações nervosas depois da operação é variavel. Os resultados da castração só podem apreciar-se devidamente passado certo tempo.

O tratamento após a operação é tanto mais necessario quanto sabemos que ao estabelecer-se a menopausa, nas proprias mulheres sadias até essa epocha podem observar-se phenomenos nervosos, psychicos e sobretudo perturbações vaso-motoras.

Isto ainda mais intensamente se manifesta nas pessoas já affectadas do systema nervoso.

A menopausa artificial póde ir pois provocar e exagerar as desordens especiaes á menopausa natural, e fazer repetir as perturbações que motivaram a operação. Felizmente o prognostico não é mau, e as melhoras estabelecem-se após algum tempo.

Uma causa de insuccesso póde ser a producção ou a exacerbação de peritonites ou cellulites pelvicas com formação de cicatrizes, adherencias, endurcimentos, etc.

Estas lesões podem occasionar irritações nervosas e provocar metrostaxis que podem simular a menstruação.

O fim da castração não póde ser attingido emquanto esses focos inflammatorios mantiverem as hemorragias.

Se a nevrose tinha o seu ponto de partida no ovario, fica outro foco de irritação em seu logar; se o ponto de partida estava no utero, como a atrophia d'este e cessação da sua actividade não são obtidas, conserva-se igualmente a irritação provocadora.

Convém pois evitar taes accidentes inflammatorios, e para isso usar de todas as precauções anti-septicas, sobretudo com os fios das ligaduras dos pediculos, que tem de ser abandonados na cavidade abdominal.

Deve-se ter a doente em observação durante bastante tempo, e se se declararem phenomenos inflammatorios tratál-os convenientemente.

Ha mais causas de insuccesso, algumas das quaes podem depender de imperfeições operatorias, como a extirpação incompleta do ovario.

E' preciso em summa ter em muita consideração a execução da operação e o tratamento ulterior de complicações que possam sobrevir para se poder esperar da castração resultados satisfactorios.

§ 4.º = Ablação d'annexos lesados
= Castração antiphlogistica.

Agora tem-se em vista a extirpação d'orgãos que pelas suas proprias lesões provocam phenomenos morbidos.

E' uma operação cirurgica justificada d'um modo identico áquelle por que se justifica a extirpação d'um fibroma doloroso, sub-cutaneo, a extracção d'um dente cariado, etc.

Extirpam-se orgãos inuteis ou degenerados, como se faz n'outra qualquer parte do corpo, pondo de parte, já se vê, a questão de gravidade.

Varios autores, como L. Championnière, Spencer Wells e outros, esforçam-se por estabelecer uma distincção absoluta entre a extirpação d'ovarios sãos e a d'ovarios lesados, e censuram L. Tait pela grande confusão que segundo elles dizem, veio trazer a este assumpto não fazendo essa distincção.

Em parte parece-nos terem razão, em parte não.

No caso de annexos lesados o operador pôde não ter em vista a funcção ovarica ao passo que no caso de ovarios sãos ou suppostos como taes, é precisamente a sua funcção que se procura supprimir com o fim de fazer cessar um conjuncto de accidentes que essa funcção provoque ou mantenha.

Mas querer separar o orgão da sua funcção é

uma questão delicada. Quando extirpamos os ovarios alterados pelas lesões d'uma ovarite chronica, por exemplo, chegamos ao mesmo resultado final que se obtém tirando os ovarios sãos, isto é, esterilidade, amenorrhêa, etc.

Como na maior parte dos casos de annexos lesados a extirpação é bilateral, o resultado final é o mesmo, embora os motivos que levaram a praticar a operação, sejam differentes.

Por outro lado sabemos que na quasi totalidade dos casos em que se extirpam os ovarios por um motivo justificado, estes se apresentam mais ou menos alterados. E' o proprio Battey quem, como dissemos, o vem confessar, e approxima assim notavelmente a operação que corre com o seu nome, da chamada operação de Tait.

No entanto, embora seja subtil a distincção e o exame das peças extirpadas venha confirmar isto mesmo, praticamente é possível se não necessario fazer esta distincção.

Foi isto o que nos levou no principio da nossa dissertação a admittir dois grupos principaes de casos de ablação de annexos: um, abrangendo os casos de ablação de ovarios e trompas que *macroscopicamente* não parecem lesados, para a qual reservamos convencionalmente a designação de *oophorectomia*; outro comprehendendo os casos de lesões d'annexos, predominando a doença da trompa como

lesão e como indicação. Era para este segundo grupo que tínhamos reservado a designação de *salpyngooophorectomia*.

