

7203

1903

# A OPERAÇÃO DE PÉAN

E AS

OPERAÇÕES CONSERVADORAS DOS OVARIOS E DAS TROMPAS

NOS CASOS DE SALPINGO-OVARITES

112/2 EMC

FRANCISCO FERREIRA DA CUNHA JUNIOR

*N.º 2*

# A OPERAÇÃO DE PÉAN

E AS

Operações conservadoras dos ovarios e das trompas  
nos casos de salpingo-ovarites

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

J'estime qu'en matière de gynécologie, la chirurgie destructive, encore qu'elle soit souvent d'un merveilleux secours et quelquefois une ressource héroïque, est encore le pire des remèdes; qu'il n'y faut avoir recours qu'après l'épuisement de tous les moyens conservateurs, à condition que la temporisation ne soit pas nuisible aux malades.

*Doléris.*

PORTO

TYPOGRAPHIA PEREIRA  
Monsinho da Silveira, 50

1903

*112/2 EHC*

# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

DR. ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

LENTE-SECRETARIO INTERINO

ALFREDO DE MAGALHÃES

## CORPO CATHEDRATICO

### Lentes cathedratcos

1.ª Cadeira — Anatomia descriptiva geral . . . . .	Carlos Alberto de Lima.
2.ª Cadeira — Physiologia . . . . .	Antonio Placido da Costa.
3.ª Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica . . . . .	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4.ª Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa . . . . .	Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
5.ª Cadeira — Medicina operatoria . . . . .	Clemente J. dos Santos Pinto.
6.ª Cadeira — Partos, dooças das mulheres de parto e dos recém-nascidos. . . . .	Candido Augusto Correia de Pinho.
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 . . . . .	Roberto B. do Rosario Frias.
10.ª Cadeira — Anatomia pathologica . . . . .	Augusto H. d'Almeida Brandão.
11.ª Cadeira — Medicina legal . . . . .	Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
12.ª Cadeira — Pathologia geral, semeiologia e historia medica . . . . .	Alberto Pereira Pinto d'Aguar.
13.ª Cadeira — Hygiene . . . . .	João L. da Silva Martins Junior.
Pharmacia . . . . .	Nuno Freire Dias Salgueiro.

### Lentes jubilados

Secção medica . . . . .	{ José d'Andrade Gramaxo.
	{ Dr. José Carlos Lopes.
Secção cirurgica . . . . .	{ Pedro Augusto Dias.
	{ Dr. Agostinho Antonio do Souto.

### Lentes substitutos

Secção medica . . . . .	{ José Dias d'Almeida Junior.
	{ Alfredo de Magalhães.
Secção cirurgica . . . . .	{ Luiz de Freitas Viegas.
	{ Vaga.

### Lente demonstrador

Secção cirurgica . . . . .	Vaga.
----------------------------	-------

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

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

## **A meus Paes**

D. Amelia da Conceição Ferreira da Cunha

e

Francisco Ferreira da Cunha

Muito obrigado pelos vossos  
sacrificios, contai com a minha  
eterna gratidão e

abençoa o vosso filho

Francisco.

AO INCANÇAVEL E INFATIGAVEL TRABALHADOR

O EX.<sup>mo</sup> SNR.

PROFESSOR DR. ROBERTO FRIAS

Modelo de probidade scientifica e profissional

E

AO EX.<sup>mo</sup> SNR.

Professor Dr. Clemente Pinto

Offereço o humilde e modesto  
trabalho d'esta dissertação.

AO ILLUSTRE CORPO DOCENTE

DA

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

O alumno reconhecido.

AO ILLUSTRE CORPO CLINICO

DO

HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTONIO

O antigo interno reconhecido

*F. Ferreira da Cunha Junior*



Ao Ill.<sup>mo</sup> e Ex.<sup>mo</sup> Snr.

Dr. Francisco de Sousa Oliveira

Director da enfermaria 14

E

Ao Ex.<sup>mo</sup> Snr.

Dr. Ramos de Magalhães

Adjuncto da mesma enfermaria

O ex-interno reconhecido

F. Ferreira da Cunha Junior.

Ao distincto cirurgião portuense  
e dignissimo Director da enfermaria n.º 6, do Hospital Geral de Santo Antonio

O EX.º SNR.

DR. JOAQUIM DE MATTOS

Agradeço reconhecido as captivantes  
provas d'amisade.

---

Ao distincto clinico portuense  
e dignissimo Director da enfermaria n.º 11, do Hospital Geral de Santo Antonio

O EX.º SNR.

DR. TITO FONTES

Muito e muito obrigado pela vossa  
amisade, pelas vossas lições e pelos vos-  
sos livros.

Ao dignissimo e erudito  
Medico interno do Hospital Geral de Santo Antonio

O EX.<sup>mo</sup> SNR.

Dr. Martins da Silva

preito de admiração e respeito pela vossa  
muita illustração medico-cirurgica e  
muito obrigado pelos vossos conse-  
lhos, pelas vossas lições e pelos  
vossos livros.

---

Ao elegante e habil cirurgião portuense  
Director da enfermaria de Cirurgia de mulheres n.º 13  
do Hospital Geral de Santo Antonio

O EX.<sup>mo</sup> SNR.

Dr. Julio Estevão Franchini

viva admiração pela vossa muita erudição  
cirurgica e gynecologica e muitissimo  
obrigado pelos vossos livros.

Ao meu amigo da infancia

Francisco Alves dos Reis

Aqui, entre tantos, tambem tens  
o teu lugar e uma pagina de eterna  
gratidão no meu coração.

Ao meu particular amigo

o Ex.<sup>mo</sup> Sr.

Dr. Arthur Veiga de Faria

2

A' sua Ex.<sup>ma</sup> Família

Mil vezes obrigado pela amizade e  
dedicação que sempre se dignaram  
dispensar-me.

AOS MEUS PARENTES

---

AOS MEUS AMIGOS

---

AOS CONDISCIPULOS E AOS MEUS CONTEMPORANEOS

A meu irmão

Arthur Ferreira da Cunha

---

A meu tio

Alcino Ferreira da Cunha

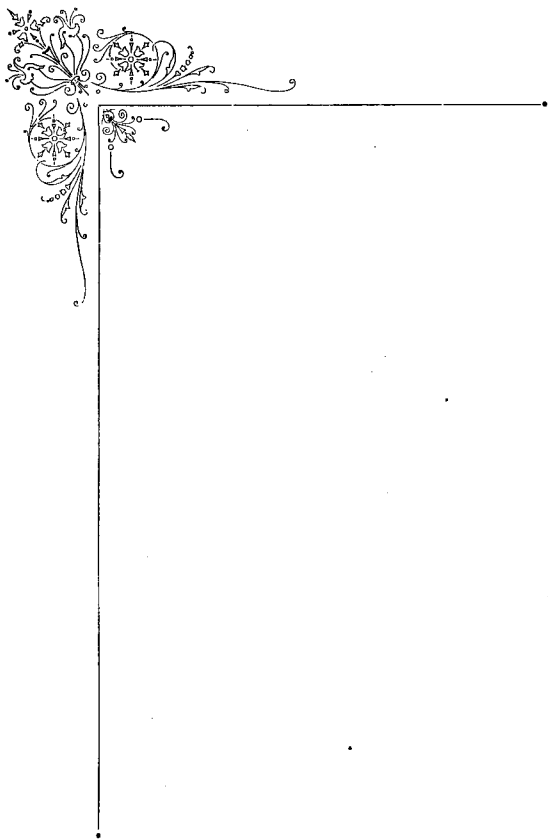
Medico-Cirurgião no Porto

AO MEU DIGNISSIMO PRESIDENTE DA THESE

O ILL.<sup>MO</sup> E EX.<sup>MO</sup> SNR.

Professor Dr. ANTONIO PLACIDO DA COSTA





## PROLOGO

---

O fim d'esta dissertação é contribuir um pouco para uma propaganda contra os abusos de cirurgia gynecologica, e muito especialmente contra a operação de Péan (hysterectomia vaginal). Vi que alguns cirurgiões depositavam uma confiança cega e absoluta n'esta operação, e até, algumas vezes, chegavam a applical-a quando estava contra-indicada. <sup>1</sup>

Havia entre nós uma especie de fanatismo gynecologico por esta operação: applicava-se quasi sempre, curava tudo! Todas as doenças do utero e dos ovarios devião ser tratadas

---

<sup>1</sup> Isto segundo as regras de Pozzi, de que mais adiante fallarei.

pela hysterectomia vaginal! É mau, e é um erro. É mau porque a mutilação dos órgãos sexuaes da mulher transforma-a n'um sêr inferior, faz-lhe perder a funcção reproductora e, com essa perda, a suave esperança de ter filhos; priva-a dos ovarios e do utero, órgãos physiologicamente indispensaveis, e transforma-a n'uma candidata ás nevroses, á idiotia, e á loucura. É mau porque, augmentando o numero das castrações utero-ovaricas, diminue a população e transforma-se o gynecologista n'um dos maiores factores da despolação do seu paiz.

É um erro, porque a hysterectomia vaginal tem tantas contra-indicações que só em raros casos deve ser applicada, e as suas indicações e os enthusiasmos que despertou vão diminuindo de dia para dia (Pozzi, Faure, Le Dentu).

É um erro praticar a hysterectomia vaginal na maioria dos casos; porque os progressos das operações conservadoras, a hysterectomia abdominal total e a sub-total, as colpotomias, as laparotomias, etc., annullaram a pouco e pouco (e com superiores vantagens) todas as indicações da hysterectomia vaginal.

— E será este o assumpto do meu modesto trabalho. Dividi-o em tres partes: na 1.<sup>a</sup> estudo os inconvenientes e defeitos da hysterectomia vaginal; na 2.<sup>a</sup> parte faço a historia

e mostro a superioridade das operações conservadoras do ovario e da trompa; na 3.<sup>a</sup> parte apresento os resultados das operações conservadoras dos ovarios e da trompa nos casos de annexites, e tiro as conclusões.

Observação: As salpingo-ovarites, que estudo, e a que me refiro, são as salpingo-ovarites vulgares, d'origem blennorrhagica ou puerperal, isto é, as que se encontram com mais frequencia nos hospitaes.

Excluo do meu trabalho as salpingo-ovarites tuberculosas.

## PRIMEIRA PARTE

---

Inconvenientes e defeitos da hysterectomia vaginal  
no tratamento das annexites

Desejando, ha alguns annos, dedicar-me ao estudo da gynecologia e tendo terminado o terceiro anno do curso medico-cirurgico da Escola Medica do Porto, concorri ao lugar de alumno interno do Hospital de Santo Antonio e fui admittido na enfermaria de cirurgia de mulheres n.º 14, superiormente dirigida pelo distinctissimo Cirurgião portuense o Ex.<sup>mo</sup> Sr. Dr. Francisco de Sousa Oliveira.

Julgava eu que iria assistir a muitas operações praticadas sobre os orgãos genitales da mulher, mas em breve vi que este distincto operador tentava, sempre que podia, curar as suas doentes com meios brandos e suaves e evitar as operações. E só recorria a ellas quando de todo em todo a operação se tornava indispensavel.

Perguntei então ao Sur. Dr. Sousa Oli-

veira, porque era tão conservador, e porque não praticava tão a miude a hysterectomia vaginal, como alguns cirurgiões.

Disse-me elle: «*baseado sobre factos da minha clinica affirmo que uma grande parte das mulheres hysterectomisadas ficão peiores.*»

O illustradissimo Cirurgião portuense Dr. Martins da Silva, que se achava presente, affirmou ser isto verdade, e que as mulheres, depois de hysterectomisadas, ião constantemente á sua consulta medica no Hospital queixar-se de perturbações as mais variadas.

Estas palavras de dois experimentados cirurgiões fizerão grande peso no meu espirito, e obrigaram-me a pensar nas seguintes questões:

Sendo as inflammações do utero e dos annexos as doenças gynecologicas mais vulgares, e as que se encontram com mais frequencia nos hospitaes, poderão ser curadas, pelo menos a maior parte, sem operações?

Quando os meios medicos falharem, a hysterectomia vaginal será a operação que deverá preferir-se?

A hysterectomia vaginal não será uma operação que só se deve empregar excepcionalmente?

Se ainda alguns cirurgiões fazem muitas

hysterectomias vaginaes, será isso devido a erros de diagnostico e a uma má orientação gynecologica?

A hysterectomia vaginal, mutilando a mulher, não terá más consequencias immediatas ou remotas?

E não haverá operações menos mutilantes que consigão *conservar, restaurar, reparar* os órgãos genitales da mulher, evitando, tanto quanto possivel, essas consequencias desastrosas?

A estas questões respondo agora:

A maior parte das metrites e das salpingo-ovarites curam-se perfeitamente sem ser preciso recorrer a operações.

Quando fui interno do Sr. Dr. Souza Oliveira vi muita e muita mulher com metrite, e que sahia do Hospital curada simplesmente com um tratamento medico: irrigações muito quentes, clysteres, drenagem, tamponagem, revulsão no ventre com tintura d'iodo, unguento napolitano em fricções no ventre contra os empastamentos dos annexos, iodeto de potassio internamente, etc., etc. A pratica durante muitos annos do Ex.<sup>mo</sup> Sr. Dr. Souza Oliveira prova brillantemente o que affirmo.

Em França, por exemplo, o professor Poinçon, que faz gynecologia ha vinte e tantos annos no Hotel-Dieu, em 915 casos de metrite



só recorreu 448 vezes ás operações. O mesmo operador em 573 salpingo-ovarites só teve 255 casos que precisaram de ser tratados cirurgicamente; os restantes curaram-se medicamente.

Quando os meios medicos falharem, não deve ser a hysterectomia vaginal a operação que deve ter a preferencia; deverá ser a laparotomia abdominal exploradora. Permite, como nenhuma outra operação, verificar o estado dos órgãos; precisa e completa o diagnostico; corrige e emenda um diagnostico que o operador tinha feito erradamente e que o podia levar a consequencias desastrosas. Eu sei que os cirurgiões podem chegar áquelle grau de perfeição a que chegou Hégar; — pelo toque vaginal e palpação bimanual conseguir diagnosticar pequenissimos kystos da superficie do ovario.

Mas quantas vezes o diagnostico é impossivel? Qual será o gynecologista que não se terá enganado? E os erros de diagnostico são vulgares e materia corrente em gynecologia. Um exemplo entre muitos:

Conta o gynecologista hollandez Treub que, na scientifica Allemanha (Hamburgo), uma mulher foi consultar um gynecologista; este fez o diagnostico d'ovarite esquerda e tirou-lhe o ovario. A doente não melhorou com a ope-

ração e continuou a soffrer; volta de novo a consultar o operador, que lhe aconselha tirar o outro ovario: a operação é accete, faz-se a ovariectomia direita e a doente não consegue melhorar.

Desanimada, consulta outro gynecologista que lhe faz umas raspagens uterinas e, mais tarde, uma amputação do collo do utero! A doente continúa na mesma, soffrendo como antes; finalmente vae consultar o celebre cirurgião Kümmell (d'Hamburgo), este faz o verdadeiro diagnostico d'appendicite, a mulher é operada e obtem a cura.

Muita razão tinha Terrillon quando em 1899 escrevia: «L'introduction de la main dans la cavité abdominale peut seule permettre au chirurgien d'arriver à une saine appréciation du cas».

Feita a laparotomia exploradora, vê-se o estado dos annexos do utero, e, se não estiverem muito affectados, fazem-se operações conservadoras nos ovarios e nas trompas. Se os ovarios e trompas não poderem ser aproveitados, pratica-se a hysterectomia abdominal subtotal, estando bom o collo do utero, e este é o tratamento d'escolha para alguns cirurgiões (professor Terrier, professor Hartmann, etc.). E, não podendo aproveitar-se o collo do utero, faz-se a hysterectomia abdominal total. Tendo estas operações, hoje, uma mortalidade egual á

da hysterectomia vaginal (5 por cento), apresentam enormes vantagens sobre a sua rival— a operação de Péan.—A hysterectomia abdominal até permite, nos casos mais difíceis e mais complicados, limpar muito melhor uma pequena bacia do que a hysterectomia vaginal a mais bem feita.

A hysterectomia abdominal não é *excessiva* ou *insufficiente* como a operação de Péan.

É muito mais fácil, pôde dizer-se, porque quasi nunca apresenta as terriveis difficuldades que ás vezes se encontram na hysterectomia vaginal, e sobretudo é muito menos cega. Permite verificar as lesões annexias e proporcionar a sua intervenção á importancia d'estas lesões.

A hysterectomia vaginal é uma operação que só excepcionalmente deve empregar-se em gynecologia. Já em 1897 S. Pozzi escrevia: «Parallelo da laparotomia e da hysterectomia vaginal. Gravidade comparativa». Para muitos cirurgiões a hysterectomia vaginal (operação de Péan) substituiu actualmente a laparotomia nos casos de lesões bilateraes dos annexos, seja qual fôr, enfim, a extensão das desordens inflammatorias. Invoca-se em favor d'este modo de proceder a menor gravidade, a cura mais duradoura, a não existencia de cicatriz. Protestei com força contra uma pro-

posição tão absoluta e julgo ter demonstrado que, apresentada d'este modo, era inexacta.<sup>1</sup> Se exceptuarmos uma cathegoria restricta de casos, que breve especificarei, a laparotomia é, pelo menos, tão benigna como a hysterectomia. Dá curas mais completas e mais duradouras, porque permite, melhor do que esta, tirar todas as lesões annexiaes. Se persistir em seguida a endometrite, a curetagem brevemente a suprime. A cicatriz abdominal é insignificante quando forem seguidos os processos d'incisão e de sutura, que recommendei.

Finalmente, a laparotomia permite corrigir erros de diagnostico, que nem sempre o exame clinico pôde evitar; e impede, assim, ás vezes, extirpações inúteis. É devido a ella que são possiveis as operações de reseccão do ovario e a ignipunctura em innumerous casos em que, *á priori*, a castração dupla teria sido julgada indispensavel.

Conservo, pois, a laparotomia como operação de *escolha* na quasi totalidade das lesões inflammatorias não suppuradas dos annexos e até nas lesões suppuradas bilateraes, em que o tumor é distincto do utero e póle, por consequencia, facilmente separar-se. Considero, pelo contrario, que a hysterectomia vaginal consti-

---

<sup>1</sup> S. Pozzi, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891, p. 303.

tue um progresso muito grande nas duas categorias de factos: 1.º quando os tumores annexiaes, suppurados ou não suppurados, estiverem fusionados com o utero e não poderem ser descollados senão com grandes destruições, tanto mais temiveis quanto o utero, n'estes casos, está degenerado e friavel; 2.º quando as suppurações d'origem annexial, ultrapassaram o seu ponto de partida e se propagaram aos tecidos vizinhos, dando origem á peri-metro-salpingite suppurada . . .

A hysterectomia é, pois, superior á laparotomia nos casos de ophoro-salpingite kystica ou não kystica, *muito adherente ao utero*. Insisto n'esta indicação que é para mim o verdadeiro *critérium* do cirurgião. De certo, antes da apparição da operação de Péan, conseguia-se curar bem estes casos complicados, pela laparotomia, usando, para facilitar a operação, da posição de Trendelenburg e a evisceração, fazendo em seguida um largo emprego da drenagem com ou sem a tamponagem de Mikulicz. Publiquei, ácerca d'isto, factos muito demonstrativos.

Assento, actualmente, como principio que: a hysterectomia vaginal deve ser preferida á laparotomia, em todos os casos em que os annexos parecem fortemente adherentes ao utero, e n'aquelles em que a suppuração se estende

em volta d'elles (peri-metro-salpingite suppurada).

A questão de gravidade comparativa da laparotomia e da hysterectomia, deu logar á publicação de numerosas estatisticas, que chegam a conclusões oppostas. Abster-me-hei de as discutir. Limitar-me-hei a dizer que, nas mãos de operadores habéis, uma ou outra d'estas intervenções me parece igualmente benigna, nos casos simples; se houvesse vantagem para uma d'ellas, parecer-me-hia estar antes do lado da laparotomia. Mas nos casos complicados, muito adherentes ou com inflammação diffusa, a hysterectomia é incontestavelmente menos grave.

Não se deve todavia recorrer á hysterectomia indifferentemente em todos os casos; é para mim a operação d'excepção; sendo a laparotomia a regra, como mais segura, mais efficaz e mais benigna. Emfim, as mulheres, que não forão completamente privadas do seu sexo, quer porque conservaram sómente o seu utero, quer porque conservaram um segmento ou fragmento do ovario, que permite a continuação d'uma menstruação, ainda que irregular, parecem menos expostas ás diversas perturbações que apparecem ás vezes depois da castração, e que se dão de preferencia nas operadas que nada conservaram dos seus órgãos genitales internos.

Os professores Le Dentu, Tuffier, Ricard, Faure, Lejars, Qenu, Bouilly, Gross, Monprofit, e muitos outros gynecologistas são da opinião de Pozzi: deve preferir-se a laparotomia.

Em 1899, Tuffier, no congresso francez de cirurgia, dizia:

«Après avoir expérimenté, sans parti pris, la voie abdominale et la voie vaginale, je suis chaque jour plus convaincu de la fréquence infiniment plus grande des indications de la laparotomie».

No mesmo congresso, o professor Ricard dizia:

«L'hystérectomie vaginale fait l'hémostase par écrasement avec des pinces à demeure. Le sphacèle et les sécrétions fétides, la réunion secondaire des moignons ligamentaires répugnent à la chirurgie d'aujourd'hui. Le laparo-hysterectomiste laisse partout derrière lui une reunion par première intention. Au contraire, dans l'hystérectomie vaginale persiste une brèche, un trou; le péritoine et le vagin restent ouverts et doivent se fermer par granulation. Nous restons sous l'impression d'une opération ayant atteint son but, mais qui n'est pas terminée, qui n'est pas achevée».

A hysterectomia vaginal póde ser a operação mais facil ou a mais difficil da cirurgia gynecologica; se ha casos em que póde executar-se em dois ou tres minutos (Faure),

outros ha em que é precisa hora e meia para acabar a operação. Lejars dizia, como o meu Professor Ex.<sup>mo</sup> Snr. Dr. Roberto Frias, que a hysterectomia vaginal só devia executar-se quando era difficil: «On pourrait presque dire, sous une forme paradoxale, que les hystérectomies vaginales les plus difficiles sont précisément celles qui sont le mieux indiquées».

O professor J. L. Faure, não concordando com isto, escreve: «Pour moi ce n'est ni la complexité plus ou moins grande des lésions, ni leur volume, ni les adhérences avec les organes voisins qui doivent entrer en ligne de compte dans le choix de l'opération. C'est, avant tout, le degré de leur infection et de leur virulence. Je crois que, lorsqu'on se trouve en présence de lésions annexielles chaudes, aigües, virulentes, de poches multiples entourant de toutes parts l'utérus, comme il n'est pas rare d'en rencontrer à la suite d'accidents puerpéraux, lorsque l'état est grave, la température élevée, lors enfin que la malade est en proie à une infection aigüe et virulente qui, soit á cause du nombre des poches purulentes, soit á cause de leur situation inaccessible, ne parait pas justiciable de la simples colpotomie, je crois, dis-je, qu'il faut sans hésiter pratiquer l'hystérectomie vaginale, qui est sans rivale pour ouvrir au pus une large issue au dehors.



.....  
 .....  
 Les annexites chroniques, bilaterales, froides, en dehors des poussées aiguës, sont toutes, sans exception, justiciables de l'hystérectomie abdominale. L'hystérectomie vaginale, au contraire, sera réservée aux suppurations virulentes et qu'une simple colpotomie parait devoir être impuissante à guérir.»

A hysterectomia vaginal é hoje, como eu affirmo, uma operação d'exceptão.

Só vive das contra-indicações de todas as outras operações e só deve executar-se nas suppurações agudas virulentas, estando os ovarios e utero completamente perdidos para as funções physiologicas, e tendo o operador a certeza de que póde extrahir todo o mal.

Quando se faz a hysterectomia vaginal e a operação não é completa, ficando um annexo ou restos d'annexos, póde considerar-se a operação perdida, e a doente não fica curada, porque esses restos, que ficão, produzem os mesmos symptomas, e a doente continúa a soffrer. Dizia Fournier «a hysterectomia vaginal, para dar resultado, tem de ser completa; fazel-a incompleta é um crime».

E quantas são as hysterectomias completas?

Segund diz: «faço, sempre que posso, a

hysterectomia vaginal total; mas, na terça parte dos casos, a hysterectomia é incompleta.»

Ora, basta só isto para condemnar a hysterectomia vaginal.

Se ainda alguns cirurgiões fazem muitas hysterectomias vaginaes, é isso devido a má orientação gynecologica e a erros de diagnostico, direi até de prognostico.

Effectivamente hoje quasi todos os gynecologistas, e os mais distinctos da França, Austria, Estados-Unidos, etc., são laparatomistas. A hysterectomia vaginal (operação franceza) e que em França teve uma voga immensa, desde 1885 até 1895, foi rudemente atacada no Congresso Francez de Cirurgia em 1899. E, d'então para cá, em todos os congressos não tem sido poupada. A epocha da hysterectomia vaginal já passou, dizem uns; a hysterectomia vaginal envelheceu depressa, dizem outros.

