

N.º 265

A OVARIOTOMIA

É

O UNICO RECURSO NA CURA DOS KYSTOS MULTILOCULARES

THESE

APRESENTADA

À ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

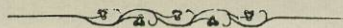
PARA SER DEFENDIDA

PELO ALUMNO

GUILHERME GONÇALVES NOGUEIRA

Guérir quelquefois, soulager souvent,
consoler toujours.

(DISCOURS DE P. MALLE).



PORTO:

Typographia do Commercio do Porto

Rua da Ferraria n. 102 a 112.

1867

IX/1^a-9 ENC

P.^o dia 24 de julho de 1867, pelas
11 horas da manhã.

Presidente - O Ex.^o Sr. C.^o José Carlos Lopes ^{for}

Ass.^o Ex.^o Srs.

Arguente } Cautens P.^o d'Aguiar
 } Manoel M.^o da Costa Leite
 } C.^o José d'Almeida Gramago
 } C.^o Romão Augusto Dias.

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

O Exc.^{mo} snr. Conselheiro Dr. Francisco de Assis Souza Vaz

LENTE JUBILADO

SECRETARIO

O Exc.^{mo} Snr. Agostinho Antonio do Souto

CORPO CATHEDRATICO

Lentes proprietarios

Os ill.^{mos} e exc.^{mos} snrs.:

1. ^a	Cadeira—Anatomia Descritiva e Geral.	Luiz Pereira da Fonseca.
2. ^a	» —Physiologia	José de Andrade Gramaxo.
3. ^a	» —Historia natural dos medicamen- tos. Materia medica.	João Xavier de Oliveira Barros.
4. ^a	» —Pathologia geral, Pathologia ex- terna e Therapeutica externa.	Antonio Ferreira Braga.
5. ^a	» —Operações cirurgicas e appare- lhos, com-fracturas, hernias e luxações	Caetano Pinto de Azevedo.
6. ^a	» —Partos, molestias das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Manoel Maria da Costa Leite.
7. ^a	» —Pathologia interna, Therapeuti- ca interna e Historia Medica.	Vaga.
8. ^a	» —Clinica medica.	Antonio Ferreira de Macedo Pinto
9. ^a	» —Clinica cirurgica.	Vaga.
10. ^a	» —Anatomia Pathologica. Defor- midades e aneurismas	José Alves Moreira de Barros.
11. ^a	» —Medicina Legal, Hygiene priva- da e publica e Toxicologia ge- ral	Dr. J. F. Ayres de Gouvêa Osorio.

Lentes substitutos

Secção Medica.	Dr. José Carlos Lopes Junior.
	Pedro Augusto Dias.
Secção Cirurgica.	Agostinho Antonio do Souto.
	João Pereira Dias Lebre.

Lentes demonstradores

Secção Medica.	Joaquim Guilherme Gomes Coe- lho.
Secção Cirurgica.	Dr. Miguel Augusto Cezar de An- drade.
Lentes jubilados	Dr. José Pereira Reis.
	Dr. Francisco Velloso da Cruz.
	Antonio Bernardino d'Almeida.

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação, e enun-
ciadas nas proposições.

(Regulamento da Escola, de 23 d'Abril de 1840, art. 155.)

A SEUS PAES

EM

TESTEMUNHO DE AMOR FILIAL

A SEU IRMÃO

EM

SIGNAL DE AMISADE

Offerece

© author.

AO

MEU PRESIDENTE

O EXC.^{mo} SNR.

DOUTOR JOSÉ CARLOS LOPES JUNIOR. •

EM TESTEMUNHO DE RESPEITOSA AMISADE

Offerece

o author.

RESUMO HISTORICO

DA

Ovariectomia e importancia d'esta operação como methodo therapeutico

Foi em 1809 que Mac-Dowel, cirurgião americano, praticou pela primeira vez, e com bom resultado, a extirpação de um kysto do ovario. Não era de certo porque não viesse já de muito longe a idéa de curar a hydropesia enkystada do ovario á custa de uma operação radical.

No seculo passado, parece que foi Delaporte o primeiro que annunciou a possibilidade d'esta operação; mas esta idéa não passou de theoria, porque nenhum operador teve o arrojo de a fazer entrar no dominio da prática; pelo menos, nos annaes da cirurgia, não se encontra relação alguma d'esta operação, porque não se póde considerar como exemplo de extirpação de um kysto do ovario a operação feita por Laumonier.

Boyer, no seu *Tratado de Cirurgia*, censura asperamente a ovariectomia e contenta-se apenas em recommendar para os kystos do ovario as punctões simples em tempo conveniente.

Desde a operação de Mac-Dowel, que passou desapercibida, assim como muitas outras praticadas pelo mesmo cirurgião e com igual resultado, só doze annos depois foi que Smith, tambem cirurgião americano, a praticou, sendo d'esta vez bem succedido.

Mais tarde, em 1825, foi praticada na Inglaterra por Lizars, e tambem com feliz resultado.

Posteriores tentativas, menos felizes do que as primeiras, affrouxaram tanto o enthusiasmo dos cirurgiões que, no espaço de oito annos, só seis operações se praticaram na Inglaterra, das quaes apenas duas foram seguidas de bom exito.

Em summa, desde 1809 até 1833, praticou-se a operação da ovariectomia por 23 vezes na Inglaterra, na America e na Allemanha, e d'estes 23 casos só 9 foram bem succedidos.