Mas pondo de parte a questão de saber se é ou não justo fazer essa distincção, parece-nos conveniente discutir os dois grupos conjuntamente, e demais nós temos até obrigação de o fazer visto termos intitulado a nossa dissertação com a designação generica de *ablação dos annexos do utero*.

Feita esta digressão um tanto necessaria, entre-mos propriamente no assumpto.

Sabe-se a importancia que Tait liga ás trompas uterinas.

Diz elle que quando tira as trompas, geralmente mas nem sempre tira os ovarios tambem.

Está hoje bem estabelecido que as trompas de Fallopia são frequentes vezes séde de lesões, que podem ser origem de soffrimentos continuados que obrigam a um viver miseravel e põem até em perigo a cada momento a vida das doentes.

Isto abre-nos campo para resoluções energicas.

Reconheceu se que os casos de pelvi-cellulite e pelvi-peritonite se deviam referir a maior parte das vezes a lesões d'annexos.

O conhecimento das doenças das trompas é de data recente, e o diagnostico entre as diversas lesões que as podem affectar, não é feito muitas vezes com a exactidão que seria para desejar. N'um

grande numero de vezes unicamente se diz, como L. Tait, que se trata d'um «*tubar case*».

Ora os symptomas clinicos e a marcha espontanea da doença estão longe de ser sempre uniformemente os mesmos para cada caso.

Na maior parte das vezes trata-se de inflamações das trompas. Como facilmente se conjectura, os ovarios que lhes ficam proximos, muito frequentemente participam d'um modo secundario ou até primitivamente do processo morbido que affecta as trompas.

De modo que se trata no maior numero de vezes d'uma salpyngo-oophorite.

Em clinica as salpyngites podem dividir-se principalmente em catarrhaes e purulentas.

Em relação ás causas principaes as salpyngites podem ser de natureza blennorrhagica, tuberculosa, mas sobretudo d'origem puerperal.

Resumindo n'uma descripção geral os symptomas principaes, que são todavia susceptiveis da maior variabilidade, encontramos os seguintes :

Dôres vivas occupando o baixo ventre, mas com um maximo ao nivel dos ovarios. Exasperam-se pela marcha, movimentos e sobretudo pela pressão, sendo tambem mais intensas pela occasião da menstruação.

Metrorrhagias abundantes irregulares, mais habitualmente menorrhagia.

Nauseas quasi constantes, prisão de ventre habitual, defecação dolorosa, micção frequente, depauperamento gradual, repugnancia pelas relações sexuaes.

Acrescente-se que as mulheres que soffrem de lesões d'annexos, são o mais das vezes estereis e incapazes de trabalhar.

Muito mais importantes são os signaes fornecidos pela exploração: O toque vaginal permite reconhecer uma tumefacção assaz resistente e sensivel á pressão ao nivel do fundo de sacco lateral, ficando a parede vaginal independente e movel. Combinando o toque com a palpação abdominal, sobretudo depois do relaxamento da parede abdominal (chloroformisar sendo preciso), consegue-se muitas vezes apanhar o tumor entre as duas mãos.

O utero encontra-se quasi sempre desviado mais ou menos da sua situação normal, volumoso, sensivel á pressão.

O toque rectal vem confirmar os dados adquiridos.

Eis o que ha de mais importante a notar. Todos estes symptomas se prolongam durante um tempo indefinido e tornam a vida insupportavel.

Já dissemos que os symptomas e a marcha variam por assim dizer com cada caso.

Ha salpyngites que cedem a um tratamento apropriado, outras, que resistem a tudo, ficando a doente constantemente sujeita a recahidas agudas.

E' importante notar estas differenças, pois que ellas até certo ponto justificam a reacção de varios gynecologistas contra a extirpação dos annexos n'estas condições.

Como explicar estas differenças?

Para isso precisamos de estudar a anatomia pathologica das peças extirpadas.