O professor Le Dentu escrevia em 1901: «Le grand mouvement qui s'était dessiné il y a quelques années en faveur de l'hystérectomie vaginale, sous l'impulsion de Péan et de Segond, s'est singulièrement ralenti. Nous nous flattons d'avoir été de ceux qui sont restés fidèles en principe à la laparotomie tout en pratiquant l'hystérectomie vaginale assez souvent pour nous faire une opinion précise sur ses avantages et sur ses inconvénients.

Notre opinion primitive s'est affermie. Nous reprochons encore à l'hystérectomie vaginale d'être souvent une opération avengle, fréquemment incomplète, qui laisse après elle, quoi qu'on en ait pu dire, des causes de récidence de certains symptômes, des souffrances persistantes et des lésions dont le temps n'amène pas toujours la guérison graduelle. Sá supériorité véritable, a consisté, à une époque, dans sa bénignité, certainement plus grande que celle de la laparotomie, lorsqu'il fallait s'attaquer à des lésions suppuratives.

Les laparotomistes se sont piqués d'honneur et ont perfectionné à tel point la technique de l'ovario-salpingectomie, que les avantages de l'hystérectomie se sont effacés peu à peu, et actuellement ces deux opérations ont une léthalité à peu près égale. Il n'y a donc pas à hésiter: d'une façon générale, la laparotomie doit être préférée.»

Ha operadores que fazem bastantes hystectomias vaginaes devidas a erros de diagnostico e prognostico. Fazem a operação baseando-se em que o utero, trompas e ovarios estão transformados em massas purulentas e completamente perdidos para a fecundação. Tudo isto, na maioria dos casos, é chimerico e falso. É o diagnostico vulgar da maioria dos gynecologistas; é um diagnostico por sugestão.

Primeiro: Nada em gynecologia é difficil

só o diagnostico é, em geral, difficillimo e, por vezes, impossivel.

Segundo: O diagnostico das salpingo-ovarites, é, quasi sempre, o mais difficil dos diagnosticos gynecologicos, e, na maior parte dos casos, só depois do abdomen aberto é que se completa e se fixa.

Terceiro: Muitas affecções, e em especial as affecções de todos os orgãos da pequena bacia, podem ser confundidas com as salpingo-ovarites.

Quarto: Ha erro, em geral, de diagnostico quando o gynecologista affirma que os dois annexos estão igualmente affectados. Os annexos esquerdos são mais predispostos do que os direitos á inflammação, e, nos casos em que a inflammação invadiu os dois lados, o ovario e a trompa esquerda estão mais doentes.

Diz o professor Faure: «Ce qui frappe, au premier abord, pour peu que l'on ait l'habitude de la chirurgie des annexes, c'est la diversité presque constante des lésions chez la même malade. Il peut y avoir, d'un côté, des lésions insignifiantes de la trompe avec un énorme abcès de l'ovaire, tandis que de l'autre, au contraire, on trouvera, par exemple, un ovaire tout à fait sain accolé à une trompe remplie de pus et adhérente aux organes voisins.

I n'y a, pour ainsi dire, deux cas de sup-

purations annexielles se ressemblant complètement, et cette variété même rend toute description d'ensemble à peu près impossible. Il n'en saurait d'ailleurs être autrement. Sous l'influence d'une infection quelconque, légère ou violente, la trompe, l'ovaire, le péritoine réagissent chacun pour leur part et dans des proportions différentes suivant l'intensité de l'infection à leur niveau, et les lésions qui en résultent sont livrées au caprice de l'envahissement microbien.»

Igualmente é falso quando o gynecologista diz que, baseado no seu diagnostico, o ovario está perdido para a fecundação e para a secreção interna. Tendo o ovario 350:000 ovulos ficarão todos destruidos pela inflamação? Não acreditamos. E hoje temos um caso de mulher hysterectomisada apresentar uma gravidez abdominal á custa d'um resto d'ovario que o operador não pôde extrahir: o espermatosoide tinha entrado por uma fistula vaginal. Murphy viu uma mulher gravidar tendo soffrido uma ovariectomia dupla. Julgamos que só o bisturi é o processo destruidor por excellencia, e que os processos pathologicos não aniquilão completamente as funcções physiologicas dos orgãos: temos um exemplo no pancreas. Fazendo-se a ablação do pancreas, o animal tem immediatamente a diabetes pancreatica; mas pôde o pancreas estar todo trans-

formado n'uma massa cancerosa que não ha diabetis (Debove).

A hysterectomia vaginal tem, mutilando a mulher, consequencias, immediatas e remotas, más: as consequencias immediatas são as difficuldades e complicações operatorias; as consequencias remotas são os resultados tardios e a falta que faz á mulher o utero e os ovarios.

Varios gynecologistas teem estudado este assumpto; entre elles V. Pauchet, discipulo de Richelot, colligiu 300 laparotomias e 300 hysterectomias vaginaes e tirou na sua these (*Hystérectomie et laparotomie pour lésion des annexes de l'utérus. Résultats éloignés et comparés*) as seguintes conclusões: A laparotomia está indicada nas mulheres novas, tendo annexites unilateraes: a hysterectomia vaginal está indicada nos casos d'um utero englobado no meio d'adherencias e abcessos pelvicos multiplos. A mortalidade das duas operações oscilla entre 4 a 7 por 100.

A hysterectomia vaginal acarreta perturbações geraes e locaes.

As perturbações geraes são devidas á supressão da função ovarica, e são: mudança de character affectando a forma de hyperexcitabilidade ou a forma depressiva; o somno agitado; — loucura (*mas é precisa a hereditariedade*); mal estar, accessos d'opressão; inchação dolorosas dos seios; perturbações da

voz: em duas cantoras a quem Richelot fez a hysterectomia vaginal verificou-se que o tom das suas vozes tinha baixado.

Estas perturbações geraes são tanto mais notaveis quanto as lesões annexiaes são mais recentes e menos pronunciadas, e desaparecem, em geral, no fim d'um anno ou dois, e são felizmente modificadas pela hydrotherapia e ingestão de substancia ovarica (*methodo de Jayle*).

As perturbações locaes são mais incommodas para as doentes do que as perturbações geraes; as perturbações locaes são producções kysticas, fistulas, dôres.

As producções kysticas são collecções liquidas tardiamente formadas á custa dos detrictos dos annexos extrahidos. Fistulas: em trezentas hysterectomias Richelot teve dez intestinaes, cinco vesicaes e uma do uretère. Evitão-se as fistulas intestinaes abstendo-se de descorticar bolsas muito adherentes; as fistulas urinarias evitão-se descollando largamente a bexiga *en rasant de près l'utérus*.

A hysterectomia occasiona alguma leucorrhœa; n'alguns casos, o cystocèle e sensibilidade da cicatriz. As operadas continuam a sentir dôres, devidas ás antigas adherencias (peritoneaes, do epiploon, bexiga e intestino); estas adherencias podem determinar, mais tarde, oclusões intestinaes. As mulheres nevro-ar-

thriticas continuam a soffrer, e nenhum beneficio colhem da operação, são o *noli me tangere* da gynecologia.

*Difficuldades e complicações operatorias da hysterectomia vaginal.* A estreiteza da vagina e da vulva constituem, ás vezes, uma séria difficuldade para se poder fazer a operação.

Esta difficuldade dá-se principalmente nas mulheres que não tiveram filhos. Landau, para supprimir esta difficuldade, varias vezes recorreu aos desbridamentos bilateraes da vulva. Chaput, no Congresso francez de cirurgia de 1892, recommendava tambem o *desbridamento systematico ou bilateral da vulva*, todas as vezes que as dimensões d'este orificio não fossem enormes. Ora, isto não encanta e nada tem de seductor; porque: primeiro, além das horriveis dôres dos clampos, produzem-se mais umas dôres da cicatrização da vulva; segundo, abre-se, por este processo, uma ferida muito facil de se infectar durante as manobras operatorias, e muito principalmente quando as bolsas purulentas rebentam.

É preferivel, quando a vagina fôr estreita, dilatal-a com um tampão durante alguns dias que precedem a operação, ou dilatal-a com um balão de Petersen, como faz Segond, ou empregar um pessario de Gariel.



Se, por qualquer d'estes processos, a dilatação da vagina fôr pequena ou insignificante, abandona-se esta via e recorre-se unicamente á via abdominal.

Ha casos em que as principaes e verdadeiras difficuldades são: a *fixidez* e a *immobilidade* do utero.

A *friabilidade* do utero é a causa d'uma enormissima serie de difficuldades e incomodos, durante o acto operatorio. Um utero *friavel* é, quasi sempre, um utero que está fixo por adherencias, e immovel.

As pinças destinadas a agarrar e a baixar o utero lacerão-no, rasgam-no, mas não conseguem baixal-o. Isto dá-se principalmente em dois casos: ou a infecção é recente e devida a um parto ou aborto, ou a infecção é muito antiga e os annexos, o utero e tudo, emfim, estão cheios de adherencias fixas, firmes e esclerosadas. N'alguns d'estes casos ninguem, por mais que queira, póde fazer a hysterectomia vaginal. Recorre-se então á via abdominal.

A *impossibilidade de enuclear os annexos* constitue um dos argumentos com que se combate a operação de Péan. Effectivamente, para os mais distinctos gynecologistas, esta *impossibilidade* contra-indica a hysterectomia vaginal.

No decorrer da operação de Péan, ás vezes, os annexos estão de tal modo adherentes e tão altamente collocados, que é impossivel extrail-os.

Por isso, em varias hysterectomias difficeis e complexas, muitos gynecologistas deixaram os annexos ou partes d'elles: Richelot em 66 hysterectomias fez 11 vezes a ablação unilaterial dos annexos e 20 castrações uterinas puras; Jacobs em 421 operações tem 49 incompletas; Rouffart obtem em 52 — 34; Doyen em 64 — 4; Bouilly 11 em 52; e, a maior parte das vezes, foram obrigados, mais tarde, a extrahir os annexos que tinham deixado, por meio de operações abdominaes.

A *ferida do uretère*, que hoje raras vezes se observa, foi considerada outr'ora como um dos pontos negros da hysterectomia vaginal.

Hoje, quando apparece algum d'esses casos, o uretère é pinçado e quasi nunca cortado. Esta questão foi muito discutida na sociedade de cirurgia de Paris, e igualmente muito bem estudada por Tuffier e Levi (*Étude sur les fistules uretéro-vaginales. Ann. de Gynec. et d'Obstét.*, 1895, t. XLIII, p. 382 e 445).

Qualquer processo que se empregue para fazer a hysterectomia vaginal, quando a operação corre regularmente e com methodo, o

uretère quasi nunca é pinçado. Este accidente dá-se nas operações irregulares, diffíceis, em que uma hemorragia grave, abundante ou imprevista obriga a pinçar um pouco ao acaso, e sem vêr.

*A ruptura ou fistula da bexiga* é mais frequente: em 200 hysterectomias Segond nota 5 vezes a ruptura da bexiga.

Isto pôde succeder em duas occasiões diferentes: ou durante as manobras do descolamento da bexiga, e remedeia-se, então, com a sutura, ou mais tarde, passados dias, quando se destacam e eliminão as escharas.

*Lacerações e fistulas do intestino.* Estas fistulas são do recto ou do intestino delgado.

As feridas do recto sã) frequentes.

Sabe-se hoje muito bem que as annexites tem uma grande tendencia para contrair adherencias e cahir no fundo de sacco de Douglas.

Igualmente sabemos que a pyosalpingite tem uma grande e especial predilecção para contrair adherencias e soldar-se com o recto.<sup>1</sup> A laceração e fistula do recto produz-se por arrancamento quando se querem libertar as

---

<sup>1</sup> «La pyo-salpinx a une grande tendance à s'ouvrir dans le rectum». Des maladies des trompes de Fallope et de leur traitement par Th. More Madden. Traduction.

massas annexiaes; se isto passa despercebido ao operador é um facto gravissimo; a doente morre nos primeiros dias que se seguem á operação. Lejars perdeu assim uma operada.

Em outros casos, a fistula rectal é secundaria, e, como a fistula vesico-vaginal, post-operatoria; por isso mesmo resultante da queda e da eliminação d'uma eschara.

A *fistula ou laceração do intestino delgado* póde ser devida ao descollamento d'adherencias ou ser pinçada pelos clampos. Legueu pinçou, d'uma vez, e dilacerou uma ansa intestinal, que se apresentava com os caracteres d'uma trompa dilatada.

A *occlusão intestinal* é uma complicação pouco frequente da hysterectomia vaginal. Algumas vezes, são falsas oclusões devidas a uma tamponagem vaginal muito apertada.

Mas, outras vezes, ha verdadeiras oclusões devidas a uma torsão do intestino ou a uma adherencia ao nivel da cicatriz.

A *septicemia peritoneal* é a mais grave complicação da hysterectomia vaginal. Constitue, quasi sempre, a causa da morte depois d'esta operação. A septicemia dá-se, na maioria dos casos, nas hysterectomias facéis, isto é, hysterectomias por lesões simples, sem adherencias. Quando a hysterectomia é difficil,

quero dizer, complicada, e a pequena bacia está separada da cavidade abdominal por um docel compacto d'adherencias, a *septicemia peritoneal post-operatoria* raras vezes se produz; por isso se póde dizer que a gravidade da hysterectomia vaginal está na razão inversa da sua difficuldade.

A *hemorrhagia*, depois da hysterectomia vaginal, não é vulgar, quando a hemostase foi feita com toda a regularidade e cuidado: nós hoje sabemos que as lesões velhas e complexas teem pouca tendencia a sangrar.

Alguns cirurgiões têm tido a fatalidade de arrancar um ligamento largo completo e não haver hemorrhagia.

Durante as primeiras horas vigia-se a a docente, e, se uma hemorrhagia abundante se der, tiram-se as mechas, e, com o auxilio das valvulas e dos afastadores, vae-se á procura do vaso que sangra. Tem algumas vezes acontecido estar o vaso altamente situado, e os cirurgiões teem-se visto obrigados a fazer a laparatomia immediatamente, e ir pelo abdo- mem procurar o vaso, e laqueal-o (Tuffier).

A hemorrhagia immediata, como fica dito, é rara; a secundaria é muito mais frequente. A secundaria sobrevem ordinariamente na occa- são da ablação das pinças, ou, mais tarde, na quéda das escharas.

O *décubitus acutus* ou *escharas sagradas* observão-se algumas vezes depois da hysterectomia vaginal por lesões dos annexos: Segond foi o primeiro que notou esta complicação; o seu discipulo Baudron cita, na sua these, varios exemplos; eu proprio já observei dois d'estes casos. As escharas produzem-se geralmente desde o terceiro até ao decimo dia, e levam muito tempo a cicatrizar; cinco a seis semanas.

Estas escharas dependem principalmente, segundo Segond, d'uma predisposição particular, que se encontra de preferencia nas mulheres doentes ha muito tempo, e affectadas d'inflamações peri-uterinas, susceptiveis de desenvolver, do lado dos nervos pelvicos, um trabalho irritativo. Esta irritação, já manifesta quando chega a hora da intervenção, acha no traumatismo operatorio as condições desejadas para se aggravar e provocar, no fim de contas, as lesões caracteristicas do *décubitus acutus* (Segond).

#### Resultados remotos

A mulher hysterectomizada é, na maioria dos casos, uma mulher castrada, e, como tal, candidata a todas as perturbações geraes, que ulteriormente affectão todas as mulheres sem

ovarios. D'estas perturbações fallarei mais adiante.

N'este capitulo trato principalmente das perturbações locais, que persistem, ás vezes, depois da hysterectomia, e attenuão o valor dos seus resultados remotos. Sob este ponto de vista, devemos considerar dois casos differentes: ou os annexos foram extraídos completamente, ou a sua ablação foi incompleta.

1.º *Quando a ablação dos annexos é completa* e a operação bem indicada e adequada, a cura, em geral, é a consequencia da operação: só as mulheres nervosas continuão a soffrer.

Certas mulheres, todavia, ainda depois d'operadas, continuão com o seu *corrimento leucorrhoeico*, por vezes muito rebelde ao tratamento. Outras mulheres apresentam, ao nivel da cicatriz vaginal, uma certa hyperesthesia, que faz com que a cópula seja bastante dolorosa, e, por vezes, impossivel.

2.º *Quando os annexos não foram completamente* extraídos o resultado é muitissimo inferior; a mulher, por via de regra, continúa a soffrer, e certas lesões secundarias podem desenvolver-se nos annexos conservados.

A experiencia e a clinica demonstram que,

depois da hysterectomia, os annexos são não se atrophião. Grammatikati estudou experimentamente em animaes esta questão da evolução dos annexos depois da hysterectomia, e viu que, depois da ablação do utero, o ovario continúa a funcionar e a produzir ovulos. N'uma mulher de quarenta e tres annos, operada tres annos antes por Lebedeff, Grammatikati verificou que os ovarios estavam normaes, e que os seus ovulos estavam em evolução.

Finalmente, factos clinicos muito numerosos estabelecem ainda este facto: os annexos são não se atrophião depois da hysterectomia; Vendeler observou um caso de gravidez extra-uterina depois da ablação do utero.

Com poucas excepções os annexos doentes, abandonados na occasião da hysterectomia, comportam-se do mesmo modo. Quando os annexos estão suppurados, e as bolsas foram todas abertas no decorrer da operação, as paredes dos abcessos soldão-se sob a influencia da drenagem e os annexos não se sentem ao toque; dizem, então, os gynecologistas que elles estão *volatilizados*.

Isto é o que succede na maioria dos casos; mas ha excepções.

Acontece varias vezes, quando a drenagem é insufficiente ou defeituosa, persistir depois da operação uma fistula purulenta, e, ao mesmo tempo, um tumor n'um dos fundos de sacco.



Quando o utero foi extraído e os ovarios ficaram, se estes estavam affectados com lesões parenchymatosas e intersticiaes, a doente continúa a soffrer, porque as lesões continuão a evoluir.

Em alguns casos, depois da hysterectomia apparecem kystos serosos secundarios, que proveem, talvez, só dos detricos do corpo de Wolf. <sup>1</sup>

Seja como fôr, é certo que, algumas vezes, vêem-se *formar*, depois da hysterectomia vaginal incompleta, ou *persistir*, na pequena bacia, collecções suppuradas, que é preciso tratar por uma nova operação, e recorre-se, então, á incisão vaginal ou á laparotomia, segundo a facilidade ou difficuldade do caso.

Considero, com a maioria dos gynecologistas, nullo o resultado d'uma hysterectomia vaginal incompleta, isto é, no decorrer da qual se deixa uma trompa ou um ovario doente.

Conclusão pratica: quando o utero, ovarios e trompas estiverem completamente perdidos, a castração utero-annexial total é absolutamente indispensavel.

---

<sup>1</sup> Claret — *Des tumeurs kystiques secondaires à l'hystér. et mic vaginale.*  
Thése de Paris. 1896.

Entre a laparotomia e a hysterectomia vaginal ha a seguinte differença: na hysterectomia *não se vê o que se quer e faz-se o que se pôde*; na laparotomia *vê-se tudo o que se quer e faz-se tudo que se quer*.

As paredes da trompa, distendidas pelo pus, vão-se adelgçando pari-passu que a trompa se vae enchendo. Assim, ha trompas que alojaram litro e meio e dois litros de pus (Lejars); mas, ao passo que a pyosalpingite vae crescendo, vae contraindo adherencias com os órgãos por onde vae passando. Algumas contraem adherencias com a face inferior do figado e com o baço, etc.

No fim do meu trabalho, apresento um caso extraordinario, e creio que o unico conhecido em gynecologia, succedido com o professor Polailon: uma pyosalpingite adherente de tal maneira ao baço que foi preciso extraí-lo juntamente com a salpingite.

Eu sei que, depois da hysterectomia vaginal, algumas d'estas adherencias (intestinaes, etc.), adherindo umas ás outras, produzem mais tarde oclusões intestinaes, etc. Mas pergunto agora,—o que não me lembra de ter visto em nenhum livro de gynecologia entre tantos e tantos que li e consultei,—em que estado ficarão os órgãos internos (figado, baço, intestinos, recto, bexiga, etc.) quando, devido ás

manobras da hysterectomia vaginal, rasgarmos as adherencias? Não poderá haver uma hemorragia interna, devida a essas adherencias (ás vezes muito organisadas) e ficarem a sangrar?

Tudo isto é possível, e muito possível; e nada d'isto se dá com a laparotomia.

Na laparotomia, cortão-se as adherencias entre duas ligaduras, e varios gynecologistas tem aconselhado tocar as pequenas adherencias, quando sangram, com permanganato de potassa, em pó fino, ou cobril-as com airoil; isto com o fim de obstar a que ellas de novo se organisem e adhiram umas ás outras, produzindo collecções kysticas e oclusões, etc., e de que nós já de sobejo fallamos.

Hoje, grande numero de gynecologistas as-signalam, e com rasão, á hysterectomia vaginal dois grandes defeitos: a operação é *excessiva* ou *insufficiente*.

*Excessiva* tem-no sido certamente entre as mãos de todos aquelles que fizeram muitas e muitas vezes esta operação. A hysterectomia vaginal supprimiu lesões minimas e levissimas, que o tratamento conservador teria salvo. Só se dava por ellas quando se tinham as lesões na mão, e, então, era já muito tarde. Dir-se-ha: mas a incisão do fundo de sacco de Douglas é uma incisão exploradora.

Abre-se primeiramente atraz, explora-se com o dedo e não se extrae o utero, a não

ser que os annexos pareçam irremediavelmente perdidos. Concordo com isto: a exploração pelo fundo de sacco posterior salvou muitas trompas e ovarios, mas hão de tambem concordar commigo que esta exploração digital nunca igualou o exame e verificação que dá a vista, quando se trata d'uma laparotomia. E o facto existe: em toda a parte do mundo, em que se faz gynecologia, teem-se extraido annexos que se poderião conservar.

Tem-se, mais de uma vez, repito, rasão para dizer que, muitas vezes, a hysterectomia vaginal é *excessiva*.

*Insufficiente*, a hysterectomia vaginal é-o n'um grande numero de casos; aqui, não é o operador que é o culpado, é a propria operação. A operação é insufficiente quando não permite a ablação integral das lesões tubo-ovaricas: disse, e repito, que qualquer hysterectomia, na qual se é obrigado a deixar annexos doentes dentro do abdomen, é nulla nos seus resultados remotos.

Depois d'um curto periodo de pequenissimas melhoras, as doentes continuão novamente a soffrer, e necessitam um dia de uma nova operação, isto é, uma laparotomia complementar.

A hysterectomia vaginal nem sempre per-

mitte esta ablação *necessaria* dos annexos. Ha bolsas, tão adherentes ou tão altamente situadas, que os dedos não podem descolla-las, nem sequer attingir o seu polo superior. Insistir n'estas condições, seria fazer passar por verdadeiros perigos as doentes. N'estes casos a hysterectomia é realmente *insufficiente*; porque o que ella não pode fazer te-lo-hia feito, e muito mais facilmente, a laparotomia.

É por isto que muitos gynecologistas, que antigamente faziam muitas hysterectomias vaginaes, e applicavam-nas para curar qualquer affecção (canero, fibroma, etc.), limitão hoje muitissimo as suas indicações.

O professor Chalot, na ultima edição do seu livro, fallando da hysterectomia abdominal total para a extirpação dos fibromyomas, diz: «Aujourd'hui, non seulement beaucoup de chirurgiens, *et nous* sommes, depuis six années, de ce nombre, préfèrent l'hystérectomie totale abdominale pour des fibromes moins volumineux, mais aussi l'on revient ou plutôt on a recours de tous côtés à la même operation pour le cancer; *l'hystérectomie vaginale n'ayant tenu nullement ses promesses et étant désormais presque condamnée comme opération radicale.*»

Muita razão tinha o professor Lejars

quando, em 1893, no Hospital da Pitié, dizia aos seus alumnos: «S'il manque et l'indication utérine et l'indication générale, la réponse est plus difficile, et c'est alors qu'intervient, pour une grande part, le tempérament, autrement dit, les habitudes opératoires de chaque chirurgien. Par l'une ou l'autre voie, peut être l'opération bien faite... Il n'en reste pas moins un fait, difficile à nier, c'est que, par le ventre, on voit mieux ce qu'on fait et c'est pour cela que dans le cas de cette dernière variété, *je choisirais désormais, pour ma part, la laparotomie.*»

A hysterectomia vaginal parece-me estar *contra-indicada* nos casos simples e nos casos complicados de lesões bilateraes (entenda-se); nos casos simples, isto é, quando estas lesões, ainda que bilateraes, são minimas, insignificantes, prefiro a laparotomia, que permite, muitissimas vezes, um tratamento conservador; e se, n'estes casos, empregassemos a hysterectomia, fariamos uma exeresse extensa, enorme, desnecessaria, altamente prejudicial para a doente, e criminosa.

Nas velhas lesões muito complexas, esclerosadas, a hysterectomia vaginal parece-me igualmente *contra-indicada*. N'estes casos, a operação será incompleta, e, apesar d'ella poder dar resultados immediatos bons, será necessario,

mais tarde, fazer uma laparotomia secundaria. Isto succede principalmente com as velhas lesões, em que as adherencias são firmes, esclerosadas, não descorticaveis, e que não podem ser attingidas ou atacadas pela via vaginal.