Foi desde esta epocha que a ovariectomia começou a generalisar-se e a tomar grande incremento na Inglaterra e na America.

Em 1851, Robert Lee reuniu 162 casos de ovariectomia praticados sómente na Inglaterra, e esta estatistica é considerada como incompleta, porque n'uma outra mais recente publicada por John Clay não se contam menos de 537 operações.

Na Allemanha, está tambem adoptada esta operação, mas pratica-se em muito menor escala, porque os resultados não são tão satisfactorios como na Inglaterra e na America.

Ao passo que a ovariectomia se vulgarisava cada vez mais, e que os seus bons resultados se multiplicavam de dia para dia na Inglaterra e na America, parecia que os cirurgiões francezes não estavam muito dispostos a acclimar no seu paiz esta invenção americana. Raras eram as operações que se faziam em França, e ainda assim os resultados eram pouco satisfactorios.

Em Portugal, praticou-a, pela primeira vez, em Fevereiro de 1866, A. M. Barboza, em Lisboa, n'uma rapariga de 20 annos, que falleceu poucos dias depois de ser operada. É este o unico facto na cirurgia portugueza.

Ao passo que a ovariectomia era abraçada por os praticos de todos os paizes, era mal recebida por a cirurgia franceza e logo condemnada sem provas que justificassem similhante decisão.

Era tal a prevenção dos cirurgiões francezes contra a temeridade da cirurgia americana, que os tornava até incredulos nas estatisticas, quando já cirurgiões respeitaveis de Londres e Manchester faziam entrar a ovariectomia no numero das operações correntes. Foi mais longe ainda a pertinacia dos cirurgiões francezes. Não podendo negar os factos, attribuiam os bons resultados, obtidos na America, á influencia da raça, e o mesmo diziam das observações inglezas, assegurando que as doentes inglezas seriam curadas, ainda quando fossem operadas na França, mas que as francezas nem mesmo na Inglaterra poderiam escapar.

A estatistica veio desmentir tão infundada asserção, porque em 26 ovariectomias, praticadas em França, em diversas localidades da provincia, desde 1860, notam-se quinze curas, resultado ainda mais vantajoso do que a média obtida pelos cirurgiões inglezes. Como prova contra a ovariectomia apontava-se o facto de se notarem caracteres respeitaveis que energicamente a combatiam.

Entre os adversarios d'esta operação notam-se na verdade ca-

racteres respeitaveis; vê-se, comtudo, que alguns d'elles, em presença dos factos, reformaram o juizo desfavoravel, anticipadamente aventado, e proclamaram a efficacia da ovariectomia. N'este numero acha-se comprehendido M. T. Smith, que, tendo combatido por espaço de 20 annos a extirpação dos kystos do ovario, veio, finalmente, alistar-se nas fileiras dos ovariectomistas; e o mesmo succedeu com Mr. Nelaton, o qual só depois da sua viagem a Londres é que abandonou a primitiva crença e reconheceu as vantagens da extirpação.

Conversões de tanta importancia seriam sufficientemente animadoras, se os resultados obtidos na America, Inglaterra, França e Alemanha não bastassem a desannuiar o animo dos que ainda vacillam em praticar uma operação que denominam horrorosa, para salvar as victimas de uma doença que resiste a todos os outros methodos de tratamento.

Mas vejamos esses resultados.

Segundo o mappa geral, publicado por M. J. Clay em 1860, o numero total das ovariectomias praticadas até áquella época era de 395, das quaes 212 foram seguidas de cura e 183 fataes. Se compararmos esta estatistica com a das grandes operações chirurgicas, não poderemos deixar de admittir que semelhante resultado é eminentemente satisfactorio, mórmente se attendermos, como observa Mr. Kœberlé, ás epochas e indicações sob cuja influencia foi praticada a operação, ás circumstancias especiaes, casos particulares, e finalmente aos progressos modernamente realisados nos methodos e processos operatorios.

N'estes ultimos tempos, de facto, o manual operatorio soffreu consideraveis modificações, e as circumstancias em que deve ser praticada a operação foram bem limitadas. Em razão d'isto, segundo os dados estatisticos do author citado, observam-se os seguintes resultados: nos casos em que os tumores são desprovidos de adherencias obteem-se 70 curas em 100 ovariectomias; nos que teem adherencias pouco extensas 60 por cento; nos que as teem muito extensas 50 por cento.

As observações particulares de Kœberlé acham-se em harmonia com a estatistica geral de Clay, porque em 12 ovariectomias, praticadas em Strasbourg por aquelle operador, até 1864, 9 casos foram seguidos de cura completa. Estas observações, dignas de credito, por virem acompanhadas de minuciosas particularidades, tanto relativamente ás phases do desenvolvimento da doença, como das circumstancias em que foi emprehendida a operação, os processos seguidos e os accidentes, servirão de incentivo aos que hesitarem na adopção de tão humanitaria prática. Outra objecção, a que se ligou muita importancia, foi a difficuldade e incerteza do diagnostico dos tumores do ovario. Cita-

ram-se os factos de Lizars e Mac-Dowel, que fenderam o abdomen desde o appendice xiphoidêo á symphise pubica, encontrando; o primeiro, em vez de kysto do ovario, uma saliencia mais exagerada do angulo sacro-vertebral; o segundo uma dilatação dos intestinos por meio de gases. Comquanto semelhantes erros devam pôr de sobre-aviso os ovariomistas para que não pratiquem temerariamente uma operação sem que conheçam de antemão o que a reclama, nem por isso merecem a alta importancia que á primeira vista parecem ter, porquanto a percussão e a auscultação, as noções exactas que a sciencia possui acerca da doença e a experiencia de tantos annos, fornecem preciosos recursos para se diagnosticarem com precisão os tumores do ovario; além de quê, como muito bem observa M. S. Wells, os erros commettidos pelos operadores não condemnam as operações. Ninguém, por certo, abandonará a talha unicamente pelo facto de terem sido fendidas bexigas que não continham calculos, nem se regeita a ligadura, apesar de terem sido ligadas arterias sem aneurisma.