A trompa apresenta-se com dois aspectos differentes. Umas vezes acha-se dilatada, formando um sacco unico contendo liquido seroso (hydro-salpyngite, sangue (hematosalpyngite) ou pus (pyosalpyngite). Outras vezes apresenta-se com as paredes muito augmentadas de espessura, contornada em espiral sobre si mesma e (o que é sobretudo importante) dividida em cavidades multiplas, separadas umas das outras por proeminencias da mucosa correspondendo exteriormente a sulcos. Esta disposição dá á trompa um aspecto moniliforme.

Os ovarios encontram-se igualmente mais ou menos alterados (abcessos, focos hemorragicos, esclerose, etc), cobertos de pseudo membranas, ligados ás trompas por bridas connectivas mais ou menos espessas. As lesões porém mais importantes a notar são as das trompas.

Freund (1) explica o aspecto moniliforme que as

(1) Semaine médic de 5 de Junho de 1889.

trompas por vezes apresentam, por uma suspensão de desenvolvimento.

Quando nos occupamos da anatomia dos annexos, mencionamos o aspecto annelado que a trompa apresenta nas primeiras phases do seu desenvolvimento.

Do nascimento até á puberdade os anneis vão desapparecendo, o canal vae-se regularisando e só ficam vestigios da conformação primitiva proximo do pavilhão (o que explica a obliteração frequente a este nivel. Postas as coisas n'estes termos, facilmente se explica a diversidade anatomo-pathologica acima referida, por uma suspensão de desenvolvimento sobrevinda no periodo que vae do nascimento á puberdade, o que não é raro.

Isto tem a mais alta importancia na consideração da etiologia das doenças da trompa, da sua marcha clinica e das indicações operatorias.

Assim podemos facilmente explicar as differenças observadas na marcha das salpyngites, por exemplo.

Se a inflammação se dêr n'uma trompa cujo desenvolvimento foi incompleto (trompa infantil), os exsudatos inflammatorios (muco, pus, etc.) accumulam-se nas pequenas cavidades em que se acha dividida a trompa, e os accidentes inflammatorios tendem a persistir indefinidamente.

Se a inflammação sobrevém n'uma trompa com-

pletamente desenvolvida, os productos exsudados sahem para a cavidade uterina, e a salpyngite é susceptivel de cura na maior parte das vezes sem ser preciso recorrer a intervenções radicaes.

E' justa pois em parte a censura feita por alguns a essas intervenções. Não se amputa o penis por uma gonorrhéa, não se castra um homem por um hydrocele.

Verdade seja que n'este caso os orgãos são incomparavelmente mais accessiveis.

Dolérís que condemna a castração na salpyngite, diz que ella se cura facilmente pela dilatação do collo uterino, seguida de *curetagem* e *drenagem* da cavidade uterina.

Será um bom tratamento no caso de trompas bem desenvolvidas, mas é com certeza insufficiente no caso de trompas infantis.

Portanto fica legitimada a indicação da castração n'este ultimo caso.

Mas resta-nos saber como se hade reconhecer nas doentes que as trompas são imperfeitamente desenvolvidas.

Freund diz que, se pelo toque vaginal só n'um numero restricto de casos se poderá reconhecer essa anomalia, o seu diagnostico poderá comtudo sempre fazer-se pelo exame geral e attento da doente.

Freund mostrou que existe um typo de mulher

que se refere nitidamente a um desenvolvimento incompleto de todo o organismo.

O seu systema osseo, quer a estatura seja grande quer pequena, conserva um typo infantil: columna vertebral quasi rectilinea sem inflexão, bacia pouco inclinada e pouco larga, quadris estreitos, sacrum não incurvado.

A cara conserva tambem um aspecto infantil, a menstruação tarda a apparecer, o instincto sexual em geral é pouco desenvolvido. Seios, monte de Venu e grandes labios pouco desenvolvidos, vagina curta e estreita, fundo de sacco posterior muito reduzido, utero pequeno em anteflexão exagerada, orificio do collo pouco pronunciado.

Além d'isso notam-se hypoplasias d'outros órgãos (coração, estomago), rins lobulados, trompas anneladas contornadas. Este ultimo signal seria o melhor, mas em muitos casos não poderá ser apreciado antes da operação.

A castração será pois chamada a prestar serviços nos casos de lesões de trompas infantis. Essas lesões serão principalmente a hydrosalpyngite, a pyosalpyngite e a hematosalpyngite. Mencione-mos ainda os casos de gravidez tubar.

Occupemo-nos agora d'outra questão para a qual L. Tait chama a attenção.