Por esta via, as bolsas despedação-se e saem aos boccados; pela via alta ou abdominal, extraem-se integralmente, completas; a superioridade pertence, pois, á *laparotomia*.

Quando se trata d'estas lesões complexas, agudas e muito virulentas, como acontece, por exemplo, nas suppurações, que se desenvolvem depois da infecção puerperal, a hysterectomia vaginal (ainda que alguns gynecologistas não pensem d'este modo) está plenamente indicada. Porque, n'este caso, a virulencia do pús tornaria a laparotomia excessivamente perigosa, e a vida da doente passava por um enormissimo e grave risco. Ainda assim mesmo, alguns auctores preferião, em vez de praticar a hysterectomia vaginal, como acima aconselhei, fazer uma *colpotomia posterior* e dar, por este modo, sahida ao pús das bolsas purulentas. Defendem esta sua maneira de vêr dizendo: que a colpotomia é sufficiente, na maioria dos casos, para remediar os accidentes immediatos, e permite esperar. Não concordo completamente.

Para a hysterectomia vaginal ficão apenas

duas indicações: 1.º *lesões complexas agudas e muito virulentas*; 2.º *velhas lesões suppuradas bilateraes e enucleaveis*.

N'este segundo caso, a hysterectomia tem superior vantagem á laparotomia e, além d'isso, não ha a cicatriz abdominal e a eventualidade da eventração. Mas tocamos nós agora n'um ponto difficil: como se ha de conhecer a enucleabilidade das lesões? Quaes são os seus caracteres? Isto é muito discutivel, e cada gynecologista o aprecia a seu modo. Julgo que se poderá extrahir sempre os annexos quando apresentarem estes dois caracteres, quer isolados, quer associados: 1.º mobilidade das bolsas com o utero; 2.º estarem baixamente situados.

Existindo estas condições, pratica-se a hysterectomia vaginal total; mas, se as bolsas estiverem altamente situadas, e houver receio de que não possam ser attingidas, é preferivel rejeitar a hysterectomia vaginal, e recorrer á via abdominal.

#### **Perturbações devidas á castração**

A operação de Péan, tirando á mulher o seu utero e ovarios, provoca, na maioria dos casos, todas ou quasi todas as terriveis e tristes perturbações consecutivas á castração: (baforadas de calor, estado neurasthenico, ne-



vralgias, mudança de caracter, loucura, hysteria, epilepsia, papeira exophthalmica, phenomenos congestivos e hemorrhagicos, perturbações da nutrição, modificação do sentido genital, etc.).

Estas perturbações são devidas á falta do utero e, principalmente, dos ovarios.

Como brilhantemente o demonstrou, em varias publicações e artigos, o physiologista e gynecologista belga Dr. J. H. Keiffer, o utero desempenha no organismo da mulher uma função emunctoria importante. Assim é que, pelo utero, são eliminadas, na occasião da menstruação, varias toxinas e substancias venenosas, que giravão no organismo. Igualmente Charrin demonstrou que o poder toxico do sangue da mulher vae augmentando até á occasião da menstruação, e diminue em seguida.

Que quer isto dizer? Que houve descarga pelo utero.

D'aqui se deve concluir que a mulher, privada do seu utero, fica (se ainda era menstruada) sujeita a uma tal ou qual intoxicação. E é assim que eu explico as palavras da M.<sup>me</sup> Margoliès quando me diz, na sua excellente these <sup>1</sup>, fallando das causas de psychoses

---

<sup>1</sup> Troubles psychiques consécutifs aux opérations pratiquées sur l'appareil génital de la femme.

post-operatorias em gynecologia: « L'opération comme les autres causes extérieures de ces psychoses, accidentelles, paraît agir surtout par la voie d'infection ou *d'auto-intoxication*, . . . mais on peut supposer peut-être qu'elle survient aussi dans quelques cas par inhibition réflexe d'une *fonction éliminatrice*, ou par l'abolition d'une sécrétion interne. »

Como se vê, pelo que ficou dito acima, o papel que representa a menstruação não passou despercebido ao espirito da M.<sup>me</sup> Margoliès.

Effectivamente, quando qualquer clinico examinar uma mulher castrada neurasthenica, verá que ella ha-de apresentar quaesquer indícios d'uma leve intoxicação.

Que a menstruação tem relações importantes e intimas com o systema nervoso, isso está fóra de duvida. Diz Albert Robin: <sup>1</sup>

« Tantôt, *et c'est le cas le plus commun*, dit Brierre de Boismont, les dérangements menstruels sont postérieurs à la perte de la raison, tantôt, au contraire, ils précèdent le délire et paraissent réellement le produire. Les troubles de la menstruation ne font pas éclater la folie, bien au contraire, presque toujours ils apparaissent à sa suite; chez les *aliénées* encore réglées; il est plus exact

---

<sup>1</sup> Traitement médical des Maladies des Femmes.

d'avancer que les *époques* coincident avec une *aggravation de l'état mental*. *L'aménorrhée* est encore ici le phénomène prépondérant au cours des *manies, délires, folies périodiques*, etc., *même avant la période de cachexie.*»

Epilapsia. Alberto Robin escreve: <sup>1</sup>

«Si la névrose a peu de retentissement sur les règles, l'influence du molimen cataménial sur les accidents convulsifs est plus, réelle; les crises épileptiques éclatent facilement à l'occasion des règles, et la venue de la puberté est souvent l'occasion du premier accès comitial. (Épilepsie menstruelle; Brierre de Boismont.)»

Porque será que as mulheres alienadas *furiosas* estão mais agitadas na ocasião da menstruação?

A falta dos ovarios na mulher ainda é mais importante do que a do utero. Os ovarios teem na economia altas, nobres e importantissimas funcções. Algumas d'estas funcções já são hoje conhecidas, outras estão ainda em estudo; e tudo leva a crêr que os progressos da physiologia nos venhão revelar novas e importantissimas propriedades da glandula ovarica.

---

<sup>1</sup> Loc. cit.

Sabemos hoje que o ovario é uma glandula com secreção interna, como é o figado, corpo thyroideu, capsulas supra-renaes, etc. A sua secreção interna reside, segundo os trabalhos do Professor Prenant, de Nancy, Mathias Duval, de Sobotta, de Belloy, de Keiffer, de Fédoroff, da Crimea, e de varios histologistas allemães, etc., no corpo amarello da menstruação. Segundo estes auctores, o corpo amarello apresenta histologicamente todos os caracteres d'uma verdadeira glandula.

O producto de secreção do corpo amarello é recolhido por os vasos deferentes do ovario, e, entrado assim na circulação, vae impregnar toda a economia (phenomenos de correlação).

Segundo varios auctores, e muito em especial o distinctissimo chimico Armando Gautier, a secreção do ovario, além de varias substancias, compõe-se d'um grande numero de corpos azotados organicos e bastante complexos, entre os quaes figura um corpo alcaloidico muito analogo, igual ou semelhante á substancia alcaloide *espermina* que se extrae do esperma humano.

Poehl procurou demonstrar que, sem ser de per si só um oxydante, esta *espermina feminina* é capaz de determinar indirectamente uma acceleração das oxydações, quer mineraes quer organicas.

Armando Gautier diz: « Sous l'action des

sucs de l'ovaire et du testicule, l'on voit une série de phénomènes d'excitation générale. La nutrition et les échanges paraissent s'accélérer, les produits fixes de déchet diminuent, les forces s'accroissent, la circulation se régularise ».

Resulta das experiencias de Poehl, de Tarchanoff, de Maximowitch e Weljaminoff que a substancia alcaloïdica ovarica possue, injectada em pequena dose na economia, uma acção dynamisante e tonificante do systema nervoso.

O testiculo e o ovario são, segundo a physiologia moderna, glandulas de secreção interna *vivificante*. O producto de secreção interna do ovario, espalhado pelo sangue, vae dar força, vida e tonus a toda a economia. Privar a mulher dos ovarios, isto é, da sua secreção interna, é mata-la. Deve-se ter sempre presente no espirito a celebre proposição de Brown-Séquard: « Toutes les glandes, pourvues ou non de conduits excréteurs, versent dans le sang des principes utiles dont l'absence se fait sentir, *lors qu'on extirpe ces glandes* ou qu'elles sont détruites par la maladie ».

O conhecido cirurgião francez Pierre Delbet escreveu: <sup>1</sup> Si l'on a été si fortement étonné des troubles généraux qu'entraîne la suppres-

---

<sup>1</sup> Semiologie des organes génitaux par Pierre Delbet in: *Traité de pathologie générale* publié par Ch. Bouchard. Tome v.

sion de certains organes, qui paraissent avoir un rôle exclusif et bien déterminé, c'est qu'on n'était pas suffisamment familiarisé avec la grande loi de corrélation.

Elle a, en effet, pour corollaire ce dogme de physiologie pathologique: *la suppression d'une portion quelconque d'un individu trouble son équilibre organique.*»

Eis aqui mais uma rasão porque os ovarios são indispensaveis á mulher.

Os physiologistas modernos, nos ultimos congressos, classificaram os ovarios de glandulas hypotensôras, como o figado, por exemplo; e, feita a sua ablação, dar-se-ha a hypertensão. Ora, diz o eminente especialista das doenças do coração, Huchard, a hypertensão é a causa da arterio-sclerose, e, por isso, de todas as doenças do coração (escleroses) e das arterias. Ora, aqui temos nós como uma mulher hysterectomisada é uma candidata a todas as doenças do coração e das arterias.

A hysterectomia vaginal, castrando a mulher, produz uma menopausa prematura e a menopausa acarreta consigo uma hypertensão e a arterio-sclerose.

Dizer hypertensão e arterio-sclerose é dizer um mundo immenso de doenças. Em qualquer parte do organismo, e, na maior parte dos casos, em muitas visceras, e na mesma

ocasião, desenvolvem-se doenças devidas a estas duas causas.

Diz Huchard: <sup>1</sup> « Or, dans les cas où la ménopause s'établit d'une façon anormale et plus ou moins pénible, les femmes sont absolument dans la situation de celles qui vont avoir leurs règles, et c'est ainsi que, pendant des mois et même pendant des années, la tension peut rester presque constamment surélevée.

Il en résulte une cause d'irritation incessante pour la membrane interne des vaisseaux, laquelle finit par s'altérer. De là, production de *l'arterio-sclérose de la ménopause*.

Les « cardiopathies de la ménopause » n'ont pas d'autre origine, ni d'autre pathogénie. »

A paginas 126 do mesmo livro, Huchard diz: « Combattre de bonne heure l'hypertension artérielle, c'est prévenir ses maladies (arterio-sclérose, cardiopathies et néphrites artérielles, affections aortiques, angine de poitrine, cardiopathies de la ménopause, etc.); c'est un moyen de s'opposer à l'envahissement de l'arterio-sclérose, cette maladie du *surménage artériel*. »

A paginas 145, diz Huchard: « Par quelques exemples empruntés à la clinique, nous

---

<sup>1</sup> Traité clinique des Maladies du cœur et de l'aorte. Paris, 1899.

avons démontré que l'arterio-sclérose est une maladie générale, qu'elle étend son action sur presque tous les organes, et que les cirrhoses viscérales sont le plus ordinairement sous la dépendance de la sclérose artérielle, aboutissant habituel de l'inflammation chronique.»

O distincto e erudito medico do Hospital Geral de Santo Antonio, Sr. Dr. Martins da Silva, diz-me que as mulheres castradas, que frequentão a sua consulta no hospital, apresentam anemia e uma tachycardia, de tal modo pronunciada, que se sente bater com grande violencia o coração collocando a mão por cima dos vestidos da doente. Na menopausa physiologica succede o mesmo: a tachycardia é muito vulgar, e o pulso dá 120 a 130 pulsações por minuto; ha, muitas vezes, accessos de palpitações nocturnas com sensações dyspneicas ou anginosas (Huchard).

Estas perturbações da menopausa cirurgica e da menopausa physiologica são modificadas e curadas pela opotherapie ovarica. Mas esta cura não se mantem por muito tempo; passadas semanas, as perturbações voltam a apparecer, e desapparecem novamente com o tratamento opotherapico. Quer isto dizer: na mulher normal o ovario, estando sempre em actividade, mantem constantemente a sua se-



creção interna, e evita que se dêem as perturbações devidas á falta d'esta secreção; na mulher castrada, só ha *secreção ovarica interna* quando fazemos o tratamento opotherapico; mas, com esta fórma medicamentosa, introduzido artificialmente o medicamento na economia gasta-se e desaparece no fim d'algun tempo, e as perturbações voltam. Estas perturbações da castração apparecem tambem nas mulheres que ainda conservão os seus ovarios; mas que fôrão profundamente e totalmente alterados por um processo pathologico (suppuração, etc.). Igualmente todas ou quasi todas as perturbações da castração apparecem á mulher na época da menopausa physiologica; porque, n'esta idade, o ovario vae perdendo as suas funcções; diz-se, então, que ha *insufficiencia ovarica*. Se, nas mulheres affectadas de salpingo-ovarites, o processo pathologico se fôr desenvolvendo a pouco e pouco, e o tecido ovarico destruido parallelamente, haverá tambem *insufficiencia ovarica*.

Os ovarios teem tambem relações intimas com a nutrição dos ossos, e, por mais obscura que seja a sua explicação, temos, modernamente, a certeza de que a ablação dos ovarios cura a osteomalacia. Em 1893, Winckel, castrando 40 mulheres osteomalacicas, obteve 12 curas definitivas; em 1894, Truzzi obteve 36

curas em 52 casos; e, no mesmo anno, Orthman (de Berlin) obteve em 15 casos 12 curas completas.

As perturbações devidas á castração são de tanta importancia, e, por vezes, tão tristes, que um dos mais eminentes gynecologistas, Chroback, de Vienna, estava tão convencido d'isto que mandava ao seu assistente na *Frauenklinik* estudar os inxertos, ou, antes, transplantações d'ovarios, e dizia: « *Les souffrances multiples dont gémissent un grand nombre de femmes auxquelles on a enlevé les ovaires, m'ont, de tout temps, ôté toute la joie de nos résultats opératoires. Et je n'ai eu que trop souvent à reconnaître, en mettant de côté tout parti pris, que, même après les opérations les mieux réussies, l'état subjectif des femmes, ne s'était pas amélioré, bien plus, que fréquemment, il était devenu pire qu'avant l'intervention* ». E, um pouco mais adiante, acrescenta: « *Pour ces raisons, depuis plusieurs années, en particulier dans les myomotomies, j'ai conservé à la femme un ovaire ou les deux. Jamais je n'ai constaté de conséquence fâcheuse de cette pratique. Je suis même autorisé à penser que le plus grand nombre des femmes ainsi opérées sont moins tourmentées que les autres de ces accidents liés à la ménopause prématurée.* »

A chlorose nas mulheres castradas é muito vulgar; ainda ha pouco tempo me contou um clinico do Porto que tinha vindo ao seu consultorio uma mulher, muito alta e bem desenvolvida, queixar-se d'uma enorme fraqueza e perturbações estomacaeas, etc., mas o que impressionou logo a vista do clinico, ao entrar a mulher no consultorio, foi o profundo grau de chlorose em que se achava a doente. Perguntando o medico á doente se era menstruada, esta respondeu que já não o era ha annos, porque lhe tinham tirado os ovarios, devido a umas dôres que tinha no ventre.

E essas dôres desapareceram? Não senhor; fiquei na mesma, como em antes da operação, disse a doente.

E esta doente tinha uns vinte e tantos annos!

Como já disse, as perturbações consecutivas á castração são: *baforadas* de calôr, estado neurasthenico, loucura, hysteria, papeira exophthalmica, phenomenos congestivos e hemorrhagicos, perturbação da nutrição, modificação do sentido genital. Vou, agora, fallar de cada uma em separado.

*Baforadas* de calôr.—É a mais frequente das perturbações; produz-se todos os mezes, durante os dias em que a mulher devia ser menstruada, ou apparece a todos os momentos

em qualquer dia, e, sem causa justificada, quer durante o dia quer durante a noite.

N'algumas mulheres estas *baforadas* consistem simplesmente n'um calôr, que sobe do peito para a face e cabeça, e traduzem-se por uma simples vermelhidão do rosto; n'outras, toda a periferia do corpo é altamente congestionada e cobre-se d'um suor muito abundante; esta sensação de calôr intensissimo, acompanhada de vertigens, obrigão a doente a abandonar todo o trabalho e a tomar ar. A crise dura alguns minutos; depois, tudo desaparece até chegar a proxima crise.

Estas *baforadas* durão, em geral, dois annos; mas, n'algumas doentes, podem durar cinco, e, raras vezes, mais.

Como já disse, estas *baforadas* tambem se dão na menopausa natural ou physiologica, e são devidas á falta da secreção interna do ovario, produzindo a hypertensão, etc.

Tanto n'um caso como no outro, as *baforadas* desaparecem pelo tratamento opotherapico ou ingestão de substancia ovarica; mais uma vez: — *natura morborum curationes ostendunt*. Nos casos da mulher ser hysterectomizada, a falta de eliminação de sangue pelo utero poderá contribuir alguma cousa para a pathogenia d'estas *baforadas*: não digo que não, mas muitissimo pouco. Porque toda a mulher que não tenha utero, mas que tenha

ovarios, por via de regra, não sente *baforadas*.

Estado neurasthenico. — Sob este nome, achão-se comprehendidas varias perturbações, taes como: cephalca, insomnia, nevralgias, asthenia neuro-muscular, perturbações dos sentidos, mudança de character, alterações da memoria, etc. N'estes casos, a cephalca não é violenta, mas é contínua, e consiste n'um grande peso de cabeça, e é acompanhada por zumbidos d'ouvidos e vertigens. Esta cephalca diminue com o repouso na cama, e apparece de novo quando a doente se levanta e permanece muito tempo de pé.

A insomnia é frequente e o somno perturbado por pesadêlos.

As nevralgias faciaes são frequentes; observão-se ainda perturbações dyspepticas variadas, crises de estrangulação espasmodica, palpitações e cardiopathias.

Em muitas doentes ha uma *asthenia neuro-muscular* contínua; estas doentes apresentam-se aniquiladas, sem força, sem energia physica e sem energia moral. Sentem o corpo extraordinariamente pesado, como se fosse de chumbo, paralisado, e formigueiros nos membros. Outras doentes estão agitadas, anciosas.

Os *sentidos* estão enfraquecidos e nota-se a hemianesthesia e uma diminuição da acuidade visual; ás vezes hallucinações da vista.

O *caracter* modifica-se quasi sempre, mais ou menos; as doentes tornão-se irritaveis, más e impacientes. A menor palavra as revolta e as irrita; chorão por causa d'uma futilidade, estão habitualmente tristes, e percebem perfeitamente que se tornão insupportaveis para as pessoas que as cercão. E tem crises nervosas, provocadas por causas insignificantes. Jayle em 31 casos verificou 19 vezes modificações do *caracter*: 11 doentes ficaram na mesma, uma melhorou.

A *memoria* diminue: as palavras não aco-dem, e as doentes esquecem, no caminho, o fim ou ponto aonde se devião dirigir. O mesmo succede na conversação. Jayle encontrou 24 vezes perturbações da *memoria*, em 45 casos.

A verdadeira *loucura*, a confusão mental, a melancholia tem sido algumas vezes observadas. A *loucura* apparece, em geral, muito pouco tempo depois da operação: a parte relativa da castração e do acto operatorio é discutivel.

Em geral, para apparecer a *loucura* na mulher hysterectomisada, é preciso haver *tára*; mas alguns casos ha em que esta rasão não pode ser invocada, e, então, a operação, como diz Forgue, <sup>1</sup> cria, gera ou produz a *loucura*

---

<sup>1</sup> Précis de pathologie externe par E. Forgue. Paris, 1902.

*de toutes pièces.* Apresentarei tres casos de loucura: — 1.º caso, colligido por Voisin, a doente tem 26 annos e não ha hereditariedade; boa saude anteriormente, apesar d'alguns accidentes nervosos hystericos, caracter vivo e impressionavel. A ideia da operação tinha preocupado muito a doente: Péan fez-lhe a ovariectomia direita.

*Consequencias operatorias normaes.* — Oito dias depois da operação, a doente começa a fallar muito, ha exaltação, insomnia, e, dois dias mais tarde, o delirio apparece. Onze dias depois da operação, Voisin, visitando a doente, encontra-a em decubito dorsal, coberta de suorres, a face vermelha e tomada d'uma grande excitação. O pulso está a 120 e a temperatura na axilla a 38°. A doente grita, canta ou chora por intervallos, e falla com volubilidadade: «*Eu sou a mãe de Deus*», diz ella, «*salvei o genero humano e santificarei toda a gente.*» A palavra é nitida. As pupillas iguaes, d'um diametro superior á media.

A doente reconhece o marido e as pessoas que a tratão. Verificam-se hallucinações da vista e do ouvido, assim como hyperesthesia d'estes dois orgãos, e illusões da vista nos dias seguintes. Morte, passados seis dias.

Na autopsia nada ha a notar nos orgãos do thorax e do abdomen, do lado da ferida, muitissimo pouca suppuração, a ferida está ci-

catrisada na face posterior da parede abdominal. Do lado do cerebro, lesões anatomicas de meningo-encephalite. — 2.º caso, colligido por Régis: Mulher de 35 annos; não ha hereditariedade nem nunca soffreu doença grave; a doente teve apenas 2 abortos e 2 filhos, que são vivos e robustos. Não ha nenhum vestigio d'alcoolismo nem de syphilis. A operação é bem accete pela doente, e consistiu na ablação dos dois ovarios e trompas. As consequencias operatorias são esplendidas. Oito dias depois da operação apparecem bruscamente as perturbações psychicas, com a marcha d'um delirio toxico (hallucinações da vista com character aterrador). Progressivamente, especie de confusão com torpor intellectual e physico. Primeiro grau de hallucinações psychomotoras verbaes: a doente queixa-se de fazer mau juizo a respeito de todos.

A doente melhora sob a influencia das injeccões do succo ovarico. Recahida por causa de grandes preoccupações materiaes. Um dia, escapando á vigilancia, incendeia-se e morre queimada. — 3.º caso succedido com o Cirurgião e Professor Polaillon; doente de 35 annos: a mãe tinha morrido d'uma doença do coração, o pae morreu d'uma doença de que a doente ignora a natureza. A ablação dos annexos é aconselhada, e a doente consente n'isso, em virtude de tumores fibrosos, que tinha no



ventre. A doente gosou sempre de boa saude, e o estado geral é bom. Consequencias operatorias excellentes. No quinto dia d'operada, a doente quer levantar-se e desfazer o penso. No oitavo dia, a agitação torna-se mais violenta, á tarde. Dez dias depois, nota-se que a intelligencia da doente está muito alterada, muito enfraquecida. Em certas occasiões, está cheia de delirio melancholico, outras vezes está completamente demente. Passa os dias deitada de costas, sem fallar, e deixa escapar na cama a urina e fezes. A cada instante chora. Passados 7 semanas, transportou-se a doente para o asylo Sainte-Anne.

A *hysteria* verdadeira, com todo o seu cortejo, apparece ás vezes depois da operação, e isto até em doentes que nunca apresentaram accidentes d'este genero (Debove).

A *papeira exophthalmica* é tambem uma consequencia da castração, e Mathieu <sup>1</sup> apresentou um caso em que a castração foi o agente productor da papeira. Igualmente esta papeira póde apparecer nas mulheres menopausadas, normal e physiologicamente, ou n'aquellas cujos ovarios forão destruidos por qualquer processo pathologico. Em qualquer d'estes casos, a papeira é curada pela opotherapie ova-

---

<sup>1</sup> Mathieu. Gaz. deshóp.; junho, 1890.

rica: Muret foi um dos primeiros que obteve muitissimo bons resultados em uma mulher affectada d'um volumoso fibroma do ovario, e que apresentava permanentemente palpitações, angustia precordial, uma exophtalmia leve e uma grande papeira vascular. Depois de quatorze injecções, de cinco decigrammas de succo ovarico, manifestaram-se sensiveis melhoras. Jayle administrou o tratamento ovarico a uma mulher ovariectomizada, que apresentava, entre varias perturbações, symptomas da doença de Basedow. O resultado foi completo.

Jouin melhorou, em muito pouco tempo, duas mulheres affectadas da doença de Basedow, na occasião da menopausa. O mesmo resultado favoravel obteve Seeligmann, servindo-se de pastilhas d'ovarina, em muitos casos de doença de Basedow, com perturbações da menstruação.

Uma das doentes curada por este processo já tinha soffrido, sem ter obtido resultado, a thyroidectomia. Dalché, n'um caso de papeira exophtalmica, fruste, da menopausa, constituida pela hypertrophia do corpo thyroideu, acceleração das pulsações do coração e um tremulo vibratorio, obteve, pelas capsulas d'ovarina, o desaparecimento das palpitações e da angustia.

Delaunay, em um caso de doença de Basedow, que affectou uma mulher na época da

menopausa, recorreu á ovariotherapia, depois de ter empregado, sem exito, a thyroidina. A opo-therapia ovarica produziu maravilhas.

O Dr. Prosper Mossé tambem empregou, com grande exito, este tratamento n'uma mulher affectada d'uma antiga papeira, *basedowificada*, na época da menopausa.