Em casos duvidosos aconselha o bom senso uma sábia prudencia.

Sendo o tratamento medico, as punções palliativas e as injecções iodadas improficuas na cura dos tumores do ovario, é a ovariotomia o recurso de que o clinico deve lançar mão.

Pelas observações de Lee as doentes, tratadas simplesmente por meios medicos, morrem na seguinte proporção: 26 % depois de um anno, 19 % no segundo, 13 % no terceiro, 8 % passados quatro annos, 13 % depois dos 5 annos. Metade das doentes succumbem no espaço de dous annos, a partir do momento em que o kysto adquire um volume consideravel.

Para demonstrar a improficuidade das punções palliativas eis os dados obtidos por Kœberlé:

A estatistica é formada de 46 doentes, que foram punccionadas por Lee, 64 por Kuisck, 20 por Seuthan.

No primeiro anno depois da operação, morreram 50 por cento, e d'estas 10 por cento nas primeiras 24 horas, 17 por cento succumbiram dous annos depois, 8 por cento no terceiro, 10 por cento n'um espaço de tempo variavel de 4 a 7 annos. Das outras doentes, umas morreram por doenças intercorrentes, outras não poderam ser seguidas.

Quanto ás injecções iodadas, são d'este modo avaliadas por Mr. Kœberlé: «As injecções iodadas não são applicaveis senão aos kystos «uniloculares. Estes casos são extremamente raros. A maior parte dos «kystos denominados uniloculares apresentam annexos, kystos multilo-
«culares, que se desenvolvem consecutivamente e que tendem a repro-
«duzir a doença. A extirpação dos ovarios doentes põe ao abrigo das re-
«calhidas. As injecções iodadas, necessariamente acompanhadas de uma

« punção, não estão isentas de grave perigo. Deduz-se, por consequin-
« te, que em geral ha vantagem em tratar tambem os kystos unilocu-
« lares pela extirpação. As punções successivas e as injeções iodadas
« devem ser reservadas para os casos em que a extirpação é contra-in-
« dicada pela idade e estado geral da doente, pela natureza do tumor
« ou por outras circumstancias que tornam a extirpação muito perigosa
« ou impraticavel.» D'aqui dimana, como consequencia necessaria, que
a ovariectomia deve ser empregada como methodo geral no tratamento
dos kystos do ovario; e que as injeções iodadas aproveitam quando se
dêem circumstancias especiaes á doente e á doença, devendo por isso
ser tidas na conta de methodo secundario.

A vista das vantajosas curas, obtidas pelos ovariectomistas na
America, Inglaterra e França, teem-se pouco a pouco desvanecido as
prevenções e repugnancia de uma grande parte da classe medica em
adoptar uma operação, tida como arrojada, temeraria e infructuosa;
hoje é geralmente admittida e póde considerar-se uma das maiores con-
quistas da cirurgia moderna. Nenhum operador, por certo, se recusará
a prestar este recurso da medicina operatoria ás victimas de tão terri-
vel doença, reconhecida como é a improficuidade dos outros methodos
de tratamento.

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

DA

OVARIOTOMIA

A ovariectomia, apesar de ser o unico meio seguro de combater os kystos do ovario, é uma operação tantas vezes seguida de funestos resultados, que não deve ser praticada em todas as mulheres e em todas as condições.

Em quanto que um tumor do ovario não estorva materialmente a doente nos seus habitos externos, não exerce alguma pressão prejudicial nos órgãos contidos no abdomen e na bacia, não altera as funções pulmonares, não traz consigo um grande emmagrecimento, uma dor insupportavel, uma difficuldade penivel na locomoção, ou pelo menos, em quanto se póde combater a sua influencia perniciosa por os cuidados hygienicos e medicos, devemos deixar a doente n'este estado e não recorrer a nenhum tratamento cirurgico.

No caso contrario a ovariectomia é o unico recurso.

As punções palliativas, as injeções iodadas e os demais processos até agora empregados no intuito de curarem a doença, além de serem improficuos, tornam-se muitas vezes ruinosos, excepto nos casos de tumores simples uniloculares. Seria, portanto, imprudente a temporisação, e grande responsabilidade moral caberia, sem duvida, ao medico que deixasse a ovariectomia para a ultima instancia. Que resultado poderia esperar-se de uma doente operada, a quem a doença, as suas complicações e as operações palliativas, houvessem por tal forma deteriorado o organismo, que não offerecesse uma reacção energica e vigorosa contra os accidentes consecutivos? Convem, portanto, operar opportunamente.

As condições da operação são relativas: ao diagnostico, á constituição do kysto (uni ou multilocular), á natureza do liquido, ás adherencias, ao desenvolvimento do kysto, ao seu volume, á marcha da doença, á idade da doente, ao seu estado geral e ás complicações.