Para remediar accidentes morbidos determinados por uma lesão chronica (salpyngite por exem-

plo) dos annexos limitada exclusivamente a um lado, dê-se fazer a castração uni-ou bilateral?

Parece *a priori* que o principio cirurgico de se não extirpar órgão que não esteja lesado, cabia perfeitamente ao caso, e portanto a extirpação devia ser unilateral.

No emtanto segundo a experiencia de Tait, os factos clinicos indicam outro modo de proceder.

Até Dezembro de 1884 Tait (1) tinha praticado a extirpação unilateral 27 vezes com uma morte. Ficaram portanto 26 casos, assim distribuidos: 1 caso de abcesso d'ovario, 2 casos de ovarite chronica com adherencias, 4 de hematosalpyngite, 4 de hydrosalpyngite e 15 de pyosalpyngite.

24 d'estas doentes eram casadas e comtudo só nove tinham tido filhos antes da operação.

Tait vê n'este facto uma relação entre a doença d'annexos e a cifra da esterilidade (42 %).

Teve em 4 casos de praticar uma segunda operação por affecção ulterior dos annexos poupados.

Das 15 operadas por pyosalpyngite 5 morreram mais tarde no meio de symptomas que indicavam que a trompa poupada se affectára, rompera e provocara uma peritonite aguda.

D'aqui conclue L. Tait que nos casos de lesões

(1) Annal. de gynec.—Sept.º de 1887—pag. 232.

unilateraes fica indecisa a questão de saber se é necessario ou prudente fazer a extirpação dos dois lados.

Segundo Tait o unico meio de obter um resultado completo e definitivo, é fazer a operação bilateral.

Como a ablação dos annexos n'estes casos não é propriamente feita com o fim de provocar uma menopausa antecipada, e portanto não ha necessidade absoluta da ablação bilateral, parece-nos que haverá casos em que o cirurgião se deva limitar a uma extirpação unilateral.

A vontade da doente aqui como sempre é que deve fazer lei. Se ella quizer conservar os annexos d'um lado, dado o caso que não estejam lesados, devemos-nos conformar com os seus desejos, não sem primeiro lhe ter feito vêr os riscos que corre d'uma nova operação, como parece que é o caso mais frequente nas operações unilateraes.

Mas, como quer que seja, estes casos de extirpação unilateral serão raros, pois que a maior parte das vezes os annexos estão affectados d'ambos os lados.

Se tivessesmos de operar n'um caso de lesão unilateral, e se depois de abrir o abdomen nós fôsse possível reconhecer o estado infantil da trompa não inflammada, não hesitariamos em tirar os annexos d'ambos os lados.

Com relação à mortalidade Westermarck (1) contou 498 casos de extirpação de trompas (de 8 operadores) com 41 mortes, ou sejam 8 %.

* * *

Outras indicações.—Fehling ha pouco tempo ainda (2) chamou a atenção para os resultados que a castração parece dar na *osteomalacia*.

Refere 56 casos de gravidez em que foi necessario intervir por meio de secção abdominal, e isto em virtude de vicios de conformação da bacia causados pela osteomalacia.

Em 12 casos em que se fez a operação cesariana, só houve duas curas; em 44 operações de Porro contou 24 curas. N'este segundo grupo de casos a cura foi rapida e completa, supprimiu-se a menstruação, cessaram as dôres, e as doentes começaram a andar e a trabalhar.

Isto suggeriu-lhe a ideia da castração para a cura da osteomalacia.

Esperemos por factos novos que venham confirmar ou infirmar esta ideia, para formar juizo, que actualmente seria muito prematuro.

A castração ainda foi lembrada para prevenir

(1) Arch. d'obst. et de gynec.—Julho de 1888.

(2) Annales de gynec.—1888—pag. 150.

uma gravidez perigosa em casos de apertos excessivos da bacia.

Depois d'uma primeira embryotomia, recomenda-se á mulher que procure a todo o transe não se expôr aos perigos d'uma outra.

A maior parte das vezes esta recommendação não é attendida.

Em vista d'isto não se poderá justificar a proposta d'uma esterilisação pela extirpação dos ovarios?

A castração ainda tem sido proposta e praticada para curar a *nymphomania*. N'estas condições é uma operação condemnável.

Além de ser um meio assaz severo de corrigir esses excessos genesicos, a castração está longe de constituir um remedio efficaz para tal estado.