As psychoses post-operatorias são muito mais frequentes em gynecologia do que nos outros ramos da cirurgia. Vou citar um auctor insuspeito: o professor Le Dentu encontrou, em doze casos pessoas de psychoses post-operatorias, tres casos devidos á cirurgia gynecologica, e fez a nota seguinte: « *Je vous ferai remarquer à propos de ces dernières q'un certain nombre d'auteurs ont pensé que les opérations portant sur l'appareil génital de la femme entraîneraient une prédisposition singulière au délire. Il y a du vrai dans cette opinion, car si ma statistique ne relate que 3 cas sur 12, une proportion d'un quart, il est certain que les opérations sur l'appareil génital de la femme ne représentent pas dans ma pratique de ces deux dernières années le quart de mes opérations* ».

Estas psychoses post-operatorias são mais frequentes em gynecologia quando se extraem ambos os ovarios.

Quem, em França, como diz o Professor Delbet, estudou melhor estas psychoses foi M.<sup>me</sup> Margoliès, e chegou ás seguintes conclusões :

1.º « Si l'on peut observer quelques cas de psychoses chez de vrais dégénérés (type Magnan), la dégénérescence mentale ne peut être invoquée dans tous les cas.

2.º En étendant la dégénérescence à toutes les affections psychiques appelées constitutionnelles, toutes les formes de psychoses qu'on observe après les opérations gynécologiques, ne rentrent pas dans la classe de ces affections constitutionnelles.

3.º Un certain nombre de psychoses qu'on observe après les opérations gynécologiques sont de même nature que celles qu'on observe après l'action des causes extérieures en général, à savoir toutes les formes de la confusion mentale : pour ces cas l'opération constitue une de ces causes extérieures, « nécessaire », et c'est à ce titre qu'il y a de vraies psychoses post-opératoires.

4.º C'est après les grandes opérations gynécologiques, les ovariectomies unilatérale *et double surtout*, qu'on observe plus fréquemment les psychoses post-opératoires.

5.º L'opération, comme les autres causes extérieures de ces psychoses accidentelles, paraît agir surtout par voie d'infection ou d'au-

to-infection, qui pent tenir à différents processus, une infection microbienne surtout; *mais on peut supposer peut-être qu'elle survient aussi dans quelques cas par inhibition reflexe d'une fonction éliminatrice ou pour l'abolition d'une secrétion interne.»*

### Phenomenos congestivos e hemorrhagicos

Os phenomenos congestivos e hemorrhagicos são muito frequentes, e dão-se em qualquer órgão: manifestão-se, muitas vezes, no pulmão, produzindo crises d'opressão seguidas de tosse secca, e, algumas vezes, acompanhada d'uma expectoração abundante de escarros brancos e viscosos. Lissac viu n'uma castrada a apparição mensal d'uma bronchite, caracterisada por sarridos sibilantes muito numerosos: apparecem tambem, devidas á mesma causa (falta d'ovarios), laryngites, tracheites e congestões do figado e do seio.

As hemorrhagias, como são as supplementares, manifestão-se quasi sempre na occasião em que devia haver a menstruação; e observam-se, então, epistaxis, hematemeses, hemoptyses, hemorrhoides. Estas hemorrhagias produzem-se com o menor esforço, e são periodicas ou apenas apparecem uma vez.

Uma doente observada por Pinesse teve,

durante um certo tempo, escarros ensanguentados, todas as manhãs; uma outra teve uma evacuação de sangue pelo recto. Lissac e Baudron observaram tambem varios casos de purpura.

Perturbações da nutrição.—Nos animaes castrados a adipose é um phenomeno de sobejo conhecido: observa-se isto mesmo na mulher sem ovarios.

Segundo as observações de Jayle, em 27 casos, 8 mulheres engordaram, 5 das quaes d'uma maneira muito notavel. Em 16 mulheres hysterectomisadas, 3 engordaram, e uma engordou extraordinariamente.

Modificação do sentido genital.—Estas modificações são, em geral, raras, pouco accentuadas ou nullas. Jayle encontrou os appetites e prazeres venerios não modificados em 12 operadas, abolidos em 5, diminuidos em 4, e mais exaltados em 6. N'outra serie de 14 operadas desapareceu em 3, diminuiu n'uma, tornou-se mais vivo em 5.

De todas estas perturbações devidas á castração deriva uma *conclusão pratica*.

Deve, tanto quanto possivel, restringir-se o numero das castrações ovaricas, restringir-se a operações ou resecções parciaes, *tirar ás trom-*

*pas conservando os ovarios, e deixar os ovarios quando se extrae o utero.* Mas ha, infelizmente, bastantes casos em que os ovarios estão muito alterados e não podem conservar-se. N'estes casos, é de esperar que appareça qualquer d'estas perturbações; e temos meios que combatem, até certo ponto, alguns symptommas (opotherapiea, hydrotherapia, brometos, purgantes, etc.).

---

## SEGUNDA PARTE

---

Operações conservadoras dos ovários e das trompas



## I

### Historia

A therapeutica das annexites tem passado por phases muito diversas.

No seu periodo inicial, a therapeutica das annexites reduzia-se simplesmente ao tratamento medico: cataplasmas, tampões glycerinados, injeccões medicamentosas, sangrias locais ou revulsão pelos vesicatorios ou pelas pontas de fogo.

Este periodo medico durou até 1872, época em que Battey e Hegar fizeram a ablação dos annexos, e o eminente cirurgião de Birmingham, Lawson Tait, generalisa esta pratica, e estabelece as indicações e o manual operatorio d'uma operação (*salpingo-oophorectomia* ou *oophoro-salpingotomia*), que tem o seu nome.

Lawson Tait, desde então, aconselha todos os cirurgiões a tratarem as lesões inflammatorias dos annexos cirurgicamente. E, assim, começou o segundo periodo ou periodo cirurgico.

A maior parte dos cirurgiões do mundo inteiro, pensando que só a extirpação por laparotomia dos annexos inflammados constituia uma garantia de cura definitiva, correram a Birmingham para aprender a tirar trompas e ovarios. E Birmingham, como disse Reamy, cheio de enthusiasmo, tornou-se «a Mecca» dos peregrinos gynecologos do mundo inteiro. D'aqui resultou a furia ou o furor gynecologico, e todos desejavão imitar o mestre.

Lawson Tait calhiu em varios excessos; assim, dizia que, nos casos d'annexite unilateral, se devia tambem extirpar a trompa e o ovario do outro lado, ainda que sãos. Mas os discipulos de Lawson Tait foram muito além: o minimo pretexto servia para uma mulher ficar sem ovarios. O notavel e venerando cirurgião inglez Spencer Wells dizia, n'essa occasião, que tinha apparecido uma epidemia de castrações (*uma oophorectomia epidemica*).

Spencer Wells, protestando contra estes abusos, escrevia, em 1878, com amargura: «Os cirurgiões tirão os ovarios das mulheres com tanta impunidade como os carneiros os das porcas.»

Passados tempos, apparece Péan com a *castração uterina*: accusa o methodo de Lawson Tait de perigoso e incompleto. Péan tinha descoberto um *methodo muito mais aperfeiçoado*: para uma mulher ficar curada, além dos ovarios, era tambem preciso tirar-lhe o utero.

A nova operação, que Péan apregoava, era a hysterectomia vaginal; esta operação encontrou em Segond um fanatico adepto e defensor infatigavel. Péan faz varias communicações a respeito do seu methodo; Segond defende a hysterectomia vaginal em varios congressos, e Baudron, discipulo de Segond, e por seu conselho, defende these sobre *hysterectomia vaginal nas lesões inflammatorias dos annexos*. A hysterectomia vaginal torna-se então conhecida em todo o mundo, é acceite pela maior parte dos gynecologistas, e toma impropriamente o nome <sup>1</sup> de Operação de Péan, ou Operação de Péan-Segond.

Chegamos, assim, ao terceiro periodo do tratamento das annexites: A hysterectomia vaginal é a operação d'escolha.

Apezar de encontrar sempre adversarios, a operação de Péan ganha, de dia para dia,

---

<sup>1</sup> Nem foi Péan o primeiro que praticou a operação nem na verdade se lhe deve a sua technica. A respeito d'isto, póde-se consultar: Pichévin, *De l'extirpation totale de l'utérus*.

mais adeptos, e, principalmente na Europa, chega a ter uma voga extraordinaria.

Por toda a parte apparecem imitadores de Péan, e caem nos mesmos abusos que os imitadores e continuadores de Lawson Tait.

Como a mortalidade da operação de Péan era muito pequena (sete por cento), em relação ás intervenções abdominaes d'essa época, os abusos, então, tornaram-se muito mais numerosos.

Já se vê que tudo isto não podia passar despercebido, e os protestos surgiram de todos os lados.

Spencer Wells, na Inglaterra, Doléris, Pozzi, Pouillet, Laroyenne, Gouillond, etc., em França, Schröder, Martin Hofmeier, Walcher, etc., na Allemanha; Polk e P. Dudley, Kelly e Gill Wyllie etc., na America, protestam contra os abusos e invasão da cirurgia radical e mutilante que, sem se importar das funcções physiologicas dos orgãos, extirpava-os sob a desculpa de os curar.

Na Allemanha, Hofmeier chamava a estes abusos « *desmoralisação cirurgica* », e Walcher dizia, n'uma conferencia publica, que em Berlim se tinham aconselhado « *experiencias nos vivos* ».

Na America, P. Dudley dizia que o desdem que alguns cirurgiões teem pelas operações conservadoras é devido á grande habilidade que adquiriram na pratica da hysterectomia vaginal. «Os cirurgiões, diz elle, tornaram-se tão habéis na pratica da hysterectomia, que se transformaram involuntariamente n'um dos *maiores factores da despoção dos seus paizes.*»

Ainda na America, Mundé dizia «que se julgaria muito feliz se podesse educar a nova geração medica em servir-se menos do bisturi, e em procurar conservar á mulher os seus órgãos característicos».

Doléris dizia, no congresso de Berlim, em 1890: «O futuro pertence, a meu vêr, a esta cirurgia conservadora mais artistica, mais brilhante, e certamente mais ardua; por consequencia mais estimulante do que aquella cujo unico fim é a extirpação radical dos órgãos.»

Em 1894, o Professor Tillaux escrevia «que não poderia deixar de protestar, com viva força, contra o abuso deploravel que hoje se faz d'esta operação (ablação dos annexos).»

Hoje, todos os modernos livros de gynecologia fallam d'estes abusos, e os proprios gyne-

cologistas confessão que abusaram das operações tirando uteros e ovarios, que não devião ser tratados pelo bisturi. Diz Camillo Fournier: <sup>1</sup> «Comecei, como muitos outros, *a cortar por largo*; hoje pratico menos vezes a salpingectomia unilateral, ensaio a salpigorrhapia, e só faço a hysterectomia nos casos extremos, em que me parece bem demonstrado que tudo está muito doente.»

Os differentes cirurgiões de todo o mundo, accusavão os methodos de Lawson Tait e Péan de serem radicaes em demasia; e perguntavão se, com uma cirurgia mais moderada e humanitaria e menos grave, não se poderiam curar os differentes órgãos e conservar a sua função physiologica; se não era possivel á gynecologia applicar o principio da *conservação*, applicado ao resto da cirurgia, e se, em vez de extrahir, não era possivel *poupar, restaurar e reparar*. Diziam mais: que a cirurgia mutilante, cirurgia dos sacrificios (como lhe chama Doléris), rouba á mulher nova a sua vida sexual, e, por isso, ceifa-lhe a doce esperança de ter filhos, deixando-a mutilada e inferiormente collocada, sob o ponto de vista moral e physico. Além d'isso, produzia uma meno-

---

<sup>1</sup> Professor do clinica obstetrica e gynecologica na Escola Medica de Amiens.

pausa prematura, e, com ella, uma serie de perturbações geraes e nervosas, algumas vezes gravissimas.

Foi assim que, baseada sobre estas considerações, nasceu a cirurgia conservadora do utero e dos seus annexos.

A cirurgia conservadora dos annexos parece ter nascido com o professor Schatz, de Rostock, quando, extrahindo um ovario com o terço externo da trompa, deixou ficar os dois terços da mesma.

Foi a primeira reseccão do oviducto.

Schröder, em 1884, apresenta, pela primeira vez, as operações conservadoras do ovario, no Congresso da Sociedade Obstetrica de Berlin. Erão sete operações, e, em todas ellas, depois de extrahir os annexos d'um lado, deixava ficar as partes que lhe pareciam macroscopicamente sãs do outro lado.

N'uma d'estas operações, depois de ter extrahido um grande kysto do ovario, encontrou o outro ovario com um pequeno kysto dermoide; tirou o kysto e reseccou uma grande parte do ovario, deixando apenas um pequeno fragmento, que lhe pareceu sã. A doente curou-se, gravidou e teve um parto de tempo. Quinze annos depois, foi examinada por Mat-

thei; gosava esplendida saude, e teve um novo parto.

Fazendo estas operações, Schröder tinha em vista conservar a menstruação e a ovulação ás suas doentes. É, por isso, que deve ser considerado o primeiro cirurgião que, de proposito deliberado, fez cirurgia conservadora dos annexos.

N'este Congresso, Schröder discute e estabelece, d'uma maneira precisa, as indicações e contra-indicações das operações conservadoras dos annexos. Estas operações conservadoras estão indicadas nas mulheres novas, com a esperanza de lhes conservar a menstruação e a fecundação, ainda que este resultado possa ser duvidoso, e que uma segunda intervenção seja algumas vezes necessaria.

A conservação está contra-indicada: Primeiro, todas as vezes que ha a menor suspeita de degenerescencia maligna, ainda que seja só d'um lado; Segundo, quando a menopausa está proxima; Terceiro, quando a mulher gravidou muitas vezes.

N'esse mesmo anno, e a essa mesma Sociedade, Schröder communica uma observação, na qual diz que, tendo encontrado uma trompa com o ostium abdominal obliterado, fez um novo ostium, cortando uma pequena porção de trompa e suturando os bordos.

Spencer Wells, todas as vezes que fazia



uma ovariectomia, e o outro ovario apresentava pequenos kystos, limitava-se a abri-los com o bisturi, e conservava, assim, o ovario. Em 1882, este cirurgião publicou uma serie de 1:000 ovariectomias unilateraes, seguidas de duzentos e trinta partos, em duzentos e vinte e oito mulheres.

Schatz, na Allemanha, observou um caso de gravidez n'uma sua operada, a quem elle tinha, sem o saber, deixado um fragmento de ovario no pediculo.

Ha annos, o Ex.<sup>mo</sup> Snr. Dr. Franchini fez uma ovariectomia dupla a uma senhora parente d'um amigo meu. Apezar d'isso, e do distincto Cirurgião dizer á doente que ella nunca mais teria filhos, a operada gravidou e, hoje, é mãe.

É a Martin, de Berlim, que cabe a honra de ter feito, a respeito das operações conservadoras do ovario e da trompa, um estudo completo, e baseado n'um grande numero de casos. Quando Schröder fez a sua communição, Martin disse que já tinha feito quatro operações conservadoras: a primeira no dia 26 de maio de 1878, isto é, um anno antes da primeira operação de Schröder, — 20 de outubro de 1879.

Desde esta época até 1889, Martin estuda as operações conservadoras, e, agora, plena-

mente convicto da sua efficacia, vem brilhante e vigorosamente defendel-as na Sociedade de Cirurgia de Berlim, no dia 11 de março de 1889, apresentando dez casos.

Martin, no quarto Congresso de Gynecologia de Bonn, em 1891, apresentou uma memoria importantissima, contendo onze novos casos de resecção da trompa, e vinte e quatro casos de resecção do ovario.

Martin, no quinto Congresso de Gynecologia de Breslau, em 1893, apresenta novos casos de operações conservadoras, feitas por elle. Em todos estes casos, tratava-se de mulheres ainda novas, apresentando um dos anexos bastante alterado, e que teve de ser extrahido, mas o outro pouco affectado, e que podia ser conservado.

Em 27 d'estes casos, Martin teve 26 curas e uma morte por peritonite septica.

As doentes curadas foram muitas vezes vistas e examinadas.

Uma d'estas doentes morreu um anno depois da operação, d'um estrangulamento intestinal; 23 curaram-se completamente, e tinham uma menstruação regular. *Uma terça parte d'estas operadas gravidaram.*

Em 65 casos de resecção e ablação das trompas, Martin perdeu duas doentes, as outras curaram-se; 53 d'estas foram vistas de novo e examinadas; em 48, a cura mantinha-se

perfeita, em 5, houve reincidência. Duas operadas gravidaram.

Desde 1893 até hoje, este distinctissimo gynecologista não tem deixado de aconselhar e preconisar o tratamento conservador na doença annexial.

E o numero das suas operações, feitas em Berlim, eleva-se a centenaes de casos, com as curas mais brillantes e mais satisfactorias que possam desejar-se.

Em 1898 dizia: «Tenho mais de 10 % de mulheres gravidas nos casos de resecção do ovario, e, ainda mais, nos casos de punção dos pequenos kystos foliculares».

Na interessante discussão, que se seguiu a esta communicação, a maior parte dos gynecologistas allemães mostraram-se favoraveis á conservação, e Skuts e Schauta (*distinctissimo laparotomista*) apresentaram, ao mesmo tempo, os bons resultados das suas operações conservadoras.

P. Müller, de Berne, aconselhou, em vez da resecção do ovario, a ignipunctura com o thermocauterio. Disse que, muitas vezes, applicou este processo; mas que não pôde seguir as suas doentes.

Gusserow e Wildow fazem a resecção do ovario, e Hofmeier aconselha a operação conservadora.

Sippel publicou, em 1893, uma interessante

observação da ablação d'um ovario e resecção do outro, a que se seguiu um parto de termo.

O professor Olshausen aconselhou as operações conservadoras, e disse: «Julgo que, em a nossa época, *se opéra em demasia*. Sou partidario das operações conservadoras do ovario, em certos casos. Acredito, por exemplo, fundando-me na estatística de Spencer Wells e nos meus proprios resultados, que quando, no decorrer d'uma ovariectomia, se encontram sobre um ovario pequenas formações kysticas, devemos limitar-nos á punção simples, e respeitar o órgão».

Os ovarios, conservados por este processo, raras vezes se tornão doentes, e quasi nunca necessitão de uma segunda operação. Em 29 d'estes casos, só duas vezes foi necessaria uma segunda operação.

O Dr. Matthei, assistente do Professor Olshausen, recolheu e publicou alguns d'estes casos; e á Sociedade d'Obstetrica, de Berlim, fez uma interessante communicação de seis casos.

Todas as seis doentes se curaram completamente, e conservaram uma menstruação regular. Cinco gravidaram; quatro já tinham tido os seus partos, e a quinta estava grávida de seis mezes. N'uma d'estas doentes tinha-se deixado ficar apenas *um quinto do ovario*.

Matthei faz a judiciosa observação: «Se notarmos que a sexta doente, que não gra-

vidou, era uma celibataria, e que podia perfeitamente conceber, pode-se dizer, no presente caso, que houve 100 % de gravidezes depois da resecção do ovario.

Pfanestiel apresentou 17 casos de operações conservadoras do ovario, feitas por elle com *magnifico resultado*.

Dührssen, de Berlim, pratica ha muitos annos as operações conservadoras das trompas e dos ovarios, e, no xxx Congresso da Sociedade allemã de Cirurgia, apresentou uma comunicação sobre a *laparotomia vaginal conservadora*. Entre as 780 intervenções feitas por este processo, e para combater as affecções mais variadas, cita varios casos em que teve de obturar as trompas, com o fim de evitar a concepção em mulheres doentes, e, inversamente, praticar um orificio tubar nos casos de obliteração das trompas, para tornar possivel a concepção; depois, a cauterisação dos ovarios por degenerescencia microkystica d'estes orgãos.

Contra esta ultima affecção, a *ignipunctura* prestou optimos serviços; porque fez desaparecer, ao mesmo tempo, as dores e as metrorrhagias.

Os ovarios tratados por este processo assumem e recuperam a sua função normal.

O professor S. Pozzi foi, em França, o iniciador e defensor mais entusiastico das ope-

rações conservadoras do ovario. Foi, devido ás suas numerosas publicações e ás differentes theses dos seus alumnos, que se aclimataram as operações conservadoras, em França. Foi depois que S. Pozzi e a sua escola defenderam e estabeleceram as indicações, e preconisaram as operações conservadoras dos ovarios e trompas, que os outros professores e gynecologistas francezes Schwartz, Delbet, Richelot, Le Dentu, Pichevin, Tuffier, Legueu, Clado, Lejars e Jayle, etc., começaram a fazer igualmente operações conservadoras dos annexos.

É a Pozzi que pertence o merito de ter mostrado as vantagens da ignipunctura no tratamento da ovarite esclero-kystica; porque, se é verdade que Müller (de Berne) tinha já fallado da ignipunctura, no Congresso de Bonn, não tinha publicado nenhuns resultados. Foi Pozzi que estabeleceu as regras da technica d'esta operação, formulou as suas indicações, e vulgarisou a pratica.

É, pois, erradamente, segundo um discipulo de Pozzi, que Ranguin <sup>1</sup> chamou a esta operação: *operação de Martin*; deveria antes chamal-a, com mais justiça, *operação de Pozzi*.

Pozzi <sup>2</sup> demonstrou as vantagens que havia em combinar a ignipunctura com a resec-

---

<sup>1</sup> Ranguin. These de Paris, 1893.

<sup>2</sup> S. Pozzi, Discussion sur la castracion incomplete, 1891.

ção, nos casos d'ovarite microkystica, e, ao mesmo tempo, estabeleceu as indicações e a technica das salpingorrhaphia.

No mez de julho de 1891, Pozzi fez a primeira communicação á Sociedade de Cirurgia de Paris. Comprehendia dois casos de resecção do ovario.

Em 1893, Pozzi apresentou á Academia de medicina 12 casos novos, 6 de resecção do ovario e 6 de ignipunctura. Onze d'estas operadas ficaram curadas, e uma melhorou muitissimo.

Na reunião da British Med. Association, de Newcastle (1893), e no XI Congresso medico internacional de Roma, fez communicações sobre o mesmo assumpto.

Em 1895, R. Dounet, discipulo de Pozzi, defende these sobre os *resultados remotos das operações conservadoras*, apresentando 23 operações feitas pelo mestre.

Em 23 d'estas operadas, 19 curaram-se completamente, 3 não colheram nenhum beneficio da operação, e uma teve apenas ligeiras melhoras.

Das 19 mulheres curadas, 13 tinham uma menstruação regular, e não soffrião mais; 6 conservaram ligeiras dores, e quatro gravidaram.

Emfim, no seu ultimo trabalho, Pozzi apresenta a estatistica completa das suas ope-

rações conservadoras, <sup>1</sup> que fez desde 1891 até 1899.

O numero d'ellas foi de 62. Todas estas 62 mulheres sahiram do hospital curadas; 48 tinham sido vistas de novo, depois d'um espaço de tempo, que variava entre seis mezes a cinco annos.

D'estas 48 doentes, 33 curaram-se completamente; 7 não tinham colhido nenhum beneficio da operação, e 8 tiveram que soffrer uma nova operação. Doze d'estas doentes, isto é, a quarta parte, gravidaram.

A estes 62 casos devem accrescentar-se mais 6 observações de Pozzi, e que apparecem na these do seu discipulo Montana; 5 d'estas operadas curaram-se completamente e 1 gravidou; a sexta pouco beneficio colheu da operação.

Chavin, <sup>2</sup> na sua these, apresenta 10 operações, feitas por o seu Professor Delbet; 7 d'estas operadas foram de novo examinadas; 4 estavam curadas completamente, e em 3 a operação tinha falhado. Duas doentes gravidaram.

Um d'estes casos é extraordinariamente interessante. Era uma mulher de 27 annos, que desejava poder ter filhos depois de ope-

<sup>1</sup> S. Pozzi. De la résection et de l'ignipuncture de l'ovaire. *Revue de gyn. et de chirur. abdominale*, n.º 1. 1897.

<sup>2</sup> Traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie. Résultats éloignés. Th. de Paris, 1895.



rada. Delbet faz a laparotomia, e encontra os annexos esquerdos tão affectados que se vê obrigado a fazer a ablação; os direitos pouco melhor se encontram, a trompa está affectada de salpingite catarrhal, o pavilhão obliterado, mas não distendido. Faz, então, n'este annexo a salpingostomia, conservando o ovario e a trompa. A doente curou-se completamente, e teve um filho robusto. Passados cinco annos depois de operada, a doente, gosando uma esplendida saude, tem um segundo filho, e deseja arranjar o logar de ama.

Foi esta a primeira salpingostomia que se fez em França.

O Professor Delbet tem continuado a fazer operações conservadoras.

Richelot, o distincto gynecologista de Saint-Louis, pratica, ha alguns annos, a cirurgia conservadora dos annexos. Uma das suas operações é realmente interessante: tinha feito a ignipunctura a uma mulher, que soffria d'uma ovarite sclero-kystica com salpingite parenchymatosa. A doente gravidou.