Diagnostico. É conveniente, antes de praticar a ovariectomia, fazer um diagnostico exacto e ter a certeza de que se vai extirpar um kysto do ovario. Esta condição póde parecer superflua á primeira vista, se não attendermos a quão funestos e frequentes são os erros do diagnostico. Todas as estatisticas da ovariectomia apontam um grande numero de casos de tumores de differente natureza, taes como os cancros do epiploon, dos intestinos, do estomago, do ovario, que teem sido tomados como kystos do ovario e operados como taes. É verdade que algumas d'estas operações teem tido bom resultado, mas, no maior numero de casos, as doentes falleceram antes da operação terminar.

Constituição do kysto. Para praticar a ovariectomia não basta ter a certeza de que a doença em questão é um kysto do ovario, é tambem preciso ter certas noções da sua constituição anatomica. É de maxima importancia o saber-se se o kysto é unilocular ou multilocular, porque o primeiro póde curar-se por a punção e a injeccção iodada, mas no segundo caso é rarissima uma tal terminação, se é que existe algum exemplo.

Difficilmente se póde esperar uma cura completa e ainda assim só em circumstancias muito excepcionaes, como, por exemplo, nos kystos em que o numero das lojas é muito diminuto, e que facilmente se podem evacuar e injectar-se separadamente.

Quasi sempre existem partes solidas mais ou menos volumosas, ou grupos de pequenos kystos, que são um obstaculo invencivel á cura dos kystos do ovario por a punção e por a injeccção iodada.

Em summa, a segunda condição para o bom exito da operação é a certeza do kysto ser unilocular ou multilocular e se as paredes são simples ou se conteem na sua espessura massas mais ou menos volumosas.

Natureza do liquido. Se o kysto contém um liquido claro, transparente e que não é viscoso, póde curar-se radicalmente, e muitas vezes se cura por a punção e injeccção iodada; o contrario acontece quando o kysto contém um liquido levemente viscoso. N'estes casos, o kysto desaparece algumas vezes por algum tempo, ou, pelo menos, diminue de volume e parece seguir uma marcha retrograda para tornar a apparecer ao fim de algum tempo, tomando então maior

desenvolvimento. Deduz-se d'aqui que para os kystos que contem um liquido claro e não viscoso é conveniente a punecção e injeccção iodada; para os outros a ovariectomia é o unico recurso.

Adherencias. No maior numero de casos é impossivel diagnosticar a existencia das adherencias. Deve-se, comtudo, confessar que a incerteza do diagnostico não é razão para nos abstermos de operar, porque, n'esse caso, estamos quasi sempre condemnados a não empregar a ovariectomia. Quando o kysto é pouco volumoso, podemos conhecer se ha adherencia, introduzindo um dedo pela vagina, e, com a outra mão collocada sobre o abdomen, fazendo executar alguns movimentos ao kysto.

A ausencia das adherencias é uma condição favoravel para o bom resultado da operação. Se a adherencia é pouco extensa, ainda a operação póde dar um bom resultado; no caso contrario, em que as adherencias são muito extensas, a operação é muito dolorosa, muito grave, e ás vezes até impossivel.

Periodo de desenvolvimento. Dizer em que momento convem praticar a extirpação do kysto é uma das questões mais importantes e das mais difficeis de resolver.

O desenvolvimento de um kysto póde dividir-se em tres periodos distinctos: periodo de invasão, médio e extremo. Pensa Nelaton que o kysto só é operavel no seu periodo médio; mas esta regra tem uma grande latitude, porque o periodo médio comprehende muitas phases; é no principio, ou no meio d'este periodo, ou no momento em que o kysto passa do segundo para o terceiro periodo? Sobre esta questão prática os cirurgiões dividem-se em dous campos distinctos.

Backer Browen, um dos partidarios mais entusiastas das operações precoces, dá a razão da sua maneira de pensar nas seguintes palavras: «Não é necessario, diz elle, para justificar esta operação, que a doente esteja n'um perigo de vida; basta que seja certa a morte em consequencia da doença que nos propomos curar, ainda que seja demorada por mezes ou annos de soffrimento.»

Os que pensam como Backer bascam-se nas seguintes razões: o pequeno volume do kysto torna a operação mais facil; a data recente do kysto e a ausencia de todo o tratamento são condições favoraveis para que se não encontrem adherencias; as operadas, tendo ainda bastante saude e forças, soffrem melhor as consequencias da operação e resistem ás causas da morte.

Pelo que diz respeito á primeira razão, é forçoso confessar que

a facilidade da operação deve ceder a considerações de maior importância, taes como o estado geral das doentes e as adherencias.

A segunda razão respondem as estatisticas, mostrando-nos que os resultados não são tão consideraveis em favor das operações precoces que authorisem a praticar a operação em taes condições, e concedendo que a somma dos casos felizes decida este ponto pratico, teem então a preferencia as operações precoces, ficando sempre o remorso de entregar á morte mulheres a quem a natureza reservava talvez alguns annos de existencia. Além d'isto, o receio de encontrar um kysto adherente não deve fazer-nos esquecer que as adherencias não são uma complicação constante e que se encontram kystos já muito desenvolvidos perfeitamente isentos d'ella.

Parece muito justa theoricamente a terceira razão apresentada pelos sectarios das ideias de Backer; todavia, praticamente não tem a importância que lhe querem attribuir.

Clay (de Manchester), operador experimentado n'esta questão, diz que se curam mais facilmente as doentes já enfraquecidas,—e não é a primeira vez que as estatisticas nos desmentem as ideias theoricas; sirvam de exemplo os resultados das grandes amputações que se julgaram ser mais felizes em individuos fortes e vigorosos, e que se reconhecem terem um resultado muito mais favoravel em individuos já debilitados.