Esta indicação, considerada hoje injustificável pela maior parte dos autores, foi uma das causas que mais concorreram para desacreditar a castração.

Actualmente a extirpação dos annexos acha-se rehabilitada, e se recapitularmos o estudo que fizemos ácerca das indicações d'esta operação, poderemos tirar as seguintes *conclusões*:

1.^a— A ablação dos annexos do utero feita com todos os rigores da antisepsia moderna é uma operação que presta relevantes serviços em certos estados morbidos graves e sem esperança de cura por outros processos menos energicos.

2.^a — A sua mortalidade é muito inferior á de outras operações geralmente accites na prática. Os insucessos são largamente compensados pelos numerosos beneficios que d'esta operação se tem colhido.

3.^a — Unias vezes a ablação dos annexos é feita com o fim especial de supprimir a funcção ovarica e provocar uma menopausa prematura. N'estas condições está legitimamente indicada em casos de fibro-myomas uterinos, de metrorrhagias incoercíveis e de dysmenorrhea obstructiva. Ainda se está autorizado a recorrer á operação em certos casos de perturbações nervosas ligadas aos phenomenos menstruaes. Em todos estes casos a operação deve sempre ser bilateral.

4.^a — Outras vezes faz-se a ablação de annexos lesados que de per si provocam phenomenos moribidos.

5.^a — N'este ultimo caso a operação é sobretudo justificada quando se presuma d'uma suspensão de desenvolvimento das trompas (trompa infantil).

6.^a — N'estes casos de lesões d'annexos não é de absoluta necessidade a extirpação bilateral.

7.^a — E' importante a consideração da posição social da doente, quando se pense em extirpar os annexos.

V

PROCESSOS OPERATORIOS

Difficuldades e particularidades da operação

Dois methodos tem sido empregados na pratica da extirpação dos annexos do utero: o *methodo abdominal* e o *methodo vaginal*.

Ao tempo em que a castração começou a ser posta em pratica, os cirurgiões americanos empregavam frequentes vezes o *methodo vaginal*. Hoje com o aperfeiçoamento da antisepsia, prefere-se geralmente o *methodo abdominal*.

A castração vaginal, na Europa sobretudo, tem actualmente muito poucos partidarios.

As vantagens que os defensores da castração pela vagina reconhecem a este *methodo* são: exposição menor das visceras abdominaes a aggressões pelos dedos ou instrumentos; o evitar-se quasi completamente a sahida dos intestinos da cavidade abdominal no decurso da operação; possibilidade

d'uma *drenagem* perfeita e facil evacuação dos líquidos exsudados; cicatrização mais rápida; mortalidade menor; introdução difficil do ar na cavidade peritoneal; o operar-se a maior distancia do diaphragma (peritoneo menos susceptivel segundo Gilmore).

Mas a par d'estas pretendidas vantagens, a castração pela vagina offerece grandes inconvenientes.

Ha sempre certa difficuldade em fazer uma incisão do fundo d'uma cavidade. Corre-se o risco de offender com o bisturi o recto ou ainda uma ansa intestinal adherente ao ligamento largo.

Entre o peritoneo do fundo de sacco de Douglas e a parede da vagina póde existir uma camada de tecido cellular laxo, que se tem de dividir antes de chegar á serosa. Forma-se um canal artificial cujas paredes facilmente se inflamam.

Pela via vaginal será uma temeridade ir á procura dos ovarios sem os ter préviamente sentido pelo toque, pois que muitas vezes é difficil ou impossivel encontrar os ovarios, como nos casos de fibromas que encham a excavação pelvica, ou quando haja adherências.

Em casos de atresias vaginaes evidentemente tem de ser posto de parte.

A tensão dos ligamentos póde ser tal, que seja difficil abaixar os ovarios para formar o pediculo.

Opera-se ás cegas, e em casos de hemorragias torna-se difficil fazer a hemostase.

Em vista d'isto prefere-se geralmente a castração hypogastrica e reserva-se por excepção o methodo vaginal para certos casos em que os ovarios façam proeminencia nitida no fundo de sacco vaginal.

Methodo abdominal.—E' sem duvida o mais commodo para o operador, e o que permite mais facilmente a exploração.

A castração hypogastrica tem sido executada de varios modos ou processos.