O Professor Felix Legueu é igualmente conservador, e, na ultima edição do seu Tratado de Gynecologia, aconselha as operações conservadoras,<sup>1</sup> e cita um caso em que fez a sal-

---

<sup>1</sup> *Traité médico-chirurgical*, par F. Labardie-Lagrane e Felix Leguen. Paris, 1901.

pingostomia, e a operada gravidou, em seguida. Dois casos posteriores, do mesmo cirurgião, foram seguidos de gravidez.

Tuffier é também um partidario do tratamento conservador; e foi elle, com Laroyenne, Goullioud, Bouilly e Le Dentu, que introduziram e fizeram a propaganda da colpotomia em França.

Tem feito, muitas vezes, a ignipunctura, a salpingorrhaphia e a ruptura das adherencias, com a conservação dos annexos. As theses dos seus discipulos contem muitos d'estes casos, alguns seguidos de gravidez.

Clado, ha uns seis annos, no serviço de gynecologia do Hotel-Dieu, faz o tratamento conservador do ovario e da trompa, e, juntamente com o Professor Duplay, tem-se muito especialmente occupado das operações da trompa. É a elle que nós devemos a nova e engenhosa operação — *salpingo-ovaro-syndese*, — que tem por fim a conservação do ovario e da trompa, e de que eu apresento um caso no fim das observações estrangeiras, seguido de gravidez.

Na these do seu discipulo Airolles, <sup>1</sup> feita sob a sua direcção, veem expostos os resultados, a technica, e as indicações e contra-

---

<sup>1</sup> La salpingo-ovaro-syndese ou résection de la trompe de Fallope. These. Paris, 1899.

indicações d'esta operação. São seis os casos, e, em todos elles, os resultados foram bons.

Posteriormente, a these de Montana apresenta quatro d'estas operações de Clado, e, em todas ellas, tanto o resultado operatorio como o therapeutico foram bons.

Lejars faz operações conservadoras, e, na these d'um seu discipulo (Blagny), apparece um caso, em que Lejars teve que fazer a ablação completa dos annexos esquerdos, e salpingectomia direita com a conservação do ovario direito. A doente, vista dois annos depois, gozava boa saude.

Esta mesma these apresenta observações de Jayle; em 2 d'estes casos, fez-se a ablação completa dos annexos d'um lado, e a salpingectomia com conservação do ovario correspondente; em 3 outros casos, houve a ablação completa d'um lado e salpingectomia com ovariectomia parcial do outro. Todas estas doentes sahiram do hospital curadas.

Hadra, Mac Monagle, Baer, Ashby, Vineberg, Jewett, Kelly, Gill Wylié, (de New-York), P. Dudley, Polk, etc., são, na America, os defensores da cirurgia conservadora dos ovarios e das trompas.

Hadra, de Texas, foi o primeiro que fez a ruptura das adherencias; porque tinha notado que, muitas vezes, quando se tiram os ovarios á mulher, por causa de violentas dores abdo-

minaes, isso podia ser evitado destruindo simplesmente as adherencias, que unem entre si as diversas visceras do abdomen. Assim praticou, e recommendou que, todas as vezes que se fizesse uma laparotomia e houvesse adherencias, as destruisssem e deixassem ficar os orgãos, que não estivessem muito alterados.

A obra do gynecologista americano P. Dudley é enorme e importantissima. Desde outubro de 1887 até 1898 fez 103 operações conservadoras, tendo apenas uma unica morte e uma reincidencia.

Para ainda comprehender a importancia e o alto valor dos trabalhos de Dudley, deve saber-se que, para elle, a palavra *conservação* significa a resecção d'uma parte do ovario e a conservação do resto, e que a pequena e pouco grave operação da ignipunctura não entra n'este grupo. Em muitissimos casos, fez a ablação da maior parte do ovario, conservando apenas um pequeno fragmento, e a resecção da trompa, não só por salpingite catarhal, mas tambem por salpingite purulenta (pyosalpingite).

Em 1896, fazia a communicação de 68 d'estes casos á «The Woman's Hospital Society».

Em 1897, na Association médica de New-York, apresentava 88 casos, e, posto que não pudesse seguir todas as suas operadas, a quarta

parte das que foram de novo examinadas, gravidaram; oito tiveram partos de termo, quatro tinham abortado e estavam do novo gravidas.

A obra de Polk não é menos importante, e os seus resultados são dos mais brilhantes.

Em 1886 na Sociedade de Medicos de Washington levantou esta questão: Pode-se, nas affecções chronicas dos annexos, obter a cura sem sacrificar a menstruação e a ovulação? A sua demonstração foi affirmativa.

No anno seguinte, apresentou, á Sociedade d'Obstetrica de New-York, 8 casos de salpingite catarrhal com adherencias, tratadas com bom resultado pela simples libertação das adherencias. Até hoje, este distinctissimo professor de New-York não tem deixado de trabalhar n'este interessante assumpto, e, em cada anno que passa, são mais novos triumphos que elle vem apresentar para a historia das operações conservadoras dos annexos do utero.

Em 1891 tinha já, em 31 laparotomias feitas por lesões dos annexos, 24 casos em que só foi preciso destruir as adherencias. As operadas ficaram curadas.

Na sua communicação feita ao Congresso de Medicina Americana, em 1891, tratou, com toda a minucia, d'estas questões relativas ás operações conservadoras dos ovarios e das trompas, e apresentou 42 operações, que dividiu d'este modo:

1.º Catheterismo e drenagem da trompa; 6 casos com tres curas, duas mortes e uma reincidencia.

2.º Resecção da trompa e sutura do resto ao ovario: 4 casos, com tres curas e um resultado desconhecido.

3.º Rupturas d'adherencias: 19 casos, com quatorze curas, quatro reincidencias e um resultado desconhecido. Tres das doentes curadas gravidaram.

4.º Incisão exploradora do ovario; 3 casos, com tres curas.

5.º Fixação dos ligamentos redondos á parede abdominal: 4 casos, com quatro curas.

6.º Resecção do ovario: 6 casos, com quatro curas, um resultado nullo e um desconhecido.

Em maio de 1893, diante da Sociedade de Gynecologia Americana, apresentou 28 casos novos, com 23 curas, uma doente melhorada e 4 resultados nullos. Duas das doentes curadas gravidaram.

Finalmente Polk, em 1894, tratou d'estas questões magistralmente, na memoria que apresentou ao Congresso de Medicina e de Cirurgia, réalizado em Washington. Passou revista a todas as operações conservadoras, que se praticão nos órgãos pelvicos da mulher: peri-neorrhaphia, colporrhaphia, stomatoplastia, curetagem, myomectomia, etc., e faz notar que o

que se procura obter para todas estas operações é a *conservação da função*; e diz que deve succeder o mesmo com as operações conservadoras dos annexos. Para Polk, o fim a que devem visar estas operações deve ser a conservação da *menstruação* e da *ovulação*, e, com ella, a *integridade physica e mental* da mulher; a questão da conservação da fecundidade era, para Polk, uma questão secundaria. Segundo elle, estas operações devião-se praticar não só nos casos de salpingite catarrhal, ovarite, peri-ovarite, adherencias, mas tambem nos casos de pyosalpingite, hydrosalpingite, hematosalpingite, abcessos do ovario etc.; casos em que se faz geralmente a extirpação, e que elle proprio aconselhava nas suas primeiras memorias.

N'estes casos, se a trompa está muito alterada, tira-a completamente; mas conserva o ovario. O numero total das operações conservadoras era de 121, com 3 mortes. Dividião-se estas operações em: 45 resecções da trompa; 36 resecções do ovario; 28 libertações das adherencias; 12 catheterismos da trompa com abertura do pavilhão e fixação das franjas ao ovario. Houve 12 reincidencias, e 6 casos de gravidez. Um d'estes casos de gravidez produziu-se depois da resecção de  $\frac{2}{3}$  do ovario; um outro depois da resecção da trompa; um terceiro depois da incisão do ovario e

da punção dos pequenos kystos; e os tres outros depois da ruptura e libertação das adherencias.

Polk citava, na sua communicação, ainda dois outros casos de gravidez: um do doutor Baer, depois da resecção da trompa e suturação ao ovario, e o outro do doutor Mc. Monagle, no qual as adherencias erão de tal modo solidas, que, depois de ter extraído os annexos direitos, tinha-lhe sido completamente impossivel fazer a ablação dos annexos esquerdos; e só pôde extrair uma pequena parte livre do pavilhão. A doente, anno e meio depois, teve um filho.

Depois da communicação de Dudley e Borée, á Sociedade gynecologica, a questão das operações conservadoras foi assumpto d'uma grande discussão, no decorrer da qual todos os grandes gynecologistas americanos emittiram a sua opinião.

O grande Kelly, de Baltimore, dizia que, na pratica, se sacrifica muitas vezes a trompa e o ovario inutilmente, por habito, ou pela rotina, ou simplesmente por uma questão de technica; porque é mais facil fazer a extirpação completa do que a resecção parcial.

Diz elle que se falla muitas vezes em ovarite chronica, mas que esta affecção é muito menos frequente do que se diz.

Quando se faz a ablação das trompas,



impossibilita-se a mulher de gravidar, mas conserva-se a menstruação; se se tiram os ovários supprime-se a secreção interna, e, extraíndo o utero, desaparece a menstruação.

Por isso, deve sempre conservar-se uma trompa, ou, pelo menos, uma parte da trompa, para não privar uma mulher nova da esperança de gravidar.

Mas a conservação tem os seus limites: nas mulheres que chegaram ou estão prestes a chegar á época da menopausa, não é precisa a conservação; nas mulheres novas é ella muito precisa e é necessario deixar sempre um fragmento do ovario, por mais pequeno que seja. Mas, nos casos de papilloma ou carcinoma, a conservação está contra-indicada. Pelo contrario, quando se extrae um utero fibromatoso, é preciso deixar ficar (conservar) os ovários.

Para Kelly, a conservação consiste em manter a funcção d'um orgão ou da parte d'um orgão, que, posto que esteja doente, é capaz de recuperar as suas funcções physiologicas.

Como prova do que affirma, Kelly conta o que succedeu com duas das suas operadas, o que demonstra brillantemente de quanto é capaz a cirurgia conservadora. Operou uma sua doente n'um estado typhoso grave. Quando abriu a cavidade abdominal, encontrou todos os

orgãos pelvicos aglutinados por adherencias, e drenou pela vagina, abrindo o fundo de sacco posterior. A doente curou-se completamente, conservou a sua menstruação, e, passado um anno, não se descobriu, pelo exame, o menor vestigio da sua antiga doença.

O outro caso de Kelly é muitissimo curioso, e é hoje muito fallado e conhecido em gynecologia. Tratava-se d'uma mulher a quem elle se viu obrigado a tirar toda a trompa direita e ovario esquerdo, ficando, portanto, a doente com o ovario direito e a trompa esquerda. A doente curou-se completamente, e, passado um anno, gravidou.

Gill Wylié, de New-York, declara que é conservador ha muito tempo, e que conhece muitos casos em que se tem feito a ablação dos ovarios e das trompas, sem necessidade.

Conserva o utero quando tira os ovarios, e quer-lhe parecer que é, talvez, devido a isto que tem uma pequena mortalidade nas laparotomias.—Segundo o meu modo de vêr, tudo isto é erroneo.—Conserva os ovarios quando tira o utero e as trompas; o que lhe dá magnificos resultados. Não liga grande valor ao tratamento conservador da pyosalpingite, e não acredita que as doentes possam gravidar com fragmentos d'annexos.

Mathew D. Man confessa que tem sido sempre o defensor das operações conservadoras

dos annexos; porque, quando as doentes ficão com os ovarios ou com parte dos annexos, rarissimas vezes se observão essas desordens nervosas post-operatorias, que se produzem em seguida á sua ablação completa.

Os resultados, que obtive com a administração do extracto ovarico, demonstram-lhe que o ovario tem uma enorme e importantissima influencia sobre todo o organismo. E conclue dizendo que todas as suas operadas se curaram, e muitas d'ellas gravidaram.

Wesly Bovée, de Washington, é igualmente conservador.

Sherwood-Daun apresenta dois casos, um de ignipunctura, outro de resecção do ovario, seguidos de cura.

O Dr. E. Reynold, de Boston, diz: «A minha opinião é que a cirurgia conservadora do ovario é a questão palpitante da hora presente, e o progresso, no futuro, tenderá a fazer salvar e a conservar, cada vez mais, o tecido ovarico.

Nos casos de pequenos kystos, com a trompa normal, arranco a parede do kysto com uma pinça, e cauteriso a superficie com o thermocauterio.

Julgo que é preferivel fazer a ablação, nos casos d'ovarite esclero-kystica. Tive duas reincidencias em duas doentes, nas quaes deixei um fragmento do ovario; uma d'ellas gravidou e teve uma creança viva e de termo.»

No Porto, foi o Ex.<sup>mo</sup> Snr. Professor Dr. Azevedo Maia, que iniciou e introduziu entre nós a cirurgia abdominal e gynecologica; e foi este distincto gynecologista o primeiro que, tambem no Porto, fez a ignipunctura do ovario e a destruição das adherencias. E igualmente, quando, no decorrer d'uma laparotomia, encontrava um annexo doente fazia a ablação e conservava o outro, se lhe parecia são.

Mais tarde, os Ex.<sup>mos</sup> Snrs. Professores Dr. Roberto Frias e Dr. Clemente Pinto fizeram igualmente a ignipunctura do ovario e a conservação dos annexos sãos, com a ablação das partes doentes. Infelizmente, não pude colligir nenhum caso d'estes distinctissimos Professores.

O habil e elegante gynecologista portuense o Ex.<sup>mo</sup> Snr. Dr. Julio Estevão Franchini faz, ha alguns annos, operações conservadoras dos ovarios e das trompas.

A sua obra é muito importante, e conta muitos casos de ignipunctura e reseccão do ovario, algumas reseccões das trompas e salpingorrhaphias, e varias operações de Clado (salpingo-ovaro-syndese). As duas ~~observações~~, *operações*, que apresento no fim do meu trabalho, foram feitas por elle. A primeira consistiu na ablação dos annexos esquerdos, e ignipunctura do ovario direito.

A segunda operação é muito mais impor-

tante, e consistiu na ablação dos annexos esquerdos, *destruição das adherencias, resecção da trompa direita*, devido ao seu pavilhão estar muito alterado (*salpigotomia*), e fez um novo pavilhão (*salpingostomia*), *resecção do ovario e ingnipunctura*. Em seguida, suturou este novo pavilhão ao resto do ovario (*salpigorrhaphia*).

Foi uma verdadeira operação de Clado (*salpingo-ovaro-syndese*), com *resecção do ovario*.

Segui estas operadas; a primeira gosa perfeita saude e não tem filhos por ser celibataria. A segunda não pôde, por emquanto, gravidar, visto que o pae dos seus filhos tinha contrahido um cancro duro na occasião em que a doente estava no hospital para ser operada.

## II

### Indicações e contra-indicações das operações conservadoras nos casos de salpingo-ovarites

N'estes casos, mais do que em quaesquer outros, sente-se a necessidade que tem o cirurgião de ser, primeiro que tudo, medico. É preciso saber-se que algumas salpingo-ovarites (blenorragicas, por exemplo), se curam perfeitamente com o simples tratamento medico; e que, se a vida da doente não corre perigo, é preciso, antes de tudo, instituir o tratamento medico. Depois, deve ensaiar-se o *methodo indirecto* de Doléris: dilatação uterina, drenagem, tamponagem, columnisação, curetagem ou legragem etc., que, devidamente applicado, póde dar bons resultados.

Quando estes meios tiverem falhado, é que

se deve recorrer ás grandes intervenções cirurgicas.

Nas intervenções cirurgicas das salpingo-ovarites, e, muito principalmente nas salpingo-ovarites suppuradas e kysticas, *deve tomar-se em grande conta a escolha do caminho a seguir para atacar estas lesões* (abdomen, vagina), *a idade d'estas lesões* (grau de infecção), *da sua uni ou bilateralidade, a idade da doente* (função geradora) *e do seu estado geral* (subordinar a gravidade da intervenção á resistencia do organismo).

As operações conservadoras tem as mesmas indicações que as laparotomias (abdominaes e vaginaes) e que as colpotomias, etc.; e as suas contra-indicações são, em geral, os casos em que deve empregar-se a hysterectomia vaginal. A hysterectomia vaginal só deve empregar-se nos dois casos que indiquei, e na infecção puerperal, quando a vida da doente corre grave risco.

Mas ainda estas indicações se achão, hoje, muito restrictas, e alguns operadores, Treub <sup>1</sup> por exemplo, etc., preferem fazer primeiramente uma ou duas colpotomias, e, se ellas não derem resultado, é depois que virá a hysterectomia.

---

<sup>1</sup> La colpotomie, traitement opératoire de choix du pyosalpix, par Hector Treub. *Revue de Gynécologie et de Chirurg. Abdominale.* 10-2-902.

Estas operações conservadoras estão indicadas nas mulheres novas, com o fim de conservar as funcções physiologicas do ovario, e, como consequencia, evitar todas as perturbações post-operatorias d'uma menopausa prematura. Estas operações teem toda a rasão de ser; pois, se as doenças das vias genito-uritarias do homem se podem perfeitamente comparar com as doenças genitaeas da mulher, e se, no homem, ninguem pensa, quando ha orchite blenorragica, em fazer a ablação do testiculo; porque é que na mulher, quando ha ovarite blenorragica, querem certos operadores tirar o ovario? Não são elles órgãos physiologicamente e embryologicamente semelhantes? E sabe-se, hoje, que existem perturbações nervosas muito graves e muito sérias, tanto no homem como na mulher, devidas á ablação do testiculo ou do ovario (loucura, hysteria, epilepsia, etc., etc.). Ainda ha poucas semanas, um artigo da *Lanceta* (*The Lancet*) estudava estas perturbações, e recommendava ser-se o mais economico possivel na ablação d'estes dois órgãos.

Nas mulheres, que chegaram á época da menopausa ou que estão muito perto d'ella, as operações conservadoras dos annexos não se devem executar; porque o ovario vae-se atrophiando e perdendo a pouco e pouco as suas funcções. Se, n'estes casos, alguma cousa fôr precisa, será a opotherapia ovarica.



Alguns operadores desejão saber até que idade se devem praticar estas operações conservadoras; varios observadores, que teem estudado estas questões, marcão o limite de 35 annos. Quer-me parecer muito pouco. Pois a clinica e a observação quotidiana não nos mostram mulheres que teem filhos até aos 53 annos? Isto quer dizer que o ovario ainda está no goso de todas as suas funções physiologicas.

Agora póde perguntar-se: em que condições é que deve fazer-se a conservação, e em que condições ella não deve effectuar-se, e a ablação tem de ser a consequencia? Só, geralmente, depois d'aberto o abdomen, e de ter os orgãos na mão e contemplar as lesões *de visu*, é que se póde dizer se sim ou não a conservação é possível.

As operações conservadoras dos ovarios (nos casos que estudo — salpingo-ovarites) estão indicadas nos casos de adherencias com peri-ovarites, e nas diversas fórmas de ovarite chronica. As diversas operações conservadoras das trompas (se o estado do ovario o permittir) estão indicadas nos casos de salpingite catarhal, hydrosalpingite, e *n'alguns casos* de pyo-salpingite.

### Adherencias com peri-ovarite

As adherencias são muito vulgares e frequentissimas nas lesões inflammatorias dos annexos. São devidas a uma defesa inconsciente do peritoneo: todas ou quasi todas as vezes que o peritoneo sente nas suas visinhanças ou proximidades uma inflammação, arma-se de adherencias para evitar que a inflammação, e porventura mais tarde o pus, se propague aos diversos órgãos contidos na sua cavidade. E, armado d'estas adherencias, separa, isola e contém as diversas massas inflammatorias ou purulentas.

Estas adherencias são devidas á pelvi-peritonite ou peri-metro-salpingo-ovarite, que, quasi sempre mais ou menos, acompanha as inflammações dos annexos.

Estas adherencias podem occasionar as mais variadas perturbações, e são, quasi sempre, a causa das dores e do grande cortejo de symptomas morbidos. E, na quasi totalidade dos casos, basta destruir estas adherencias para tudo desaparecer e a doente obter a cura. (Hadra, Terrillon, Polk, Kelly, etc.).

B. E. Hadra, d'Austin, Texas, foi o primeiro que fez e aconselhou este methodo; mas Polk foi o seu verdadeiro propagandista; pois, como já mencionei, em 123 intervenções, limi-

tou-se 28 vezes a destruir as adherencias. J. L. Championnière procedeu, varias vezes, do mesmo modo; e, sobre este assumpto, fez em 1888, uma communicação á Sociedade de Cirurgia de Paris.

Em 1899, Terrillon curou completamente uma doente affectada de salpingite catarrhal, fazendo simplesmente a destruição das adherencias e conservando os annexos.

O distinctissimo Kelly faz o mesmo, e já citei um caso eloquentissimo d'este operador.

Martin, em casos de salpingite com adherencias, destroe as adherencias, e, se encontra a extremidade interna da trompa (pavilhão) obliterada, faz uma abertura, e fórma, assim, um novo pavilhão (*salpingostomia* ou, melhor, *salpingostomato-plastia*).

Nas minhas duas observações apparecem as rupturas das adherencias.

#### Resecção e ignipunctura do ovario

A resecção e ignipunctura do ovario estão indicadas nas principaes fórmas d'ovarite chronica: *diffusa e ovarite-esclero-kystica*, *ovarite micro-kystica* de Pozzi, *ovarite oedematosa*, *abscessos do ovario*, etc. A ignipunctura do ovario tem por fim destruir os kystos, aseptisar as suas paredes, despertar a actividade ador-

mecida do ovario e a regressão do tecido de esclerose, pela acção fundente do fogo.

A clinica parece demonstrar que a *irritação substitutiva*, produzida pelo ferro em braza, no seio dos tecidos affectados de esclerose, favorece a sua reabsorpção.

Esta intervenção é, além d'isso, justificada; porque, hoje, sabe-se, quer pela clinica quer pela experiencia, que a esclerose do ovario não é completa nem generalisada; e póde quasi dizer-se que não ha ovario, que não tenha ovulos e folliculos de Graaf sãos.

Os adversarios da ignipunctura perguntarão se não se devia receiar que o thermo cauterio criasse nodulos cicatriciaes na superficie ou na profundidade do ovario; ~~o~~ favorecendo, assim, esta esclerose que se desejava curar, e, ao mesmo tempo, provocando a formação de novos kystos, <sup>e</sup> ~~x~~ embaraçando o desenvolvimento normal dos folliculos de Graaf? Pozzi respondeu que, além dos resultados clinicos e operatorios lhe dizerem que não, tem ainda a accrescentar que isso succederia assim se, depois da cauterisação, viesse a queda da eschara, produzida pela suppuração e granulação.

Mas, no interior da cavidade peritoneal, o processo é completamente differente; é essencialmente aseptico, e a eschara é reabsorvida molecula a molecula, sem trabalho inflamma-

torio, sem proliferação embryonaria susceptível de se organizar em tecido conjunctivo inodular.

Quando, depois d'estas operações, se tem de fazer uma laparotomia ou hysterectomia, vê-se que o processo se faz como fica dito; assim, encontram-se bocados de carvão no meio do tecido ovarico, e que não provocaram em volta d'elles nenhum trabalho de proliferação; outras vezes não se encontra o menor vestigio da ignipunctura.

A resecção do ovario está plenamente indicada nos casos em que uma parte do ovario foi alterada ou destruida por um kysto, abcesso, ou processo esclerotico, e o resto do ovario pareça normal. Quando uma parte do ovario foi alterada pela esclerose, sente-se esse fragmento duro, ás vezes durissimo, á palpação. Ha, então, toda a conveniencia em fazer a resecção d'esta parte, e associa-la á ignipunctura, como faz, por exemplo, Pozzi, etc.

Que ha depois d'estas operações resultados negativos e reincidencias, isso está fóra de duvida.

Mas qual é a therapeutica infallivel? E, em todas estas operações, as curas perfectas, completas, excedem muito o numero dos insuccessos e reincidencias. Com as operações radicacs tambem se dá o mesmo, e, por exemplo, Baudron nota em cem hysterectomias dez curas incompletas. E a estatistica das opera-

ções conservadoras patentêa as suas superioridades. Além d'isso, as operações conservadoras tem a superioridade sobre as operações radicaes, por conservarem á mulher toda a sua integridade physica e psychica. Todas as funções do ovario são conservadas (menstruação, evolução, fecundação e secreção interna), e, finalmente, evitam-se as perturbações graves post-operatorias.

#### Operações conservadoras das trompas

As operações conservadoras das trompas, nos casos de salpingo-ovarites, só se devem executar se o estado do ovario ou dos ovarios o consentir. Aqui, é o ovario que decide se sim ou não a trompa deve conservar-se. Se o ovario estiver muito affectado, a ponto que não deva conservar-se, a sua ablação, n'este caso, impõe-se; a trompa correspondente não tem rasão de existir. Igualmente, se os dois ovarios tiverem que ser extraídos, as duas trompas tem de ser eliminadas. Mas se o ovario direito, por exemplo, estiver são ou pouco affectado e a trompa esquerda em idênticas condições, deve optar-se pela conservação e fazer-se a ablação do ovario esquerdo e da trompa direita, se estiverem completamente perdidos. N'estas condições, como o demonstrou o caso de Kelly, a gravidez é possível.