Parece mais racional a opinião dos que recommendam temporisar em quanto resta a esperanza de prolongar a existencia, e em quanto a doente conserva forças sufficientes, operando-se logo que a observação dos phenomenos geraes e locaes nos mostre o momento favoravel.

Volume do kysto. Parece á primeira vista racional que a operação, praticada em quanto o kysto está pouco volumoso, deveria produzir melhores resultados; é o contrario do que nos mostram as estatisticas de John Clay.

Talvez que este resultado, conhecido pela experiencia, se possa explicar da seguinte maneira: Um kysto volumoso do ovario produz mudanças na vitalidade dos órgãos, que o cercam, e em particular no peritoneo. Estas alterações são tão consideraveis que lhe mudam completamente a natureza e lhe fazem perder as propriedades de membrana serosa. O resultado definitivo d'este trabalho de nutrição do kysto é tornar o peritoneo menos sensivel ás causas da inflammação.

Admittindo que seja mais conveniente operar os kystos volumosos, é quasi impossivel fixar-lhes o limite, porque não é tanto o seu volume, considerado em si mesmo, que nos deve servir de guia, como os phenomenos geraes que elle occasiona.

Progresso da doença. É um facto de observação vulgar a existencia de kystos, que percorrem as suas differentes phases com uma grande rapidez até á morte, ao passo que outros ficam estacionarios por muitos annos sem occasionarem alteração alguma sensivel na saude da doente. Esta ultima fórma de kystos encontra-se particularmente nas mulheres adiantadas em idade. Alguns ha que conservam por muito tempo o seu pequeno volume, e vão augmentando pouco a pouco sem exercerem influencia notavel sobre o estado geral.

Nas mulheres ainda novas, o desenvolvimento do kysto augmenta com grande rapidez; n'este caso contrahe quasi sempre adherencias, que podem tornar-se para o futuro um obstaculo muito grave para o bom successo da operação.

Quando a marcha é vagarosa, convem temporisar; no caso contrario, a operação deve ser feita em quanto o kysto tem pequeno volume.

Idade e estado geral da doente. Não ha exemplo algum de desenvolvimento de um kysto do ovario em idade avançada. A epocha da menopausa é o extremo limite da sua apparição. Esta idade parece que deve ser uma contra-indicação da ovariectomia, ao passo que a mesma operação, praticada em mulheres novas, offerece todas as probabilidades de um bom resultado.

Quando ha pouco tratei do momento em que devia effectuar-se a operação, disse o que convinha ácerca do estado geral.

Complicações de kystos. É preciso, antes de nos propormos a praticar a ovariectomia, certificarmo-nos de que não existe alguma outra doença que seja uma contra-indicação. As que mais vezes costumam acompanhar os kystos do ovario são a tísica pulmonar, as doenças do coração, do estomago, do figado, dos rins, a albuminuria, um tumor canceroso, os corpos fibrosos do utero, etc. Este diagnostico apresenta ás vezes grandes difficuldades, como, por exemplo, nos corpos fibrosos do utero.

O estado cachetico, produzido por um kysto do ovario muito antigo, assemelha-se, em certos casos, á cachexia cancerosa.

As vezes a existencia de tumores solidos nas paredes do kysto parece um cancro.

A presença de uma certa quantidade de liquido na cavidade peritoneal póde tornar-se, em certas circumstancias, a origem de accidentes funestos, e deve ser considerada como uma contra-indicação. Os authores, que escreveram sobre ovariectomia, não parece ligarem grande importancia a este liquido, quando elle é em pequena quantidade, claro e transparente, como o da ascite symptomatica.

Existe tambem uma outra alteração do peritoneo, que póde ter consequencias funestas: é a inflammação chronica d'esta membrana e o derramamento de serosidade purulenta. Desgraçadamente, é impossivel fazer o diagnostico d'esta complicação antes da operação. Os symptomas que podem fazel-a suppor, como são a sensibilidade do ventre, a febre hectica, etc., não são constantes, e podem tambem attribuir-se a uma inflammação do kysto.

Se pesarmos bem todas as contra-indicações que se nos apresentam, poderemos affoutamente estabelecer a seguinte proposição: é conveniente retardar o maior espaço de tempo possivel a operação.

Só o perigo imminente de morte certa é a unica cousa que justifica o arrojo extremo, que vai decidir da vida ou da morte de uma mulher.

METHODOS E PROCESSOS OPERATORIOS

Disposições preliminares. É opinião geralmente admittida, e superabundantemente confirmada por factos incontestaveis, que o bom ou mau exito das operações chirurgicas depende em grande parte das condições hygienicas, tanto relativas ao doente, como ás circumstancias exteriores. Na ovariectomia, operação sobremodo importante e da maxima gravidade pelos accidentes que pôde motivar, não se devem esquecer, nem de modo algum omitir, todos esses preceitos que a Hygiene nos depara.

As estatisticas, demonstrando que na grande cidade de Pariz se observam poucos casos felizes, em quanto que são mais frequentes em Montpellier, Lyon, Strasbourg e outras localidades, em melhores condições de salubridade, vêem provar a influencia climaterica sobre as operadas e apoiar a importancia dos preceitos hygienicos. (*) Portanto a escolha do lugar, disposição da doente, o apparelho instrumental e de curativo, assim como o tratamento consecutivo, são assumptos que merecem ao medico operador uma séria e escrupulosa attenção.