Umas vezes faz-se por uma incisão unica na linha branca (processo mais geralmente seguido); outras por incisões obliquas ao nivel das regiões iliacas por cima da arcada de Fallopi; outras emfim determinando préviamente a situação dos ovarios e praticando a incisão da parede abdominal immediatamente por cima d'elles.

O processo das incisões bilateraes (processo de Flanken) tem a vantagem de fazer chegar mais rapidamente ao ovario, sobretudo quando elle adhiere estreitamente ás paredes lateraes, mas offerece numerosos inconvenientes: incisão dupla, tecidos mais vascularisados, córte obliquo das fibras musculares que expõe a accidentes consecutivos, cicatrização menos facil. Pelo processo de Flanken é difficil ou até impossivel augmentar a incisão á vontade, e surgem difficuldades quando os ovarios es-

tão proximos da linha média, quando têm adherencias ao utero, quando o ligamento do ovario é curto, quando o utero é de tal modo fixo que é impossivel puxal-o sufficientemente para as partes lateraes.

A incisão na linha branca tem a vantagem de se poder prolongar á vontade, de interessar poucos vasos, de ser unica e de cahir mais directamente sobre o utero, que nos ha-de guiar na procura dos ovarios, quando estes não tenham sido préviamente sentidos.

A incisão na linha branca é pois a preferida em regra.

Opera-se como n'uma laparotomia qualquer, havendo no emtanto particularidades a notar no caso especial que nos occupa.

A operação comprehende varios tempos.

1.º tempo.—Incisão da parede abdominnl.

Os tegumentos não se acham distendidos nem adelgaçados como nos casos d'um kisto ovarico, por exemplo. O tecido cellulo-adiposo pôde ser muito abundante, os musculos grandes rectos muito approximados, sendo por vezes difficil reconhecer a linha branca.

Algumas vezes uma enorme quantidade de tecido adiposo torna a operação bastante difficil. O escalpello tem de cortar a uma grande profundidade. Em duas das doentes que vimos operar ao

Ex.^{mo} Snr. Dr. Azevedo Maia, a parede abdominal media proxivamente um decimetro de espessura.

Ao chegar ao peritoneo é preciso ter todas as precauções. Póde dar-se o caso de haver adherencias das ansas intestinaes á parede abdominal, e corre-se então grande risco de offender o intestino.

N'uma das doentes referidas havia adherencias das ansas intestinaes a toda a região hypogastrica, e occorreu o facto que apontamos.

O nosso Ex.^{mo} Professor, sem manifestar a mais leve perturbação da sua serenidade habitual, procedeu á sutura do intestino offendido. Depois, verificada a impossibilidade de continuar em vista das multiplas adherencias existentes, tornou a fechar o abdomen.

Não houve consequencias de maior.

Este facto deu se ha já uma porção de semanas. O distincto Professor já pensou ulteriormente n'uma intervenção pela via vaginal.

A abertura deve ser tão pequena quanto possível, mas sufficiente para introduzir pelo menos tres dedos. Costuma regular de 7 a 11 centimetros, começando a 3 ou 4 acima do bordo superior do pubis, mas sendo preciso, póde prolongar-se para o lado do umbigo.

Feita a abertura, contem-se as ansas intestinaes e epiploon por meio d'uma esponja chata.

2.^o tempo. Procura dos ovarios.

Póde ser facil ou difficil. Procede-se em geral do seguinte modo: Introduzidos os dedos na cavidade abdominal, dirigem-se para a excavação á procura do fundo do utero; segue-se d'este ultimo para os lados guiando-nos pelos córnos uterinos até chegar ao ovario. Se este se acha nas condições normaes, sente-se um pequeno corpo duro, que com um pouco d'habito se reconhece facilmente ser o ovario. Toma-se então entre os dedos e puxa-se para fóra até a abertura abdominal.

Esta manobra apresenta por vezes difficuldades grandes.

Ora é a presença d'um fibroma volumoso que impede a exploração ou altera as relações normaes dos ovarios.

Ora os ligamentos largos são pouco extensiveis, e é difficil fazer o pediculo.

Ora são lesões inflammatorias que produzem desvios e adherencias, e podem chegar até a alterar completamente a fórma do ovario.

Estas adherencias com paciencia e prudencia podem muitas vezes ser destruidas, e puxando moderadamente consegue-se destacar o ovario.