Eu sei que tem apparecido gynecologistas, que, nos casos em que são extraídos os ovarios, teem suturado os pavilhões das trompas ao fundo da vagina, ou anastomosado com o utero, abrindo-se, por estes processos, os respectivos pavilhões ou no fundo da vagina ou em plena cavidade uterina. Considero e chamo a isto *excentricidades gynecologicas*. Porque isto é um trabalho illusorio, inutil e perigoso. Inutil é-o com toda a certeza; porque, como muito bem disse Segond, um utero sem ovarios póde perfeitamente ser comparado a uma espingarda sem cartuchos. É um utero inutil, e, quasi sempre, o causador de varias perturbações desagradaveis e incommodas para as doentes (metrite, dôres, etc.).

Varias vezes, differentes gynecologistas se teem visto obrigados a tirar um utero, que outros operadores deixaram, fazendo simplesmente a ablação dos annexos. Lejars, fallando d'esta inconveniencia aos seus alumnos, apresentava-lhes uma joven americana, a quem elle teve que extrair o utero, que um distincto gynecologista de New-York tinha deixado ficar, limitando-se a fazer a ablação dos annexos. Nas mesmas condições, e, pelos mesmos motivos, Richelot em 300 mulheres, que tinham soffrido a ablação total dos annexos, teve de recorrer 53 vezes á hysterectomia vaginal secundaria. Está igualmente demonstrado que

um utero sem ovarios atrophia-se completamente, e creio que só a mucosa se conserva intacta. A menstruação, n'estes casos, ou desaparece immediatamente ou vae desaparecendo lentamente; e, passados dois annos, não ha, em geral, menstruação.

Por isso, repito, um utero sem ovarios é um utero inutil. É por esta rasão que, para uma grande maioria de gynecologistas, quando se tiram os dois ovarios devem tambem tirar-se as trompas e o utero: quem diz *castração*, *castração bilateral*, diz *hysterectomia*.

Quando se extraem ambos os annexos, só o collo do utero, se estiver em boas condições, nos poderá servir; e, então, dever-se-ha fazer a hysterectomia abdominal sub-total; que apresenta sobre a hysterectomia vaginal a seguinte e enorme vantagem: na hysterectomia abdominal sub-total, a vagina fica no fundo com o seu collo uterino normal, fica com a sua fórma primitiva, isto é, não fica deformada, e ainda suspensa e sustentada por uma parte do ligamento largo que pertence ao collo do utero; na hysterectomia vaginal, o fundo da vagina cicatriza por segunda intenção; a vagina fica com a sua forma alterada, isto é, o fundo da vagina fica com a forma d'um sacco de café, ás vezes, com uma cicatriz muito irregular, *à la diable*, e por vezes muito sensivel, dolo-



rosa, impossibilitando e, ás vezes, interdizendo completamente a copula.

Mas, voltando ás indicações das operações conservadoras da trompa, digo, e repito, que é o estado dos ovarios que deve decidir a ablação ou a conservação das trompas, e não é o estado das trompas que deve decidir da conservação dos ovarios. Porque o unico papel physiologico até hoje attribuido ás trompas é conduzir o ovulo, fecundado ou não, do ovario para o utero; e, por isso, toda a conservação da trompa ou das trompas affectadas só me parece justificavel, quando a doente está nos casos de ter filhos.

D'aquí se vê que a idade da doente tem uma grande importancia, e que, nas mulheres novas, esta conservação está plenamente indicada.

Havendo estas indicações que apontei (estado são ou pouco alterado do ovario, mulher nova) as operações conservadoras das trompas ainda estão indicadas nos casos seguintes: 1.º em casos de adherencias e de perisalpingite; 2.º na salpingite não kystica catarrhal, com ou sem obliteração da trompa; 3.º nas salpingites kysticas (hemato-salpingite, hydro-salpingite), se a dilatação não é enorme, e se está limitada aos dois terços externos da trompa, e o seu conteudo não é purulento;

4.º nas pyosalpingites, se a bolsa é de pequenas dimensões, o pus de boa natureza, e as lesões da mucosa de natureza catarrhal; 5.º em alguns raros casos de gravidez tubar.

Estas operações conservadoras das trompas estão contraindicadas nos seguintes casos: 1.º Idade avançada da doente, proximidade da menopausa e muitos casos de gravidez. 2.º Quando o ovario está completamente perdido (todo esclerosado ou suppurado, etc.); isto conhece-se pela laparotomia, palpação, etc., e isto já se conhece antes de praticar qualquer operação, procurando e investigando o clinico os symptomas da *insufficiencia ovarica* ou *cachexia oophoripriva* (Jayle, *Le Dentu*). 3.º Nas pyosalpingites com pus fétido, de má natureza, e alteração das paredes da trompa. Quando a pyosalpingite é acompanhada d'alta temperatura, e o pus é muito virulento, quando as lesões perisalpingiticas são taes que immobilisam definitivamente a trompa, e, finalmente, quando a parede da trompa contém abcessos que podem infectar o peritoneo. 4.º Os neoplasmas malignos, a tuberculose, as suppurações diffusas da pequena bacia, e as lesões avançadas do utero.

Alguns gynecologistas e os cirurgiões adversarios das operações conservadoras das trompas disseram: que, nos casos de salpingo-ovarites, as operações conservadoras das trompas não

tinhão razão de ser; porque, estando affectadas as trompas, não podiam as mulheres gravidar; e que as lesões da trompa eram tão profundas que a mucosa e a camada muscular estavam tão alteradas e desorganizadas, que não podião recuperar o seu estado primitivo, ainda que se fizessem operações; que as extremidades uterina e abdominal da trompa estavam obliteradas, tornando, assim, toda a concepção impossivel, e que, ainda que se desobstruissem as extremidades das trompas, ellas tenderiam novamente a obliterar-se.

Prova-se pela observação clinica de muitos medicos, pela cirurgia, e, finalmente, pelo estudo da anatomia pathologica das trompas, que quasi tudo isto é falso.

Primeiro, tem-se visto muita e muita mulher, affectada pelas diversas modalidades de salpingo-ovarites, gravidar. Isto prova clinicamente que a gravidez é compativel com as lesões das trompas, ou, por outra fórma, que a gravidez não exige uma integridade absoluta das paredes tubares. Segundo, prova a cirurgia que mulheres affectadas de salpingo-ovarites uni ou bilateraes, depois de operadas, gravidam, isto é, a trompa exerce ou recupera as suas funcções. Terceiro, diz-nos o estudo da anatomia pathologica das trompas, feito por muitos Professores e por distinctissimos gynecologistas, que as paredes das trompas são

caracterisadas por uma *extraordinaria resistencia* aos agentes destruidores (microbios, pus, traumatismos, etc.), que as camadas musculares só rariissimas vezes é que são attingidas e alteradas, que a camada mucosa póde, pela inflammação, ser descamada, mas que é regenerada integralmente, que a extremidade uterina quasi nunca é obliterada nem o seu calibre alterado; apenas, algumas vezes, a extremidade abdominal (*ostium abdominale*) é obliterada, devido á inflammação do peritoneo. A obliteração da extremidade uterina da trompa (*ostium uterino*) existe n'alguns casos; mas é um facto muitissimo raro; em 94 salpingites Reymond <sup>1</sup> só o observou uma vez.

Entre muitos observadores, que se teem dedicado ao estudo d'este assumpto, Frankel foi o que fez: *Experiencias sobre a obliteração artificial das trompas*, <sup>2</sup> e diz que, depois de ter praticado sobre o oviducto de coelhas diversas operações, taes como a simples ligadura, a secção, a dupla ligadura com ou sem secção, a cauterisação das superficies seccionadas e a do canal, a dupla ligadura com resecção, etc., etc., verificou que *nenhum* d'estes processos assegura a obliteração dos canaes

---

<sup>1</sup> Reymond. Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des salpingo-ovarites. (These de Paris 1894-1895.)

<sup>2</sup> Frankel. *Sem. médic.* Octobre, 1899.

em questão. Que estes estudos de Frankel o levaram a uma conclusão verdadeira, isso está provado com os seguintes casos:

Sutton e Gordon observaram quatro casos de gravidez sem ovarios, e, um dos casos de Gordon, tres annos depois d'uma ovariectomia dupla; Murphy observou um caso semelhante; com uma operada do Snr. Dr. Franchini succedeu o mesmo. Fritsch viu uma mulher gravidar depois de ter soffrido uma salpingectomia dupla ou bilateral. Estes factos podem-se explicar do seguinte modo: tinha-se deixado ficar, por acaso, um pequenissimo fragmento do ovario, e o *côto tubar, tornado permeavel*, permittiu a passagem e o encontro do espermatozoide com o ovulo. Estes casos não parecem até dizer que a trompa era dispensavel para haver gravidez?

Tinha ainda muitos argumentos, com que refutasse os adversarios das operações conservadoras; mas não os apresento porque daria em resultado alongar enormemente o meu trabalho.

Se a extremidade abdominal da trompa se fecha com mais frequencia, não haverá mais uma razão para fazer uma operação, que tenha por fim abrir o pavilhão, ou um novo pavilhão?

Accusavam, enfim, os adversarios de terem estas operações uma grande gravidade, e que

eram muito perigosas; porque se podia infectar o peritoneo, e, por isto mesmo, a sua mortalidade seria muito elevada. Tambem isto é falso. Primeiro: as operações conservadoras das trompas praticam-se, em geral, nas lesões velhas, e a frio. Ora, sabe-se em gynecologia que o pus de velhas salpingites é quasi sempre esteril (Pozzi, Martin, Schauta).

Não ha perigo de infectar o peritoneo usando a posição de <sup>M</sup>Trendelenburg, e as tres camadas de compressas. Uma camada fica forrando a parede posterior da bacia (sacro etc.), e vem, por diaute da columna vertebral, cahir em cima dos intestinos protegendo-os, isto é, cobrindo-os completamente. As outras duas camadas de compressas, cercando o utero e annexos, protegem as paredes lateraes. Que estas operações não teem grande mortalidade dizem-no os seus resultados:

*Martin*, fazendo 65 operações conservadoras das trompas, viu e examinou novamente 53 operadas, e, n'estas, obteve 48 curas perfectas, definitivas (90 p. 100); e em 5 houve apenas uma reincidencia.

*Zweiffel* obteve 5 curas em 6 reseções, e uma só morte. Tratava-se d'uma pyosalpingite septica, e a doente morreu de peritonite.

*Dudley*, em 103 operações, só tem uma

reincidencia. Muitas d'estas operações foram praticadas em mulheres affectadas de pyosalpingites.

*Polk*, em 1891, fez: 1.º — Catheterismo e drenagem da trompa: 6 vezes, com 3 curas, 2 mortes e uma reincidencia. 2.º — Resecção da trompa e sutura do resto ao ovario: 3 vezes, com tres curas e um resultado desconhecido. 3.º — Rupturas das adherencias: 19 vezes, com 14 curas, 4 reincidencias e 1 resultado desconhecido: 3 doentes curadas gravidaram. Em 1898, apresenta 28 casos novos, com 23 curas, 1 doente melhorada e 4 resultados nullos. *Polk*, em 1894, elevou a 121 o numero das suas operações conservadoras das trompas: 45 reseccões, 28 libertações de adherencias, 12 catheterismos, com abertura do pavilhão e fixação do ovario.

Obteve 6 casos de gravidez e 12 reincidencias.

*Montana* apresenta 7 operações conservadoras das trompas, com 6 curas, 1 resultado negativo, 1 gravidez e nenhum caso de morte.

*Guilloud* apresenta 5 operadas e 5 curas.

A respeito da gravidez, ha o seguinte:

*Martin* em 65 operadas obteve 2 casos de gravidez, extirpando completamente os annexos d'um lado, e fazendo a reseccão da trompa do outro lado, devido á hydrosalpingite.

*Schatz* obteve 1 caso de gravidez depois

d'uma ovariectomia, e resecção d'um terço da trompa.

*Mackenrodt* obteve 2 casos de gravidez, iguaes aos de *Martin*.

*Gevesius* obteve 3 casos de gravidez.

*Polk* obteve 4 casos de gravidez, um depois de ter feito a ablação dos annexos direitos e resecção da trompa esquerda affectada de hematosalpingite, e os outros 3 depois da simples libertação das adherencias.

*Baer* — 1 caso de gravidez depois da ablação dos annexos esquerdos e conservação do ovario direito, e d'um fragmento de trompa.

*Mac Monagle* — 1 caso de gravidez, após a ablação dos annexos direitos e resecção do pavilhão da trompa esquerda.

*Gersuny* — 1 caso, após a ablação dos annexos esquerdos e salpingostomia á direita, devido á hematosalpingite.

*Delbet* — 1 caso, após a ablação dos annexos esquerdos, e salpingostomia á direita.

*Ricard* — 1 caso, depois da ablação dos annexos d'um lado e descollamento das franjas do pavilhão obliterado, seguido do catheterismo da trompa do outro lado.

*Legueu* — 2 casos de gravidez, sendo 1 depois da ignipunctura com salpingostomia bilateral, devido á ovarite e salpingite chronica com obliteração completa da trompa.



*Richelot* apresenta 1 caso de gravidez, após a libertação das adherencias.

*Burrage* dá, sob o ponto de vista de gravidez, os seguintes algarismos: Nos casos graves, a gravidez apparece em 23,5 p. 100 dos casos; nos casos menos graves, em 44 p. 100.

A respeito da mortalidade, temos os seguintes algarismos:

*Martin*, em uma serie de 65 operações, teve — 2 mortes.

*Zweiffel*, em 6 operações — 1 morte.

*Burrage*, em 138 operações conservadoras dos annexos — 2 mortes.

*Dudley*, em 103 operações conservadoras dos annexos — 1 morte.

*Polk*, em 121 operações só tem 3 mortes.

Em resumo: 433 operações, com 9 mortes. Mortalidade muito inferior á da hysterectomia vaginal, sete por cento (Segond).

### III

#### Technica das operações conservadoras dos ovarios e das trompas

As operações conservadoras dos ovarios e das trompas podem fazer-se pela via abdominal ou pela via vaginal. Julgo, e de accordo com muitos gynecologistas, que a via abdominal está indicada na maioria dos casos; porque permite um largo campo operatorio, e, por isso mesmo, grande facilidade de manobras, illuminação esplendida de toda a pequena bacia e cavidade abdominal, e, portanto, rigor de diagnostico; e, assim, therapeutica cirurgica racional e adequada. Penso que a via vaginal é mais cega, campo operatorio menor, maior difficuldade, e, ás vezes, impossibilidade de diagnostico.

O tratamento cirurgico é amiude incompleto

e irracional: Muitas vezes, as intervenções por esta via não podem fazer-se, e creio serem muito restrictas as indicações.

Além das rasões que vou apontar, porque assim penso, eu poderia dizer, como Schauta, respondendo a um seu interlocutor: *Por principio sou laparotomista.*

As operações pela via vaginal podem ser feitas abrindo o fundo de sacco posterior (colpotomia posterior), ou abrindo o fundo de sacco anterior (colpotomia anterior, cœliotomia vaginal de Dürhssen ou colpocœliotomia ~~posterior~~ anterior ou laparotomia vaginal).

Julgo que as indicações da abertura do fundo de sacco posterior da vagina (colpotomia posterior) se podem dividir em duas classes: ou a colpotomia tem de ser feita immediatamente, porque a vida da doente corre grave perigo, e, então, temos a *colpotomia d'urgencia*, ou o estado da doente não corre grave risco e a doente póde esperar.

A colpotomia, como qualquer operação vaginal, deve ser completa, visar ao fim proposto, isto é, preencher todas as indicações da doente, e obter a cura integral das lesões, e ser facil.

Penso, d'accordo com Lejars,<sup>1</sup> que a colpo-

---

<sup>1</sup> *Traité de chirurgie d'urgence*. 3.<sup>a</sup> edition. Paris, 1901.

tomia d'urgencia está indicada n'um certo numero de casos de *collecções retro-uterinas suppuradas, sanguineas* e até *serosas*, que *fazem saliencia no fundo de sacco posterior*, e *acompanhadas de dores agudas, febre e, ás vezes, d'um oedema da vagina e da vulva*, e cuja *evacuação pela vagina é ao mesmo tempo muito facil e muito util*. Em iguaes casos, a colpotomia d'urgencia está indicada nos *hematoceles suppurados* e nos *hematoceles enkystados*, que *fazem enorme saliencia na vagina*, e nas *pelvi-peritonites com grande derrame seroso*, e *salientes no fundo de sacco de Douglas*.

A colpotomia posterior offerece maior campo e maior facilidade de manobras do que a colpotomia anterior; expõe menos á ruptura ou ferida da bexiga e do uretère, e é, por isso, preferida por varios gynecologistas, e geralmente seguida na França e na America.

Esta operação ainda póde ter como consequencias a *hemorrhagia*, que, em geral, se susta com um tampão, a ferida do *uretère*, que é excepcional, a *ferida ou laceração do recto*, que é mais frequente, e, se as *collecções* estão altamente situadas, a *ferida do intestino delgado* e a *peritonite septica*. E, algumas vezes, não dando resultado a colpotomia posterior, tem de fazer-se uma outra segunda colpotomia, e, nos casos, finalmente, de reincidencia, a hysterectomia vaginal.

Por este fundo de sacco posterior da vagina podem-se incidir e punccionar diversas collecções, purulentas ou não (*methodo de Laroyne*), com um trocate especial; mas creio que este methodo tende a desapparecer por ser maito perigoso, muito cego; póde fugir a collecção diante do trocate e ferir o recto, bexiga, uretére ou intestino delgado, e, além d'isso, cortar a arteria uterina. O Professor Pollailon cortou, assim, d'uma vez, a arteria uterina, e a doente morreu de hemorrhagia. Hoje, abre-se o fundo de sacco posterior com o bisturi ou á tesoura, n'uma extensão horizontal de 3 a 5 centimetros.

Entre nós (Porto), varios cirurgiões e gynecologistas tem feito a colpotomia posterior.

Se a operação não é d'urgencia, e a doente póde esperar, as indicações da colpotomia variam muitissimo, segundo os diversos gynecologistas. Assim, ha operadores que operam tudo pelo abdomen (Professores Terrier, Hartmann e varios gynecologistas americanos, etc.), e excluem da sua pratica todas ou quasi todas as operações praticadas pela vagina; outros operam tudo, ou quasi tudo, pela via vaginal, e preferem este caminho. Cumpre-me declarar que este segundo grupo está hoje muito diminuido, e conta apenas poucos homens de valor (Martin e Dührssen, de Berlim, etc.). Creio

bem que, em gynecologia, é preciso ser-se ecletico, e que a rasão está entre estes dois extremos; *in medio virtus*, diziam os antigos; e se, na maioria dos casos, a laparotomia está indicada, alguns ha em que é de grande conveniencia seguir-se a via baixa, isto é, serem operados pela vagina.

Nos casos de salpingo-ovarite, suppurada ou não, e unilateral, se os annexos estão baixamente situados, cahidos no fundo de sacco de Douglas, por exemplo, e não immobilizados por adherencias, o que permite baixal-os com facilidade, póde fazer-se a colpotomia posterior; e, se fôr possivel, devem praticar-se operações conservadoras no ovario e na trompa; se não fôr possivel, deve fazer-se a ablação (ovario-salpingectomia), e conservar-se, assim, o outro annexo.

O Professor Dr. Jaboulay, de Lyon, nos casos de salpingo-ovarites, abre o fundo de sacco de Douglas e attrae os annexos á vagina; ao que elle chama *exteriorisação dos annexos*. Abre as bolsas purulentas, lava-as, desinfecta-as, e os annexos, depois de curados, sobem no abdomen.

O distincto Heitor Treub, Professor da Universidade d'Amsterdam, adopta, como tratamento operatorio d'escolha da pyosalpingite e da hydrosalpingite, a colpotomia posterior, nos casos em que as operações conservadoras dos ovarios e das trompas não estejam indicadas.

Treub apresenta, entre 79 casos, muitas mulheres completamente curadas pela colpotomia posterior, e que ficaram com os seus annexos ou parte d'annexos; e muitos d'estes casos serião, nas mãos d'outros cirurgiões, tratados pela hysterectomia vaginal total.

Treub diz: <sup>1</sup> Em 1899, na ocasião do Congresso d'obstetrica e de gynecologia de Amsterdam, indiquei a minha orientação futura no tratamento das pyosalpingites, pelas palavras seguintes: «No anno passado, fiz dez vezes a colpotomia posterior, para ir á procura de collecções tubares; não só quando estas faziam saliencia na vagina, mas tambem quando o tumor tubar se achava muito alto. Tenho até a intenção bem propositada de nunca mais fazer immediatamente uma hysterectomia total, mas de começar sempre pela abertura simples do sacco tubar, seguida d'uma tamponagem com gaze iodoformada.

Desde essa ocasião, permaneci fiel á orientação que tracei (com excepção d'um caso, no qual me deixei induzir, por um diagnostico errado, a fazer a hysterectomia vaginal), e agora creio que as minhas observações são bastante numerosas para tirar algumas conclusões.

---

<sup>1</sup> La colpotomie, traitement opératoire de choix du pyosalpiux par H. Treub. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominal.* Paris, 10-2-1902.

Os casos de pyosalpingite, que me parece deverem ser tratados pela colpotomia, são principalmente aquelles que, de commum accordo com outros cirurgiões, não podem ser submettidos a qualquer operação conservadora.

Todos estes casos, que são julgados como não podendo fazer parte do dominio das operações conservadoras, devem, pois, ser tratados por uma operação radical, isto é, quasi sempre pela hysterectomia abdominal ou vaginal.

Pois bem; é primeiramente a estes casos que eu applico a colpotomia, e tenho conseguido, com rarissimas excepções, *evitar a hysterectomia*, a mutilação definitiva. Mas deixo a discussão das minhas observações para mais tarde; e quero sómente fazer notar, antes de apresentar a minha estatística, que não me occuparei, n'este trabalho, das diversas operações conservadoras mais ou menos complicadas, taes como a salpingorrhaphia, a salpingostomoplastia, etc. *Certamente, como a todos os cirurgiões, acontece-me fazer estas operações, e nunca tive que me arrependei d'isso. Posso até mencionar um caso de cura de esterilidade, demonstrada por muitos partos ulteriores, pela libertação d'uma trompa fixa por adherencias multiphas; e a outra trompa tinha sido extraída. Esta observação data já d'uma duzia d'annos».*



Foi de 79 o numero das colpotomias feitas por Treub, e obteve os seguintes resultados: 44 curas completas, 2 mortes, 2 feridas do intestino, 1 fistula rectal.

Diz Treub: entre estas 44 mulheres <sup>1</sup> acham-se *pelo menos* doze, que eu teria tratado, ha tres annos, pela hysterectomia vaginal, e que *a maioria dos cirurgiões actuaes tratariam por esta operação mutilante*. São as observações 5, 7, 10, 14, 16, 35, 41, 47, 58, 63, 64 e 65. Entre estas mulheres ha uma de 17 annos, tres de 20 annos, uma de 23 annos, uma de 24 annos, duas de 25 annos, duas de 26 annos, uma de 31 annos e outra de 34 annos. Não ha necessidade de insistir sobre a enorme vantagem que dá a colpotomia *fazendo escapar um grande numero de mulheres novas, e até muito novas, ao climaterium artificial e prematuro*. <sup>2</sup>

Treub chega ás seguintes conclusões:

1.º Nos casos de tumores annexiaes, em que um tratamento operatorio está indicado, é preciso fazer sempre a colpotomia.

2.º Nos casos de reincidencia, é preciso fazer novamente a colpotomia.

3.º Se a colpotomia repetida falha nos

---

<sup>1</sup> Quer dizer: as que elle tinha curado completamente e sem reincidencia.

<sup>2</sup> Quer elle dizer: á menopausa artificial e prematura.

casos de pyosalpingite, a hysterectomia vaginal está indicada.

4.º Do mesmo modo, é preciso fazer a hysterectomia vaginal desde que se saiba que se trata d'uma salpingo-ovarite tuberculosa; se, todavia, o estado geral da doente não se oppõe a isso.

5.º Nos casos d'hydro-salpingite reincidente á colpotomia, offerece-se a occasião de discutir as vantagens d'uma operação conservadora qualquer, pela via abdominal. É n'estes casos principalmente, para não dizer sómente, que é preciso individualisar as indicações operatorias.

Á colpotomia posterior, para estar bem indicada, julgo que se poderão applicar as palavras que Bouilly dizia a respeito da colpotomia anterior: *tem de ser facil*.

A colpotomia anterior, ou colpocœliotomia anterior, ou laprotomia vaginal é muito mais recente do que a posterior. É adoptada na Allemanha por Dürhssen, Martin, Mackenrodt, Sãnger, etc.

Foi Pichevin que, na sua viagem pela Allemanha, trouxe para França esta operação, assim como a vesico-fixação: e apresentou-as ao Professor Le Dentu.