Local. O aposento, onde tiver de ser feita a operação, além de possuir boa exposição, deve ser bem arejado, com luz sufficiente, isento de toda a humidade, conservando-se na temperatura de 19 ou 20 graus centigrados.

Disposição da doente. Para com a doente o medico vê-se collocado n'uma posição especialissima; por isso mesmo que, sem lhe occultar a gravidade da operação, necessita levantar-lhe a força moral á altura do perigo.

De ninguém é desconhecida a reciproca influencia do phisico e do moral, assim como as vantagens e inconvenientes que da magnanimidade ou pusillanimidade podem reverter no tratamento das doenças. A boa ou má disposição de espirito deve, por conseguinte, contribuir favoravel ou desfavoravelmente no exito da operação.

Se, porém, o medico n'este ponto, como todas as vezes que tem de lutar com a timidez, mais ou menos justa, com que os doentes encaram tanto o perigo da doença, como o dos processos therapeuticos, empregados no intuito de a combater, encontra difficuldades reaes,

(*) ...em 16 ou 17 operações praticadas em Pariz e nas immediações não se contam mais de tres casos felizes...—em 26 operações praticadas na provincia, desde 1860, houve 10 casos de morte e 16 curas. Kœberlé.

tem, contudo, na ovariectomia a incontestavel vantagem de poder contar com a resignação das operandas, a quem os soffrimentos intensos obrigam communmente a solicitar com instancia este recurso, o qual, posto não seja isento de gravidade, lhes póde, todavia, prolongar a existencia. Disposta moralmente a operanda, convém preencher algumas indicações, tendentes a promoverem-lhe a liberdade das primeiras vias, por meio de evacuanes, a sustentar-lhe as forças pelos tonicos e a conservar-lhe o calor, vestindo-a de flanela.

Apparelho instrumental e de curativo. No apparelho instrumental e de curativo haverá o maior cuidado. Os instrumentos devem ser novos ou perfeitamente limpos; as ligaduras, compressas, fios e as outras peças de curativo serão igualmente de panno novo. As esponjas ter-se-hão previamente lavado em acido nitrico, soluto de bicarbonato de potassa, alcool e agua distillada. As aguas deverão ser expurgadas dos microsoarios pela fervura.

Todas estas precauções se tornam indispensaveis a fim de evitar a deposição de corpos estranhos de qualquer natureza no peritonêo, os quaes podem motivar a peritonite, accidente que muito é para receiar-se nesta operação. O estado da doente, epocha mais ou menos adiantada da molestia, e bem assim as complicações, podem exigir indicações especiaes, que o medico attento facilmente preencherá.

MANUAL OPERATORIO

Traçadas estas precauções preliminares, passaremos a descrever a operação.

A doente será collocada no decubito dorsal, na extremidade da cama, com os membros inferiores em meia flexão e separados por dous ajudantes; os pés apoiados em cadeiras ou bancos apropriados, e a cabeça erguida e apoiada em travesseiros, procedendo-se depois á anesthesia, que será continuada até á resolução muscular.

Em seguida, tendo o operador distribuido aos ajudantes os lugares que lhes houver destinado, procede á operação do seguinte modo: Com o bisturi convexo pratica, parallelamente ao eixo do corpo, sobre a linha branca, uma incisão, a qual se estenderá desde um ou dous centímetros abaixo do umbigo até á symphise publica, comprehendendo a pelle, a fascia superficialis e a camada gordurosa. Notemos, porém, que, relativamente ás dimensões, que deve ter esta primeira incisão, não concordam os ovariотomistas, preferindo, uns, fender o abdomen na extensão de 130 millímetros, e concedendo outros apenas 50 millímetros. Figuram no primeiro grupo Mak Dowel, Lizars e Alban Smith; no segundo Jefferson, King, West e outros.

A grande incisão, posto que facilite consideravelmente as manobras operatorias, expõe, comtudo, a doente a graves accidentes durante a operação, taes como a hernia dos intestinos e a sua exposição ao contacto do ar, a contusões e lacerações. Com a pequena incisão se poderão, por certo evitar alguns d'esses incidentes, mas é insufficiente na maioria dos casos para a completa extracção do kysto, mórmente quando existem grandes adherencias, sendo então necessario prolongal-a algumas vezes até ao appendice xiphoidêo. Vê-se, portanto, que a pequena incisão só poderá ser praticada nos kystos de mui pequeno volume e sem adherencias, o que difficilmente se conhecerá pelo exame exterior. Qualquer, porém, que seja o processo adoptado, a incisão deverá comprehender todos os tecidos, excepto a aponevrose. Esta será depois fendida, assim como o peritonêo, sobre a sonda canellada.

E d'este modo se executa o primeiro tempo da operação.

Aberta a cavidade abdominal e posto a descoberto o tumor, cumpre reconhecer o seu volume e natureza, indagar se existem adherencias e a consistencia d'ellas. Se o tumor é unilocular, de pequeno volume, com poucas ou nenhuma adherencias, o processo operatorio é extremamente simples, consistindo em fazel-o sahir, ao tumor, pela abertura, praticada na parede abdominal, seguil-o com errinas, ligar

fortemente o pediculo com um duplo fio de seda encerada, e cortal-o com a tesoura ou bisturi a 4 ou 5 centimetros distante do utero.