Póde acontecer ainda que se não encontre o ovario, ou que seja impossivel chegar-lhe por se esconder por traz d'um tumor. O melhor então é não insistir, porque nos expomos a romper vasos e a produzir hemorrhagias graves.

3.º tempo.—Ligadura do pediculo e seu córte.

Quando a trompa estiver sã, Hegar e com elle alguns autores allemães, aconselham a que se deixe ficar, se o ovario pudér ser bem extirpado, visto como a sua ablação necessita uma ligadura mais consideravel, comprehendendo maior massa de tecidos. Se estiver lesada, deve sem duvida ser removida.

Os autores francezes aconselham a tirar a trompa ao mesmo tempo que o ovario, já porque lhe é attribuido por alguns um papel importante, já porque d'este modo é menos provavel deixar-se algum tecido ovarico. E' esta a tendencia actual da maior parte dos operadores.

Faz-se a ligadura em cadeia com um fio dobrado de sêda aseptica. Hegar recommenda uma segunda ligadura total por baixo da precedente para assegurar a hemostase perfeita. Tambem se pôde usar a ligadura de Tait, que é bastante commoda.

Feita a ligadura e bem apertada, secciona-se por fóra d'ella, procurando com cuidado evitar que fiquem algumas parcellas de tecido ovarico.

Se depois do córte se reconhecer que ficou no pediculo alguma porção de tecido ovarico, deve-se tiral-a completamente, e se preciso fôr, fazer uma nova ligadura por baixo. A cauterisação d'estas parcellas proposta por alguns autores, é illusoria, porque se não sabe até que ponto se dá a destruição,

e assim podem-se deixar porções intactas por baixo da eschara.

Feita a secção, deve-se ter todo o cuidado em limpar bem o peritoneo com esponjas, processo sufficiente na maior parte das vezes, pois que a quantidade de sangue derramado é em geral quasi nulla. A lavagem do peritoneo raras vezes é indicada.

Em seguida passa-se á ultima parte da operação.

4.^o tempo. — Occlusão e penso da ferida abdominal.

Este tempo é identico ao que lhe corresponde na *ovariotomia* propriamente dita. No entanto devemos lembrar que no nosso caso a pelle não se acha distendida, é geralmente espessa, rica em vasos e com uma certa quantidade de tecido adiposo. Além d'isso, como a abertura é estreita, os labios da ferida ficam mais ou menos contusos, e o peritoneo pôde separar-se das outras camadas. Convém fazer a resecção das porções muito contusas e das massas gordurosas que façam proeminencia.

Fazem-se pontos de costura profundos e superficiaes, e apertam-se bem, evitando o reviramento da pelle.

Só em casos raros se deixará um tubo de *drenagem*, como quando haja inflammção intensa e os liquidos exsudados sejam fortemente córados pelo sangue.

Por ultimo pensa-se a ferida, e envolve-se o ventre n'uma faxa compressiva. A compressão será forte nos primeiros dias, diminuindo-se mais tarde.

Deve-se estar precavido contra alguns accidentes consecutivos á operação. Algumas vezes tem-se observado metrorrhagias immediatamente ou pouco tempo após a operação. Attribuem-se ás laqueações dos vasos, as quaes produzem perturbações circulatorias. Estas metrorrhagias geralmente não são inquietadoras, e podem até ser uteis por descongestionarem os vasos. Nos casos extremos recorre-se a injeccões d'agua quente, *tampons*, etc.

Hemorrhagias bem mais graves são as que resultam de se soltar uma ligadura do pediculo mal apertada.

E' preciso pois ter todo o cuidado n'este tempo da operação, assim como na laqueação dos vasos abertos pela ruptura de adherencias.

Tem-se observado outro accidente, a occlusão intestinal, que talvez se podesse evitar tendo o cuidado de romper as bridas fibrosas que vão á parede pelvica, ainda quando não ponham obstaculo á extirpação dos ovarios (Hegar).

A peritonite septica generalisada é rara com uma antisepsia perfeita.

Pódem sobrevir peritonites circumscriptas, mas são accessiveis a tratamento e apenas retardam a cura.

Eis as complicações principaes que por vezes tem sido observadas.

Vamos terminar por apresentar uma relação succinta das ablações d'annexos praticadas no decurso d'este anno lectivo pelo illustre Professor a quem por varias vezes nos temos referido n'este escripto.