Dürhssen fazia, antigamente, uma incisão

transversal no collo do utero, como no primeiro tempo da hysterectomia vaginal; hoje, adopta como Le Dentu e Pichevin a incisão de Mackenrodt. Esta incisão principia dois centímetros abaixo do meato urinario, e termina a um centimetro e meio perto do orificio externo do collo do utero; é uma incisão vertical feita na linha media, e só comprehende a parede vaginal. Feito isto, separam-se os dois retalhos lateraes da vagina, e começa-se a descolar o utero da bexiga; em seguida, abre-se o fundo de sacco vesico-uterino, cortando o peritoneo. Faz-se agora virar o utero para a frente (*basculer*), agarrando-lhe com umas pinças ou passando uns fios na sua face anterior. Devido a esta *vira-volta* e á descida pelas tracções com as pinças ou fios, os annexos veem atraz do utero, e apresentam-se ao orificio.

N'esta occasião, examinão-se, e, podendo ser, fazem-se operações conservadoras ou a ablação, etc.

Dizem os partidarios d'esta colpotomia que esta operação tem a grande vantagem de não produzir a eventração, e não fazer tracção sobre os proprios annexos. Não concordo com parte d'isto. Se n'esta operação não se fazem tracções nos annexos, muitas vezes, isto, longe de ser uma cousa util, é um grande perigo. Porque, quando nós baixamos e fazemos virar

o utero, se os annexos tiverem adherencias que os prendam a outros orgãos, elles, esticados entre duas forças oppostas, terão como resultante romperem-se e fragmentarem-se, e, se se tratasse d'uma pyosalpingite, por exemplo, ahí teríamos nós o pus a inundar uma grande parte do peritoneo. E isto que eu digo succede, e varias vezes Goullioud, Picqué e Bouilly viram-se a braços com serias difficuldades. Outras vezes, os annexos estão cahidos no fundo de sacco de Douglas e adherentes, e, n'este caso, estava indicada a colpotomia posterior.

Se ambos os annexos estiverem tão affectados que tenha que fazer-se a ablação, então, a colpotomia não tem rasão de ser, e dever-se-hia de preferencia fazer qualquer das hysterectomias, vaginal ou abdominal. Póde perguntar-se, e com justa rasão, se, depois da colpotomia anterior, os ligamentos do utero não ficarão afrouxados, laxos, e se o utero não perderá a sua fixidez?

A colpotomia anterior póde provocar a ferida da bexiga, do uretère e não tem a drenagem esplendida que ha na colpotomia posterior.

Pozzi incrimina a colpotomia anterior de poder provocar a laceração do intestino. Assim, Pozzi fez, uma vez, a perfuração intestinal com os dedos, trabalhando atravez da abertura feita pela colpotomia.

Julgo que a colpotomia anterior estará indicada nos casos simples e faceis, todas as vezes que seja preciso extrair um annexo (de pequeno volume), ou fazer operações conservadoras n'um annexo em identicas condições. Mas quer-me parecer que estes casos são raros na pratica.

No Porto, como Martin e Dürrihsen, o Ex.<sup>mo</sup> Snr. Dr. Professor Azevedo Maia tem feito varias colpotomias anteriores, e com magnificos resultados.

As diversas operações conservadoras dos ovarios, e que se fazem pela via abdominal e vaginal, são, como já disse, a ignipunctura e a reseccão.

Estas duas operações são extraordinariamente faceis, e nada d'importante tem a sua technica. Para fazer a ignipunctura, uma vez o ovario na mão, com o thermocauterio, ao rubro sombrio, enterra-se a pequena ponta n'um kysto e destroe-se, assim, o kysto e as suas paredes. Este processo, como muito bem diz Pozzi, tem uma enorme vantagem sobre a simples puncção; porque: *a abertura da pequena cavidade póde muito bem esvasiar o liquido que contém, mas, emquanto que as paredes subsistirem, reproduzir-se-ha quasi fatalmente. Não é o conteúdo, é o continente que é preciso extrair.*

Igualmente, quando o ovario apresenta sinais de esclerose disseminada, é conveniente applicar-lhe superficialmente algumas pontas de fogo. O numero das pontas de fogo dadas por este processo é infinito.

É conveniente sempre, quando ha kystos, fazer uma ou mais incisões profundas no ovario, e explorar bem a sua parte interna; porque póde haver kystos profundos escondidos no parenchyma do ovario, e que, desenvolvendo-se, são a causa das reincidencias. Estas incisões podem ser feitas com o bisturi ou com o thermocauterio, e uma simples sutura basta para sustar a hemorrhagia.

A resecção do ovario é igualmente muito facil: se um ovario contém um grande kysto, parte tem de tirar-se, circumscreve-se essa parte com dous cortes curvilinios, de modo que formem uma cunha, e fica, assim, este fragmento separado do resto do ovario.

Com o thermocauterio faz-se a hemostase, e, se isto não fôr sufficiente, um simples *surjet* basta.

Querendo-se reseccar uma grande parte do ovario, separa-se, por um corte ovalar, essa parte affectada do resto do ovario, e, assim, póde-se fazer a ablação até de  $\frac{4}{5}$  do ovario. Alguns operadores teem até feito reseccões maiores, pois tem-se demonstrado que póde haver gravidez com uma pequenissima parte

ou segmento do ovario; e R. T. Morris, na America, <sup>1</sup> obteve varios casos de gravidez inxertando pequenos boccados de tecido ovarico, quer no interior da trompa, quer no utero.

As operações conservadoras que se praticam nas trompas são: *a libertação das adherencias, a salpingorrhaphia, o catheterismo da trompa, a salpingostomatoplastia, a salpingostomia, a salpingo-ovaro-syndese, a salpingectomia parcial e a expressão das trompas.*

A *libertação das adherencias* (operação de Hadra) está indicada, como já dissemos, e deve applicar-se nos casos de perisalpingite, em que a trompa está soldada ao fundo da bacia, aos intestinos ou ao appendice, ao utero, ao recto ou á bexiga. Estas adherencias mantem a trompa em posição viciosa, perturbam o seu funcionamento, e, muitas vezes, são a causa das dôres, dos arrepellões (*tiraillements*) e de varias perturbações que sentem as doentes. A operação consiste simplesmente em desfazer essas adherencias.

A *expressão das trompas* foi feita, pela primeira vez, por Polk, em 1887, e consistia em expremar côm os dedos o conteúdo mucopurulento da trompa, partindo da extremidade

---

<sup>1</sup> Reconstructive surgery of de tubes and ovaries, *Med. and Surg. Report* 1896, 17 Oct. e *Americ. Journ. of Obst.* 1896. Vol. 34, p. 909.

uterina para o ostium abdominal, e recebendo o liquido em cima d'uma compressa.

Em seguida, Polk fazia o *catheterismo* da trompa, com uma sonda muito fina, entrando pela extremidade abdominal da trompa e saía pelo ostium uterino, até chegar á cavidade do utero. Lavava, em seguida, o peritoneo, e fechava o abdomen.

Mundé fazia o mesmo, e lavava o interior da trompa pela sua extremidade abdominal, com uma solução quente de sublimado a  $\frac{1}{5000}$ .

Os resultados immediatos foram favoraveis. Kelly procedeu, varias vezes, do mesmo modo; e, n'um caso, baixou a trompa á vagina para a drenar até á cura completa. Roberto Morris tratou, pelas lavagens com agua oxygenada, uma trompa affectada d'inflammação gonococica aguda, e que elle tinha baixado na vagina por cœliotomia.

O *catheterismo das trompas*, feito pela cavidade uterina, se alguma vez se fez, foi obra de mero acaso, e devido a condições excepçionaes. Fallo d'elle porque se encontra em varios livros; mas, para mim, esta operação tem muitissimas mais probabilidades de produzir consequencias funestas do que algum util resultado therapeutico. Segundo alguns auctores, e, com rasão, estes suppostos catheterismos não serão mais que rupturas uterinas, disfarçadas ou simuladas.



A *salpingorrhaphia* é, quasi sempre, uma operação complementar da libertação das adherencias; porque o ovario e a trompa, depois de libertados das suas adherencias, tem tendencia a cahir no fundo de sacco posterior; e a trompa podia não se unir ao ovario; por isso, esta operação consiste em approximar o pavilhão da trompa do ovario.

Foi Pozzi, principalmente, quem preconizou esta operação; porque, segundo elle, uma trompa enrolada ou enovelada sobre si mesma, cai na pequena bacia, depois que cortam as adherencias «como uma flôr a quem pizeram a haste». Por isto, recommenda Pozzi suturar com alguns pontos de catgut, muito superficiaes, o pavilhão da trompa ao ovario.

A *salpingostomatoplastia*, feita por Martin, consiste em fazer um novo pavilhão, e eis como Martin descreve o seu processo: «A extremidade dilatada da trompa é attraída o mais possivel para a ferida abdominal; colloca-se a esponja por baixo, para recolher os liquidos que poderiam correr. Com um corte de tesoura, secciona-se o ponto culminante da trompa, e o seu conteúdo corre habitualmente muito depressa; n'outros casos, é preciso, para fazer correr o liquido da trompa, uma verdadeira massagem, indo do utero para o orificio obliterado. A obliteração tem, muitas vezes, o

aspecto d'uma cicatriz retractil. N'estes casos, verificam-se muitas vezes franjas agglutinadas. Se corre facilmente um liquido claro e seroso, sem grumos e sem cheiro, a mucosa apresenta sómente uma leve intumescencia, e vermelhidão (as franjas podem parecer apagadas pela presença d'uma ou duas colheres de liquido), então fendo o ostium abdominal, n'um comprimento de 3 centimetros. No seu prolongamento uterino a trompa não apresenta senão inflammação catarrhal, sem purulencia do conteúdo. Fecho, então, os labios da ferida com pontos de catgut: os retalhos exuberantes são reseccados. A mucosa tubar fica reunida ao peritoneo por pontos de sutura, de modo que a abertura fica sempre aberta, e a mucosa tubar fica revirada para fóra. A hemorragia é muito pouco abundante; a sutura é sufficiente para fazer a hemostase dos vasos que foram seccionados. Uma sutura, feita ao nivel do resto da franja ovarica, aproxima a embocadura do novo ostium, ao nivel do ovario. A trompa, assim aberta, é reintroduzida no abdomen com o ovario, depois de se terem desfeito as adherencias.»

Skutsch chama *salpingostomia* á seguinte operação: Tratava-se d'um caso de hydrosalpingite dupla, e elle abriu a extremidade ampollar da trompa e esvaziou o conteúdo; depois reseccou em toda a espessura da parede

da trompa uma porção ovalar, e suturou os bordos da incisão, reunindo por este processo a mucosa ao peritoneo. Fez o mesmo do outro lado, e a doente curou-se.

Dudley diz: «Faço uma operação de phimosis sobre a parte sã restante, fendendo-a meia pollegada, o maximo, sobre a sua superficie superior, e revirando-a para fóra, como nós fazemos para o prepurcio. Suture, então, com seda fina, por um *surjet*, a mucosa tubar á sua superficie peritoneal, e circularmente, evitando, assim, a reocclusão da trompa, e permitindo ao epithelio ciliado actuar no lugar das franjas que foram extraídas. N'estes casos, invariavelmente, ligo a porção restante do ovario á extremidade do resto da trompa, por uma sutura a seda fina. E nunca me arrependi por ter feito varias vezes esta operação.»

Gersuny fez uma *salpingostomia lateral*, porque a operação de Dudley poder-se-hia chamar *salpingostomia terminal*. Gersuny procedeu do seguinte modo: em vez de reseccar uma porção qualquer da parede tubar, praticou uma larga fenda lateral, suturou a abertura do novo orificio, e ligou-o ao ovario, criando, assim, um novo ligamento tubo-ovarico. Passados mezes, a mulher gravidou.

Gouilloud faz a *salpingostomia com a resecção da trompa, e combina-a com a salpingorrhaphia*.

A *salpingo-ovaro-syndese* (operação de Clado) consiste n'uma resecção do pavilhão alterado, e criação d'um novo pavilhão; em seguida a salpingorrhaphia, de fórma que o ovario e trompa ficão soldados intimamente, formando um unico corpo.

Walkins, de Chicago, fez uma interessante operação: *salpingo-utero-anastomose*, que mostra bem quanto os órgãos genitales da mulher são pacientes.

Tratava-se d'uma trompa, que tinha um pequeno adenoma, na sua inserção uterina; Walkins fez a ablação do adenoma, cortando a trompa e pegou no resto da trompa, que ficou, e implantou-o novamente no utero. Do outro lado, fez a ablação completa do anexo, devido a uma pyosalpingite.

A doente teve um aborto, passados mezes.

*Salpingoplastia.* Vidal teve a engenhosa ideia de fazer esta operação, inspirando-se na pyloroplastia de Mikulicz. Tratava-se d'uma mulher, a quem elle teve que tirar um anexo d'um lado; do outro lado encontrou uma trompa com adherencias, esclerosada e reduzida a um simples cordão duro e fibroso. Destruiu as adherencias, separou as franjas tubares e cortou, com a tesoura, o primeiro ponto apertado da trompa, e fez uma salpingostomia. Encontrando, no interior da trompa, um segundo aperto, abriu, longitudinalmente, com o

bisturi, a parede tubar, ultrapassando os seus limites; em seguida passou pelo interior da trompa uma fina varinha de baleia, levando atraz de si um fio duplo de seda chata n.º 3. Depois, verrumando um pouco, fez a varinha atravessar o utero, previamente curetado. Puchou pelo fio cuja extremidade superior desapareceu na trompa, depois fechou a incisão tubar com quatro pontos, a seda fina, que só interessaram a mucosa; e, emfim, cobriu esta parte da trompa com uma prega da aza media do ligamento largo.

Os fios foram puchados e extraídos pelo utero, passados quatro dias. Findos mezes, a mulher dá á luz uma robusta criança. <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> *Revue de chir. gynéc. et abdominal*, p. 81, 1900. Technique et résultats de quelques opérations conservatrices des annexes par E. Vidal (de Périgueux).

## TERCEIRA PARTE



Observações

# I

## Observações estrangeiras

---

### Conservação unilateral

#### OBSERVAÇÃO I

Observação de Legueu:

*Salpingo-ovarite puerperal bilateral. Retroversão.  
Ablação á esquerda. Ignipunctura á direita.  
Hysteropexia. Gravidex.*

V... Maria, 38 annos, casada; entra no serviço de Pozzi, no dia 17 de março de 1897.

*Antecedentes hereditarios.*— Não ha.

*Antecedentes pessoases.*— Menstruada aos 14 annos, sempre regularmente. Teve oito partos de tempo e um abôrto.

Nos intervallos da menstruação, tinha corrimento branco, mas muito pouco abundante. Soffre ha dois annos de dôres no lado esquerdo do ventre.

As dôres muito intensas augmentão com a marcha mas não se irradião.

Ha dois mezes, teve uma sensação de peso no baixo ventre com dôres expulsorias muito pronunciadas. Tem tambem tenesmo rectal e constipação pertinaz.

*Exame* — Utero em retro-versão irreductivel. Grande annexite do lado esquerdo. Leve tumefacção ao nivel do ovario e da trompa do lado esquerdo.

Legueu, encarregado do serviço, faz a laparotomia, no dia 30 d'abril de 1897. Encontra os annexos do lado esquerdo muito doentes e por consequencia faz a ablação total. Do lado direito as lesões estão menos adiantadas: o ovario está poly-kystico, a trompa tumefacta mas permeavel; contenta-se com fazer a ignipunctura sobre o ovario e deixa o resto no seu logar. Termina a operação libertando o utero das suas adherencias com o Douglas e fixando-o por tres pontos de sutura com catgut á parede abdominal.

*Consequencias operatorias.* — A doente sae curada no dia 29 de maio de 1897.

*Consequencias remotas.* — A doente gravidou e deu á luz no hospital Baudelocque uma creança de tempo, viva e robusta.

A gravidez evoluiu sem accidente. O parto effectuou-se normalmente, mas o trabalho foi um pouco demorado.



## OBSERVAÇÃO II

## Observação de Pozzi:

*Kysto do ovario esquerdo. Pediculo torcido. Hematoma do ovario direito. Ablação. Fibroma justa-uterino comprehendido no ligamento largo direito. Resecção do ovario direito e emucleação do fibroma. Suspeitas de gravidex.*

R... Angela, 38 annos, governanta, casada, entra no serviço de Pozzi no dia 15 de maio de 1897.

*Antecedentes hereditarios.* — Não ha.

*Antecedentes pessoas.* — Menstruação aos 11 annos, menstruação regular durando sempre oito dias, pouco abundante. Casada duas vezes, dous filhos; o ultimo nasceu ha nove annos, parto prolongado e difficil. *Post partum* normal; appareceu a menstruação quatro mezes depois.

Ha dous annos que está doente. Parou a menstruação quatro mezes e meio; desde esta época soffre do baixo ventre, do lado esquerdo, com propagação á coxa e ao rim.

As dôres, muito vivas, sobrevinhão por crises, fazendo-a soffrer muito, tornando todo e qualquer trabalho impossivel e obrigando-a a estar de cama.

Quatro mezes depois, teve uma forte hemorragia durante oito dias. Depois, as menstruações continuaram regulares, mas mais abundantes e um pouco dolorosas.

As dôres augmentaram a partir d'esta época e reproduziam-se todos os dias. Não augmentavão

durante a menstruação. Corrimento branco, prolapso uterino.

Diarrheia e phenomenos dyspepticos. Doente muito nervosa.

*Laparotomia*—No dia 11 de junho de 1897. Kysto do ovario esquerdo do tamanho d'uma cabeça de feto de tempo, com pediculo largo, de conteúdo serôso, torcido frouxamente (volta e meia), e está cahido no fundo de sacco de Douglas. Excisão do kysto.

*Á direita.*—Corpo fibroso do ligamento largo direito soldado ao utero, sem connexões apparentes. Incisão do ligamento largo direito, enucleação d'um fibroma mamilonado, do volume d'um grande ovo. A cavidade está sulcada de veias e sangra muito. Faz-se uma sutura a seda no corpo do utero, marsupialisa-se a secção do ligamento largo e fixa-se-o á incisão abdominal.

*O ovario direito* escleroso, mamilonado, apresenta dois kystos sanguineos do volume d'uma pequena avelã em cada um dos seus polos. São abertos, reseccados, cauterisados e suturados; conserva-se o resto.

A trompa muito œdematosa está permeavel

*Consequencias operatorias.*—Boas.

*Consequencias remotas.*—Vista de novo no dia 5 de fevereiro de 1899. Está boa, já não soffre, pôde trabalhar e caminhar, o que não podia fazer antigamente.

Foi menstruada dois mezes depois da operação, sem dôres, e, a partir d'esta época, a menstruação continuou regular, normal, com abundancia e não dolorosa. Depois do mez de setembro a menstruação parou, e, desde esta época, tem baforadas de calôr com tonturas de cabeça, cephalalgia e suores

profusos e tornou-se muito nervosa. Soffre sempre do estomago e fatiga-se facilmente. Tem ainda corrimento branco.

*Exame.* — Cicatriz perfeita, não ha eventração. Prolapso notavel da parede anterior da vagina que sai ao nivel da vulva. Metrite do collo e do corpo. Collo molle. Utero grande, tres dedos transversos acima do pubis, mobil em anteversão.

Sensível ao toque, sobretudo ao nivel do fundo (isthmo). Fundos de saccos flexiveis. Não se sentem os annexos. Em resumo: A doente tirou um grande proveito da operação e está satisfeita, não soffre e não tem hemorrhagias e ha suspeitas de gravidez.

#### OBSERVAÇÃO III

Observação de Delbet:

*Salpingite catarrhal esquerda. Laparotomia. Ablação dos annexos esquerdos. Salpingostomia á direita. Cura. Gravidex e partos ulteriores.*

M. W . . . 27 annos, entra no dia 28 de julho de 1893 no hospital da Charité.

A doente entra no hospital soffrendo do ventre. Diagnostica-se uma salpingite dupla.

A doente consente ser operada, mas pede com todo o empenho que se lhe conserve a possibilidade de ter filhos.

*Laparotomia* — no dia 6 de setembro.

Ablação dos annexos esquerdos; trompa vermelha, espessa, adherente, ovario esclero-kystico.

Á direita os annexos ficaram nos seus logares. Estando a trompa fechada, faz-se a salpingostomia.

*Consequencias operatorias.* — Boas. Elevação de temperatura a 38 graus durante quatro dias.

A doente sai no dia 3 d'outubro, curada.

Foi vista muitas vezes de novo depois da sua sahida.

*Resultados remotos:* — No dia 30 d'abril de 1894, a doente escreve dizendo que está gravida.

No dia 21 de janeiro de 1896 a doente teve uma creança que ella propria amamenta, e que é muito sadia.

A doente está de perfeita saude. A menstruação é regular, não dolorosa. A doente diz sentir leves dôres do lado direito, mas não deve ligar-se grande importancia a essas dôres porque ella propria escreve: «O meu lado direito quasi nunca me incommoda».

#### Observações de Polk:

##### *Ruptura d'adherencias com ou sem salpingorrhia.*

Extrahidas d'um artigo intitulado: A cirurgia conservadora dos órgãos pelvicos da mulher (*The american Journal of obstetrics and diseases of women and children*, n.º 1 vol. xxx, julho de 1894, William M. Polk M. M.)

#### OBSERVAÇÃO I

Parenchyma ovarico amollecido e endosalpingite interessando as duas trompas; ostium abdo-

minal aberto, hematoma do ovario direito, numerosas adherencias friaveis cercando os dois grupos d'annexos.

Os annexos direitos forão extraídos, os esquerdos forão libertados das suas adherencias. A doente fica gravida, dez mezes depois da operação.

#### OBSERVAÇÕES II E III

Apresentaram condições semelhantes ao caso I.

O caso II apresentava, além d'isso, o utero em retroversão adherente, que foi tratada pela operação d'Alexander, além da libertação das adherencias dos annexos.

Esta doente está gravida.

No caso III, igual ao I, a doente teve uma só gravidez depois da operação.

#### OBSERVAÇÃO IV

Apresentou quasi as mesmas rasões para obter uma gravidez, como a outra doente de que se acaba de fallar. Tinha abortado tres ou quatro vezes, entre seis a oito semanas.

Os dois ovarios estavam augmentados de volume e erão evidentemente, pela compressão que exercião, a causa dos abortos. Com o fim de favorecer a gravidez, aconselhou-se uma operação, que foi accete.

O ovario esquerdo tinha sido funcionalmente destruido por um hematoma extenso; a massa inteira, envolvendo o ovario, tinha cerca de duas polegadas de diametro. Este, com a trompa correspondente, que estava normal, foi extraído. A trompa

direita estava quasi normal, mas o ovario correspondente era séde d'um pequeno hematoma.

Espalhadas sobre a superficie d'este grupo d'annexos, achavão-se algumas adherencias friaveis.

Cerca dos dois terços do ovario forão tirados.

Os labios da incisão forão reunidos com catgut, a trompa e o que restava do ovario forão collocados nos seus logares.

Esta doente deu á luz um filho, dez mezes depois d'esta operação.

#### Caso VI de Polk:

Resecção simples da trompa, rupturas d'adherencias e ablação dos annexos do lado direito.

Representa uma mulher que tinha sido tambem victima de frequentes abortos nos primeiros mezes das suas gravidezes; os effeitos de compressão do ovario, augmentado de volume e adherente, erão, como nos casos IV e V, a causa d'estes accidentes. O ovario direito, muito augmentado de volume, era séde d'um vasto hematoma; o ovario esquerdo estava normal, mas a trompa correspondente estava transformada n'uma hemato-salpingite.

Os annexos do lado direito forão extrahidos. A porção dilatada da trompa esquerda foi cortada, deixando-se cerca d'uma polegada da trompa e o ovario do mesmo lado, que, como se disse, estava normal (com excepção dos restos das adherencias que forão cortadas).

Dois annos depois d'esta operação, a doente gravidou e teve o seu parto no tempo competente.

Esteve grávida novamente, mas, incommodada pela sua maternidade, provocou um aborto criminoso.

Apezar d'isso, a doente goza, presentemente, uma perfeita saude.

## OBSERVAÇÃO X

Observação de P. Dudley, *Am. Journ. of Obst.*, vol. 3. n.º 1, p. 15. 1898, Janeiro.

*Cœliotomia. Salpingotomia esquerda. Cura. Gravidex.*

Fiz a minha primeira operação no dia 18 de outubro de 1887. Tratava-se d'uma mulher solteira. Fiz-lhe uma cœliotomia, e, depois de ter encontrado adherencias e um utero em retroflexão, fui obrigado a procurar profundamente os annexos que estavam cercados d'adherencias; havia uma pyosalpingite á esquerda. Extrahi a trompa esquerda e, apezar da trompa direita estar augmentada de volume o duplo do normal, deixei-a ficar. A mulher ficou curada, casou e hoje é mãe.

## OBSERVAÇÃO XI

Observação de Jh. Ashby (Baltimore), *Am. Journ. of Obst.*, 1884.

*Ablação do ovario esquerdo kystico. Libertação das adherencias e despregadura da trompa direita. Cura. Parto normal.*

A doente tem 32 annos. Casada ha nove annos, esteril. Dysmenorrhœa.

Ante-flexão. Stenose do collo e abaixamento do ovario esquerdo. A dilatação do collo melhorou o estado da doente, por alguns mezes.

No dia 8 d'abril de 1891, laparotomia e ablação do ovario esquerdo, affectado de degenerescencia kystica.

O ovario direito está normal; a trompa está esticada, tortuosa por causa das adherencias.