Preferem alguns ovariometistas, e entre elles Maisonneuve, a torção á ligadura, o que executam assim: Com uma forte pinça de anel fixam o pediculo, confiando-a a um ajudante, que a segura, e tomando em seguida o kysto entre as mãos, imprimem-lhe movimentos de rotação até que o pediculo esteja completamente torcido, e praticam depois a extirpação.

Este processo, que se faz recommendavel pela vantagem de evitar a ligadura, que exerce acção de um corpo estranho, podendo, por isso, causar a inflammação, contém ao mesmo tempo o inconveniente de só poder ser empregado quando o pediculo for de pequeno volume, e não o consideramos capaz de evitar a hemorragia.

No maior numero de casos o tumor é multilocular, e ligado ás visceras e paredes abdominaes por adherencias mais ou menos extensas, mais ou menos vasculares e de volume variavel. N'estas circumstancias os processos para a extirpação soffrem modificações tendentes a facilitá-la.

Não podendo conseguir-se a extracção do tumor na totalidade, faz-se preciso evacuar a maior quantidade de liquido possível. Para isto emprega-se um trocate especial, munido de um tubo metallico, a que se adapta outro de gutta-percha de meio metro de extensão. Por este meio evitar-se-ha o derramamento de liquido no peritonêo, e praticando punctões, em varios pontos da superficie do tumor, reduzir-se-ha a menor volume, facilitando-se d'este modo a operação.

As adherencias, quando attingem grande volume e são muito vasculares, devem ser ligadas e desfeitas, ou com os dedos, se é possível, ou pela dissecação.

O pediculo deverá ser tambem ligado, depois de ter sido tirado o kysto para fóra da cavidade abdominal.

Para executar a ligadura, passa-se, por meio de uma agulha, um forte e duplo fio de seda encerada pelo centro do pediculo, e liga-se primeiramente metade e depois o todo. Tem-se querido evitar os inconvenientes da ligadura, supprindo-a com o instrumento denominado klampo e a serra-nós; esta applicação é evidentemente vantajosa, por evitar a presença da ligadura no peritonêo.

Resta, para completar o segundo tempo, cortar o pediculo entre a ligadura e o tumor, o que deve ser feito de modo que se evite todo o derramamento de sangue na cavidade abdominal. No terceiro e ultimo tempo o medico-operador occupa-se da reunião dos bordos da ferida e da collocação da doente nas melhores condições para evitar, quanto ser possa, os accidentes consecutivos.

Não é ocioso notar-se que o medico deve cuidadosamente

limpar com esponjas toda a cavidade peritoneal e os tecidos situados nas immediações do tumor, privando-os dos liquidos e de quaesquer corpos estranhos que ali tenham sido depositados durante a operação. As esponjas, como já tivemos occasião de recommendar, devem ser bem lavadas e a agua expurgada das materias organicas.

Por vezes, no decurso da operação, as doentes são accommettidas de vomitos, os quaes facilmente cessam, activando-se a chloroformisação.

Procede-se, em seguida, á reunião dos bordos da ferida, mas deve evitar-se n'este acto a sahida dos intestinos que tendem a escapar-se atravez da incisão abdominal. O pediculo do tumor, depois de pincelado com perchlorureto de ferro, é fixo pelo constrictor na parte mais inferior da ferida. Para executar a reunião, teem sido preconizadas algumas suturas em particular; o processo mais geralmente seguido consiste em unir os bordos da ferida com dous ou tres pontos profundos de sutura da clavilha, sem comprehender a serosa, e dous ou tres mais superficiaes de sutura enroscada.

Cuidados consecutivos. Terminada a operação, collocar-se-ha a doente na cama convenientemente aquecida e será mantida no decubito dorsal por meio de almofadas, dispostas aos lados do ventre e debaixo dos joelhos.

No abdomen será posto um oleado, e sobre elle e ao lado da linha branca bexigas contendo neve: a temperatura dos pés será conservada com botijas de agua quente.

Repouso absoluto, dieta rigorosa, temperatura moderada do ar ambiente, o uso de qualquer estupefaciente para calmar os phenomenos nervosos, são condições indispensaveis, que devem ser prescriptas e fielmente guardadas para evitar os accidentes inflammatorios, consecutivos á operação. Quando estes se manifestarem, serão energicamente combatidos pelos meios therapeuticos que a sciencia possui, mas, se até ao quarto ou quinto dia não apparecerem, póde com bastante fundamento presumir-se um resultado auspicioso.

A morte geralmente sobrevem nas primeiras vinte e quatro ou quarenta e oito horas.

Quando o caso é de cura, as doentes restabelecem-se no espaço de 30 dias pouco mais ou menos. Ao findar da terceira semana, a menos que não haja contra-indicação, podem as operandas abandonar o leito.

O pediculo do tumor destaca-se só depois dos vinte dias, e as ligaduras costumam cahir dos cinco aos quinze.

APRECIAÇÃO

Nos primeiros annos em que foi praticada a ovariectomia, lavram-lhe sentença de morte todos os cirurgiões, que viram n'esta operação mais atrevimento que sciencia e consciencia. Mais tarde, os factos vieram mostrar o erro d'esta opinião anticipada, e tão claramente o fizeram, que a ovariectomia está hoje geralmente adoptada.

Ainda assim, esta operação conta hoje alguns adversarios, que apresentam como razões do seu modo de pensar o risco gravissimo que corre a mulher, que se sujeita a tal operação, e acrescentam que muitas das operadas com mau resultado morreriam de velhas, se se não sujeitassem a este tratamento. N'esta questão está o erro em os partidos contrarios tocarem os extremos na argumentação. Para uns a ovariectomia é synonymo de morte, para outros é a operação mais simples de toda a medicina operatoria. A verdade está no meio termo.