Observação I.—D. B. . . , do Porto, 28 annos, viuva, temperamento nervoso. Salpyngo-ovarite d'origem puerperal. Ablação dos annexos do utero por laparotomia abdominal, effectuada no dia 16 de Dezembro de 1888. Ajudantes os Ex.^{mos} Snrs. Drs. Candido de Pinho, Agostinho de Souza e varios alumnos do quinto anno.

Resultados: no dia 21 do mesmo mez tirados os pontos de costura, cicatrização linear perfeita. No dia 17 de Fevereiro sahiu completamente curada.

Obs. II.—M. C., de Mezão Frio, 27 annos, lymphatica. Salpyngo-ovarite suppurada devida a metrite puerperal. Extirpação d'ovarios e trompas pelo methodo abdominal no dia 21 de Março de 1889. Incisão de 6 centimetros de comprimento.

Resultado: tirados os pontos de sutura a 28 de Março. Cicatrização por primeira intenção. Sahiu curada em 4 de Maio de 1889.

Obs. III.—A. A., de S. João da Pesqueira, 33 annos, casada. Salpyngo-oophorite. Ataques hys-

tero-epilepticos. Operada pela via hypogastrica no dia 12 de Maio de 1889. Levantados os pontos de costura 9 dias depois da operação. Cicatrização por primeira intenção. Dois mezes depois da intervenção, veio a fallecer d'um accidente que nada teve a vêr com a operação.

Obs. IV.—J. A., Paredes, 22 annos. Laparotomia por lesões d'annexos effectuada no dia 2 de Junho. Levantados os pontos de costura 9 dias depois. Cicatrização por primeira intenção. Acha-se ainda na enfermaria em via de restabelecimento.

Obs. V.—Margarida P., do Porto, 29 annos, viuva. Operada por salpyngo-ovarite no dia 6 de Junho. Levantados os pontos de costura no dia 15 do mesmo mez. Cicatrização por primeira intenção. Em via de completo restabelecimento.

Obs. VI.—G. de M., 26 annos. Lesões d'anne-xos. Operada a 29 de Junho. Pontos de costura tirados no dia 8 de Julho. Em via de restabelecimento.

Obs. VII.—Maria M., 26 annos. Operação incompleta em virtude de adherencias, no dia 30 de Junho. Referimo-nos já a este caso quando nos occupamos do manual operatorio.

Obs. VIII.—F., 24 annos, solteira. Hydro-salpyngite direita e ovarite do mesmo lado, com adherencias multiplas. Salpyngite catarrhal esquerda. Fortes cólicas pelvicas, varias peritonites no decurso de 3 annos, cystite, tenesmo rectal, etc.

Ablação d'annexos d'ambos os lados no dia 7 de Julho de 89. Curativo para cicatrização por primeira intenção.

Esta ultima doente pertencia á clinica civil do distincto Professor.

Em todos os casos os soffrimentos datavam já d'alguns annos e tornavam as doentes incapazes de trabalhar.

Tencionavamos apresentar uma relação mais circumstanciada d'estas observações, mas impedenos d'isso a urgencia imperiosa do tempo. Além d'isso, sabemos que estas observações constituem assumpto especial d'outras dissertações que este anno se apresentam á Escola.

Damos por finda, pois, a nossa tarefa.

There

PROPOSIÇÕES

Anatomia — A anatomia normal dá-nos a razão da maior frequência do varicocele esquerdo.

Physiologia — O estímulo da menstruação parte dos ovários.

Therapeutica — Sendo possível a escolha da via de administração d'um medicamento, preferimos a hypodermica.

Pathologia externa — A ablação dos annexos do utero tem indicação no tratamento das metrorrhagias.

Operações — Em regra preferimos o methodo abdominal ao vaginal na extirpação dos annexos do utero.

Partos — A castração é indicada como meio preventivo d'uma gravidez perigosa.

Pathologia interna — Nos casos de derrame pleural esquerdo ha o maximo interesse em determinar a posição do coração.

Anatomia pathologica — O aspecto moniliforme que muitas vezes se observa nas trompas lesadas, explica-se por uma suspensão de desenvolvimento.

Hygiene — Reprovamos o emprego do phosphoro ordinario no fabrico dos *lumes prompts*.

Pathologia geral — Orgãos sãos podem ser prejudiciaes á economia.

Vista.

O Presidente,

Dr. Souto.

Póde imprimir-se.

O Conselheiro-Director,

Visconde d'Oliveira.