Cortão-se as adherencias e desdobra-se a trompa. Fecha-se o abdomen. Cura.

Em dezembro de 1892, a doente deu á luz uma criança robusta.

#### OBSERVAÇÃO XII

Observação de Baer, *Annales of Gyn. and Ped.*, jan. (894, 233).

*Retroflexão uterina. Annexos cahidos e adherentes: Ovario e trompa esquerdos extrahidos por morcellement. Resecção da trompa direita a cinco centimetros do utero. Gravida seis mezes depois.*

Mulher de trinta e dois annos. Apresentava um utero em retroflexão. Dos dois lados existem massas duras, volumosas. A doente consente na operação, com a condição expressa que um ovario, ou uma parte do ovario, será conservada, não querendo ser privada da possibilidade de gravidar.

Laparotomia, em fevereiro de 1891. Utero em retroflexão; os annexos estão envolvidos por falsas membranas organisadas, muito solidas. Depois de



se abrir um caminho, o utero é dissecado, libertado e repellido para diante. O ovario e a trompa esquerda estão fixas, em baixo, e não podem ser extraídos senão por *morcelement*. Do lado direito, as lesões são analogas. A trompa é seccionada a cinco centímetros do utero.

N'esta occasião, o cirurgião foi detido pela opposição do irmão da doente, que era medico. Preferia vêr sua irmã correr os riscos d'uma operação secundaria a tirar-lhe a esperanza de ser mãe.

O abdomen foi fechado. Consequencias operatorias normaes. Quinze mezes depois, parto de tempo.

## II

### Observações estrangeiras

---

#### Conservação bilateral

#### OBSERVAÇÃO I

Observação de Richelot:

*Salpingo-ovarite puerperal. Lymphangite pelvica.  
Libertação das adherencias. Ignipuntura bilat-  
teral, gravidex.*

P... Irma, 25 annos, empregada de commercio.  
*Antecedentes pessoas.* — Menstruada aos 17  
annos; regras regulares, abundantes e dolorosas.  
Corrimento branco nos intervallos. Syphilis ha tres  
annos.

Ha tres annos, soffre dôres abdominaes, não  
muito vivas, que se accalmão com o repouso, e au-  
gmentão com a marcha. Teve dois abortos, um de  
cinco mezes e meio e outro de dois. Em seguida

ao ultimo, teve hemorragias abundantes durante dois mezes e meio, e as dôres tornaram-se mais vivas.

A partir de janeiro de 1898, as dôres continuaram muito vivas, quasi intoleraveis, localizadas no baixo-ventre e nas duas fossas iliacas; mas mais intensas do lado esquerdo.

Teve que estar de cama. Com as dôres, veio corrimento branco muito abundante.

Entrou para o hospital no dia 16 de fevereiro de 1898. Com o repouso, as dôres acalmaram, manifestando-se apenas por algumas dôres lancinantes.

*Exame.* — Annexos do lado esquerdo, muito dolorosos e volumosos. Annexos do lado direito, dolorosos. Utero em retroversão, semi-fixo. Annexe dos dois lados; maior á direita. Indicação conservadora, devida á idade da doente.

Laparatomia no dia 26 de fevereiro de 1898.

Encontra-se o utero adherente ao fundo de sacco de Douglas; as trompas parenchymatosas, de dimensões medias, os ovarios esclero-kysticos, enterrados debaixo das trompas. Os dois annexos adherem intimamente ao fundo de sacco de Douglas, ao recto e ao cœcum. Separa-se com muito cuidado o intestino, destroem-se as adherencias com este e com o fundo de sacco de Douglas, e faz-se a libertação dos annexos. Este caso é um bello exemplo de lymphaugite pelvica (pelvi-peritonite).

Como, examinando os annexos, se via que elles estavam tão affectados d'um lado como do outro, não havia rasão para os tirar só d'um lado, conservando-os do outro.

Por isso Richelot, *de parti pris*, faz a conservação dos dois lados; e contenta-se com applicar

duas ou tres pontas de fogo profundas, com o thermo-cauterio, nos ovarios e nas trompas.

Estando as trompas obliteradas, não é de esperar a fecundação; mas pôde esperar-se a resolução, e, sobretudo, respeita-se a função physiologica.

*Consequencias operatorias.* — Normaes.

*Resultados immediatos muito favoraveis.* — A doente já não soffre, e sahiu, dizendo-se curada, no dia 23 de março de 1898.

*Consequencias remotas.* — A doente foi vista de novo no dia 3 de novembro, isto é, oito mezes depois da operação. Passa bem de saude, e está contente com a operação.

Foi menstruada, quasi sem dôres, um mez depois da operação, e, desde esta época, continuou a ser regularmente menstruada. Soffre ainda um pouco na occasião das suas regras, mas muito menos do que antes da operação.

Nos intervallos já não soffre.

Examinando-a, encontra-se o utero ainda em retro-versão, mas é muito mobil. Não se sentem os annexos. Constipação obstinada, e phenomenos dyspepticos.

Tornada a vêr de novo, no dia 20 de fevereiro de 1899; a menstruação falta ha 2 mezes, os seios são sensiveis e tem crescido. Sensação de pezo na cavidade pelvica. O utero está grande, annexos sãos. Suspeitas de gravidez.

A doente foi vista ultimamente. As suspeitas de gravidez confirmaram-se, e a gravidez evoluiu até ao quarto mez; mas, n'esta época, abortou.

Apesar d'isto, a cura persiste.

## OBSERVAÇÃO II

## Observação de Legueu:

*Salpingite catarrhal e ovarios esclero-kysticos bilateraes. Ignipunctura e salpingostomia dos dois lados. Gravidex.*

L. N. . ., 23 annos, celibataria.

*Exame.* — Com o exame verifica-se que o utero está em retroversão. O collo é pequeno e está situado para diante; o fundo do utero está desviado levemente para a direita.

Nos fundos de saccos lateraes, encontram-se os annexos augmentados de volume, e dolorosos.

*Diagnostic.* — Salpingite catarrhal e ovarios esclero-kysticos bilateraes.

Legueu faz a laparotomia, no dia 25 de fevereiro de 1896.

Os dois ovarios estão esclero-kysticos e as trompas obliteradas; mas não kysticas.

Faz-se a ignipunctura sobre os dois ovarios, e abrem-se com o thermo-cauterio um grande numero de pequenos kystos. Sutura-se de cada lado a trompa ao ovario correspondente, depois de ter feito a salpingostomia e fixa-se o utero á parede abdominal (kysteropexia).

*Consequencias operatorias.* — Muito boas.

A doente sai curada, as regras voltaram sem dôr no momento de sahir do hospital.

*Consequencias remotas.* — Vista de novo em dezembro de 1896; está grávida de 8 mezes e meio. A gravidez foi normal e não tem soffrido, á parte alguns repuxamentos dolorosos ao nivel da

cicatriz abdominal, e vontade frequente de urinar. A bexiga só se esvazia pelo regurgitamento.

### OBSERVAÇÃO III

Observação de Tuffier:

*Salpingite blenorragica unilateral; adherencias.  
Ruptura das adherencias. Gravidex.*

B. . . Helena, 20 annos, celibataria.

*Antecedentes hereditarios.* — Não ha.

*Antecedentes pessoaes.* — Não ha.

Não houve gravidez nem aborto. Menstruada aos 13 annos; menstruação regular, não dolorosa antes da doença, durando tres a quatro dias. Mas ha seis mezes que está doente; as regras são irregulares e dolorosas. A dôr impede-a de trabalhar.

Soffre sobretudo do lado esquerdo (região inguinal), e tambem do flanco e perna do mesmo lado.

No anno passado, teve uma blenorragia e uma arthrite do joelho esquerdo com ankylose.

*Exame.*— Utero pequeno, mobil, fundos de saccos livres; mas, ao nivel do fundo de secco esquerdo, sentem-se os annexos cahidos e o toque é muito doloroso.

*Estado geral.* — Bom.

*Diagnostic.*— Annexite esquerda blenorragica.

Operação no dia 9 de fevereiro de 1897.

Os annexos direitos estão sãos.

Á esquerda, encontra-se uma massa formada pelo ovario e pela trompa, com numerosas adherencias ao utero.

Tuffier liberta as adherencias e examina os

anexos, e julga-os sufficientemente indemnes para não praticar a ablação.

O utero é um utero infantil.

Reconstitue-se a parede a catgut, e applica-se um penso antiseptico.

*Consequencias operatorias.* — Muito boas. A reunião da ferida faz-se perfeitamente. A dôr desapareceu.

*Consequencias remotas.* — Tornada a vêr em janeiro e março de 1899. Passa muito bem. Depois da operação não tem dôres. As regras voltaram um mez e meio depois da operação, regulares e não dolorosas.

Seis mezes depois da operação, ficou grávida, e teve, no tempo competente, uma filha, que goza muito boa saúde.

Cicatriz solida; não ha eventração. Em resumo, excellente resultado.

#### OBSERVAÇÃO IV

##### Observação de Delbet:

*Retroflexão. Ovarios kysticos. Hysteroperia. Ignipunctura. Suspeita de gravidex.*

Luiza D . . . , 22 annos, casada.

*Antecedentes hereditarios.* — Não ha.

*Antecedentes pessoaes.* — Muito fraca e enfezada até á idade de 15 annos. Menstruada aos 14 annos, até aos 15 irregularmente; a partir d'esta época, regularmente; regras dolorosas muito abundantes, durante tres ou quatro dias.

Casada aos 21 annos, não teve filhos nem abortos.

Começo da doença: 14 mezes depois do seu casamento. N'esta época, metrorrhagia muito abundante durante oito dias, e dôres no ventre, do lado esquerdo. A dôr era muito viva.

Desde esta época, as regras são irregulares, as hemorragias frequentes e as dôres contínuas, e tão vivas que impedem de trabalhar e obrigão a doente a estar de cama. Corrimento amarello, espesso e abundante. Micção dolorosa. Constipação rebelde: Perturbações gastricas. Enxaqueca na occasião da menstruação.

Crises nervosas algumas vezes. Character sombrio, idéas tristes.

A doente está muito fraca, submettem-a, durante um mez, a um tratamento geral, para a reconstituir.

Fizeram-lhe já uma raspagem sem resultado.

Laparotomia no dia 26 de março de 1896.— Utero em retro-flexão de angulo agudo. Não ha adherencias do corpo, deixa-se facilmente levantar.

*Ovario direito*, grande e kystico. Trompa normal. Ignipunctura.

*Ovario esquerdo*, pequeno, adherente á face posterior do ligamento largo por algumas adherencias filamentosas.

Delbet destaca com cuidado as adherencias e faz a ignipunctura sobre o ovario esquerdo.

Hystéropexia com um fio de seda. Sutura total da parede.

*Consequencias operatorias*. — Boas. A doente já não soffre.

*Consequencias remotas*. — Vista de novo em 18 de fevereiro de 1899, com boa saude, não soffre e está muito contente com a operação. Augmentou de peso 23 kilos.

Regras quinze dias depois da operação, sem



soffrimento, regulares e normaes, em abundancia e duração. As hemorragias não se repetiram.

Um anno depois da operação, a menstruação faltou durante seis semanas, e expulsou coagulos (suspeitas de gravidez).

O character mudou, as ideas tristes desapareceram, as crises nervosas tambem; está alegre e muito bem disposta para o trabalho.

Appetite sexual melhorado. Antigamente, soffria muito no momento das relações conjugaes.

*Exame.*—Cicatriz perfeita, não ha eventração.

Utero na posição normal, mobil, fundos de saccos flexiveis, annexos são.

Em resumo: bom resultado.

#### OBSERVAÇÃO V .

Observação de Clado:

*Salpingite e ovarite kystica á esquerda. Ovario kystico á direita. Salpingo-ovaro-syndese á esquerda. Ignipunctura á direita. Suspeita de gravidex.*

Cecilia R. . . , 23 annos, casada.

*Antecedentes hereditarios.*—Não ha.

*Antecedentes pessoaes.*—Febre typhoide com phlebite aos 18 annos. Enxaqueca orbitaria frequente no momento da menstruação, e em occasiões de qualquer contrariedade.

*Antecedentes uterinos.*—Tres partos: os dois primeiros normaes, no ultimo (ha tres annos) teve que se fazer a desquitação artificial.

Menstruada pela primeira vez aos 12 annos, regras regulares até aos 18, não dolorosas, 8 dias de duração, normaes como quantidade. Depois da febre typhoide, desaparecimento completo da menstruação durante 7 annos, o que não a impediu de ter tres filhos. As regras voltaram um anno depois do ultimo parto. No mez de janeiro findo, teve um aborto de seis semanas e uma hemorragia abundante. Desde esta época, soffre do ventre. A dôr está localisada na fossa iliaca direita, mas com irradiação para o rim e perna do mesmo lado. A dôr é viva, lancinante, augmenta com a marcha, e, no momento da menstruação, é de tal modo viva que obriga a doente a estar de cama. As regras tornaram-se irregulares, mais abundantes, mais demoradas e dolorosas. Não ha corrimento branco.

*Apparelho digestivo.* — Phenomenos dyspepticos, gastralgia, constipação.

*Apparelho urinario.* — Nada de anormal.

*Systema nervoso.* — Muito nervosa; tem accessos de enxaqueca orbitaria muito frequentes.

Estado geral mediocre; perdeu 5 kilos de peso.

*Diagnostic.* — Salpingite direita, retroflexão uterina. Conserva-se a doente em descanso durante um mez, e faz-se-lhe uma raspagem.

Como, apesar d'este tratamento, ella continúa a soffrer, decide-se a laparotomia.

Operação no dia 2 de julho de 1898.

Anesthesia pelo ether.

Á direita, encontra-se: ovario kystico, trompa sã; faz-se a ignipunctura sobre os kystos e deixa-se o resto no seu logar.

Á esquerda, ovario igualmente kystico, a trompa está affectada e obliterada do lado do pavilhão, no resto está permeavel e sã. Resecca-se a parte

do pavilhão, abre-se o resto sobre o bordo postero-interno, e faz-se a reunião com o ovario.

Sutura a catgut. Sobre o ovario faz-se a ignipunctura.

*Consequencias operatorias.* — Boas; nos quatro primeiros dias, soffre um pouco do lado direito (sensação de queimadura), depois, as dôres desapareceram. Temperatura dos tres primeiros dias: 37°,4, 37°,6; normal depois.

*Consequencias remotas.* — Vista de novo, no dia 22 de março de 1899. Estava de perfeita saude, e muito contente com a operação. Desde o mez de agosto recomeça no seu trabalho, e fal-o sem custo. Ainda, de tempos a tempos, sente algumas dôres vagas, no baixo ventre, sobretudo na occasião da menstruação. As dôres tão violentas, que tinha antes da operação, desapareceram completamente.

Menstruada um mez depois da operação, sem dôres, e regularmente até ao mez de novembro; n'esta época, parou a menstruação durante dois mezes, voltou no mez de janeiro e expelliu, durante dezenove dias, coagulos e sangue liquido (aborto?). Ultimas regras no dia 10 de janeiro; desde este dia não voltaram. (Gravidez?)

Os accessos de enxaqueca diminuíram e não são tão fortes. Não ha baforadas de calor, nem crises nervosas.

*Exame.* — Utero mobil, em posição normal. Fundos de saccos flexiveis e não dolorosos. Não se sentem os annexos.

N'este caso, o resultado therapeutico foi tão bom quanto possivel; além d'isso, ha suspeita de gravidez.

### III

#### Observações portuguezas

1.º Caso. — Operação feita pelo Ex.<sup>mo</sup> Snr. Dr. Julio Estevão Franchini:

*Salpingo-ovarite-direita, pyosalpingite e ovarite esquerda. Ablação á esquerda e ignipunctura do ovario direito. Cura.*

A doente Maria R., solteira, de 29 annos, criada de servir, entra para o serviço do Snr. Dr. Franchini (enfermaria 13), no dia 1 de maio de 1902, queixando-se de dôres no ventre, principalmente do lado esquerdo, na préga da virilha e coxa, tenesmo rectal, vesical e corrimento vaginal.

Diagnosticada-se metrite com annexite esquerda.

*Antecedentes hereditarios.* — Não os ha.

*Antecedentes pessoaes.* — Tambem não os ha.

A doente teve apenas, ha tres annos, uma le-norrhagia, e andou em tratamento durante alguns mezes, e, desde então, ficou a soffrer do utero. Como não pudesse servir, por os seus soffrimentos se terem aggravado muito, resolveu vir-se operar ao hospital.

A doente esteve quinze dias no hospital, sujeita a tratamento contra a metrite (irrigações vaginaes antisepticas, etc.); consegue melhorar alguma cousa, mas o annexo esquerdo continua na mesma. A operação effectua-se, então, no dia 15 de maio. A doente é transportada para a cama de operações, chloroformisada e, em seguida, collocada na posição de Trendelenburg. Faz-se uma incisão do lado esquerdo da linha branca, na espessura do musculo recto do abdomen, desde o pubis até uma certa altura, perto do umbigo; as fibras musculares são desviadas, e corta-se a aponevrose posterior n'outra direcção; em seguida, abre-se a cavidade peritoneal.

Todos estes córtes foram feitos em differentes planos (desencontrados), com o fim de evitar, mais tarde, a eventração. Empregaram-se as tres camadas de compressas classicas, dispostas em triangulo, isto é, uma camada por cima dos intestinos, para evitar que, se o pus cahisse, não tocasse nas ansas intestinaes; e as duas outras camadas forrando cada uma as paredes lateraes da bacia.

*Exame.*—Veem-se os annexos esquerdos augmentados de volume e muito congestionados; a trompa dilatada, sinuosa e coberta, como o ovario, de adherencias á pequena bacia, recto e face posterior do utero. Tanto o ovario como a trompa estão suppurados, e o ostium abdominal da trompa obliterado.

Passa-se um laço de Lawson Tait por debaixo d'este annexo, e faz-se a ablação. A trompa direita

estava um pouco congestionada, mas muitissimo menos do que a esquerda, e não tinha adherencias nem estava obliterada. O ovario direito estava um pouco affectado de degenerescencia micro-kystica, por isso, foi feita a ignipunctura, sendo os pequenos kystos destruidos a thermocauterio.

*Exame das peças.* — Pyosalpingite e ovarite purulenta esquerda.

O abdomen foi fechado com quatro planos de suturas: sutura do peritoneo, em seguida sutura da aponevrose posterior do musculo recto e das suas fibras, depois sutura do folheto anterior, e, finalmente, sutura da pelle. Faz-se em seguida um penso antiseptico por cima da sutura da pelle e a doente é transportada para a sua cama.

Consequencias operatorias muito boas, e, passado um mez, sai do hospital curada, no dia 15 de junho de 1902. Vi esta doente nos fins d'outubro do mesmo anno e disse-me que passava muito bem; apenas sentia algumas dôres na occasião da menstruação.

2.º Caso. — Operada pelo Ex.<sup>mo</sup> Snr. Julio Estevão Franchini:

*Laparotomia. Destruição d'adherencias. Ablação dos annexos esquerdos. Resecção da trompa direita, faz-se um novo pavilhão, resecção do ovario, e sutura-se á trompa.*

Maria E. . ., 29 annos, solteira, criada, entrou para o hospital no dia 6 de março de 1902 com uma dôr intensa e permanente na fossa iliaca esquerda, e uma leve dôr na fossa iliaca direita. A dôr da fossa iliaca esquerda irradiava para a coxa

esquerda, rim e seio correspondente. A dôr augmentava com a marcha, e desapparecia no fim da menstruação. A doente tem diarrhea e a menstruação é irregular, abundante, dolorosa.

*Antecedentes hereditarios.* — Mãe morta d'um cancro do utero, aos 40 annos. Pae morto de tuberculose pulmonar, aos 30.

*Antecedentes pessoas.* — A doente teve sarampo aos 7 annos, variola aos 15. Menstruada pela primeira vez aos 17 annos, menstruação irregular como abundancia e duração.

Teve o primeiro filho que, hoje ainda é vivo, ha quatro annos. N'essa occasião teve uma grande hemorrhagia e muita febre. Ha dois annos teve um segundo parto; o filho morreu, tendo um anno de idade, com enterite tuberculosa (?).

N'este segundo parto a doente teve tambem uma abundantissima hemorrhagia e muita febre.

Até ao dia 2 de abril, dia da operação, tratou-se do estado geral da doente, combateu-se a diarrhea, e deram-se-lhe irrigações vaginaes anti-septicas.

Faz-se a laparotomia no dia 2 de abril, empregando o mesmo processo como o da operação anterior, e *verifica-se* pelo *exame* que os annexos esquerdos estão suppurados e adherentes. Fazendo tracções para os extrahir, rasgão-se algumas adherencias, e os annexos (trompa) rompem-se, e o pus começa a sahir, mas é esponjado *pari-passu* que vai apparecendo, e nem sequer uma gotta suja o peritoneo.

O pavilhão da trompa direita apresenta mau aspecto, tendo algumas franjas agglutinadas, e o ovario correspondente tem um terço da sua superficie alterada.

Tirãose os annexos esquerdos, corta-se o terço externo da trompa direita e a terça parte comprometida do ovario direito. Faz-se, em seguida, um novo pavilhão á trompa e sutura-se sobre o ovario.

Consequencias operatorias boas, e a doente sai no dia 9 de maio do hospital, curada.

Vista por mim varias vezes, a doente está muito satisfeita com o resultado da operação.

---



## CONCLUSÕES

---

1.º A hysterectomia vaginal hoje, mais do que nunca, deve ser considerada como operação de excepção na therapeutica das annexites. Só se deve applicar em dois casos, que mencionei.

2.º As operações conservadoras do ovario e da trompa não são mais graves do que a operação de Péan.

3.º As operações conservadoras do ovario e da trompa dão uma cura perfeita na maioria dos casos.

4.º Conservão a menstruação na quasi totalidade dos casos.

5.º Conservão a fecundidade em grande numero de casos.

6.º Muitas mulheres não podem gravidar sem fazerem operações conservadoras, como fica demonstrado pelas observações de Polk. Póde dizer-se que as operações conservadoras provocão a gravidez.

7.º Estas operações evitão as perturbações post-operatorias devidas á castração, na maioria dos casos.

8.º Nos casos de reincidencia póde-se fazer uma segunda operação, e esta não apresenta maior gravidade.

9.º Nos casos de salpingo-ovarites, sendo as mulheres novas, devem preferir-se as operações conservadoras ás operações radicaes e mutilantes.

10.º Nas salpingo-ovarites as operações conservadoras estão indicadas quando houver: adherencias annexiaes, ovarite chronica, oedematosa, ovarite esclero-kystica; nos casos de salpingite catarrhal, hydro-salpingite, hemato-salpingite e, excepcionalmente, pyosalpingite.

Estas operações conservadoras estão contra-indicadas quando houver degenerescencia maligna do ovario (neoplasmas malignos), ovarite suppurada, e na tuberculose dos annexos. Nas mulheres, que estão muito perto da menopausa, ou que tiveram muitos filhos, estão igualmente contra-indicadas. Nas hystericas, neurasthenicas, neuroarthriticas estão contra-indicadas, bem como o está toda e qualquer operação.

11.º As operações conservadoras das trompas teem toda a razão de ser, e estão justificadas.

12.º Não apresentam nenhuma gravidade operatoria.

13.º Dão curas perfeitas na maioria dos casos.

14.º Devem-se fazer operações conservadoras nas trompas quando os ovários estiverem sãos ou pouco alterados.

15.º Quando houver uma trompa sã e um ovario tambem são, deverá tirar-se a trompa e o ovario que estiverem doentes, embora se deixe ficar o ovario d'um lado e a trompa do outro. Porque n'estes casos a gravidez é possível (Kelly).

16.º Se as trompas estiverem muito doentes e os ovários sãos, deve respeitar-se a conservação dos ovários e fazer-se ablação das trompas, com o fim de conservar as funcções ovaricas e a menstruação.

17.º Se o utero estiver muito alterado deverá ser extrahido, mas se os ovários estiverem sãos deverão ser conservados para continuarem a manter a secreção interna.

---

## PROPOSIÇÕES

---

**Anatomia** — O lobulo biliar tem, principalmente no homem, a significação d'um vestigio ancestral.

**Physiologia** — O ovario só merece o nome de glandula pela sua secreção interna.

**Anatomia pathologica** — Ha metrites sem microbios.

**Materia medica** — Salvo raras excepções, toda e qualquer medicação deve ser precedida da medicação purgativa.

**Pathologia geral** — A castração transforma a mulher n'um ser inferior e mais apto a contrair qualquer doença.

**Pathologia externa** — Nas metro-salpingo-ovarites as lesões dos annexos, como regra geral, differem.

**Operações** — Nas intervenções gynecologicas a laparotomia deve ser a regra e a hysterectomia vaginal a excepção.

**Pathologia interna** — Na pathogenia da lithiase biliar admitto a theoria microbiana.

**Partos** — A operação de Porro deve ser riscada da therapeutica obstetrica por perigosa e desnecessaria.

**Medicina legal** — A lei não deve consentir que ninguém se case sem prévio e rigoroso exame medico.

**Hygiene** — O navio de guerra é por excellencia o typo da habitação insalubre.

---

Visto.

Póde imprimir-se.

O Presidente,

O Director,

A. Blacido da Costa.

Mozes Caldas.