Nos kystos do ovario, uniloculares, de pequeno volume e sem complicação alguma, é imprudencia arriscar a vida da mulher, e não diga Kœberlé que o aperfeiçoamento dos processos operatorios e dos instrumentos hoje empregados diminuem consideravelmente os perigos inherentes á operação; para se dizer isto é preciso desconhecer a séde e a importancia dos órgãos sobre os quaes se vai operar.

Se fosse um diagnostico facil o dos kystos do ovario, poderiamos ser mais affoutos em recommendar e empregar este meio therapeutico, mas a historia da ovariectomia aponta alguns factos que são a vergonha da arte. N'um d'elles, depois de praticado o primeiro tempo da operação, foi preciso abandonal-a, porque o que se julgava um kysto do ovario não era mais do que uma saliencia ossea na articulação da ultima vertebra lombar com o sacro. Os enthusiasmos e as facilidades mal fundadas trazem d'estes inconvenientes, nada honrosos para os operadores.

Nos kystos dos ovarios, e nas condições, que ha pouco citei, é conveniente empregar primeiro todos os outros meios therapeuticos que a medicina recommenda, muitos dos quaes não são para desprezar, sem, contudo, esperar, no caso que nenhum d'elles aproveite, que a doente chegue a estado tal que contra-indique a ovariectomia.

Aos pessimistas, que ainda antes de praticada a operação já vêem diante dos olhos uma peritonite aguda mortal, a esses tenho a

dizer-lhes que a peritonite é uma doença gravíssima, mas que nem sempre sobrevem e nem sempre é mortal. Se a morte é inevitável, em virtude do kysto, não é prudente cruzar os braços com receio de um accidente incerto, e que ainda mesmo quando appareça, não é consequencia infallivel que traga comsigo a morte.

Dizem outros que a morte é sempre irremediavel por causa das hemorragias, que apparecem durante ou depois da operação. A hemorragia, que sobrevem no decurso da operação, não é de per si um accidente grave.

A hemorragia n'este caso é facil de suspender por meio da torsão e da laqueação, abandonando as linhas na cavidade abdominal, porque é raro que ellas occasionem a peritonite e podem ficar na profundidade dos órgãos sem que deem logar a accidentes graves. Ha casos em que a hemorragia é mais abundante, o que acontece quando o kysto está adherente ao utero e que, para o separar, é preciso cortar alguma arteria importante, ou quando o pediculo fôr dilacerado durante a operação. De qualquer dos modos este accidente só póde estorvar o operador e tornar mais morosa a operação.

A hemorragia, que apparece depois da operação, é a consequencia ou da divisão de pequenas arterias ou da ligadura do pediculo: no primeiro caso é tão pouco abundante que nem vale a pena mencioná-la, no segundo é facil remedial-a, deixando o pediculo de fóra das feridas, porque facilmente se renova a laqueação.

Outros apresentam como argumento a favor da sua opinião o esmorecimento da enferma logo depois de operada.

Todos sabem a influencia da imaginação no desenvolvimento e na cura das doenças, mas este argumento de nada vale, porque de outro modo não se fará operação alguma de alta cirurgia.

A sahida dos intestinos, que outros apontam como uma consequencia inevitavel e funesta, é facil de prevenir e remediar, servindo-se o operador de ajudantes peritos, que saibam contel-os no seu lugar, á custa de manobras suaves.

Além d'estes, ha outros argumentos contra a ovariectomia que, por futeis, nem d'elles faço menção, e até porque, quando descrevi as indicações e contra-indicações, disse o que convinha a respeito de muitos d'elles.

Em summa, a ovariectomia tanto perde em ser precoce como em ser demasiadamente demorada, e os argumentos dos seus adversarios nada provam contra a sua applicação. D'esta lucta dos dous partidos, quando o enthusiasmo de uns e o receio de outros tocam os extremos, não resulta credito para a arte, nem beneficio para a humanidade.

Se é precisa a verdade na sciencia, não é menos precisa a consciencia no sabio. Do que deixo escripto parece que fica evidentemente provado que a verdade está no meio termo, e que a ovariectomia é o unico recurso na cura dos kystos multiloculares do ovario.

FIM

PROPOSIÇÕES

1.^a Anatomia.—O periosteo é a parte mais importante dos ossos.

2.^a Physiologia.—Existe uma funcção glycogenica.

3.^a Materia medica.—O methodo de ingestão leva vantagem aos outros.

4.^a Pathologia externa.—A podridão dos hospitaes depende da accumulção.

5.^a Operações.—No tratamento dos aneurismas externos deve preferir-se a ligadura.

6.^a Partos.—No parto prematuro artificial devem preferir-se os meios mecanicos aos pharmacologicos.

7.^a Pathologia interna.—No tratamento das ulcerações syphiliticas primitivas dos órgãos genitales não deve empregar-se o mercurio.

8.^a Anatomia Pathologica. — Existe cellula cancrosa especifica.

9.^a Medicina legal. — Para sabermos se o feto viveu a docemasia é o meio mais effcaz.

Approvada

Dr. José Carlos Lopes Junior,

PRESIDENTE.

Imprima-se,

Porto 8 de Julho de 1867.

Dr. Assis,

DIRECTOR.