

Indice.

- I - *Ches de L^{on} Joaquim Antonio Dutra.*
 II - " " " *Alfredo Augusto d'Arêllas.*
 III - " " " *Alfredo Augusto Jansen.*
 IV - " " " *Arthur Carneiro da Cruz Machado.*
 V - " " " *Henrique Duarte da Fonseca.*
 VI - " " " *Joaquim Gonçalves de Paula Barbosa.*
 VII - " " " *Tibúrcio Antonio da Paizão.*
 VIII - " " " *Antonio Candido de Assis Andrade.*
 IX - " " " *Augusto Cotrim Moreira de Carvalho.*
 X - " " " *Joaquim Gypiano Carneiro.*
 XI - " " " *Edoardo Augusto Ribeiro Guimarães.*
 XII - " " " *Francisco Vieira Martins.*
 XIII - " " " *Joaquim Corrêa Dias.*
 XIV - " " " *José Candido de Souza Vianna.*
 XV - " " " *José de Almeida Suprino.*
-

THESE

DISSERTAÇÃO

SECÇÃO DE SCIENCIAS CIRURGICAS — CADEIRA DE MEDICINA OPERATORIA

OVARIOTOMIA

PROPOSIÇÕES

SECÇÃO DE SCIENCIAS ACCESSORIAS — CADEIRA DE PHARMACIA
DO OPIOSECÇÃO DE SCIENCIAS CIRURGICAS — CADEIRA DE CLINICA EXTERNA
PARALLELO ENTRE A TALHA E A LITHOTRICIASECÇÃO DE SCIENCIAS MEDICAS — CADEIRA DE PATHOLOGIA GERAL
HYDROPSIAS

THESE

APRESENTADA À

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

EM 6 DE SETEMBRO DE 1881

E perante ella sustentada em 12 de Eezembro do mesmo anno

(SENDO APPROVADA COM DISTINCÇÃO)

PELO

Dr. Joaquim Antonio Dutra

EX-INTERNO DO HOSPITAL DE S. JOÃO BAPTISTA DE NICHTEROY

Filho legítimo

Do Capitão Antonio José Dutra e D. Joaquina Maria d'Assumpção

NATURAL DE S. JOÃO NEPOMUCENO

(MINAS GERAES)

RIO DE JANEIRO

Typ. e lith. a vapor, encadernação e livraria LOMBAERTS & COMP.

7 — Rua dos Ourives — 7

1881.

V. 50/0020

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR

CONSELHEIRO DR. VICENTE CANDIDO FIGUEIRA DE SABOIA

VICE-DIRECTOR

DR. ANTONIO CORRÊA DE SOUZA COSTA

SECRETARIO

DR. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES

LENTES CATHEDRATICOS

Drs. :

Cons. F. J. do Canto e Mello Castro)	Physica medica
Mascarenhas.....)	Chimica medica e mineralogia
Cons. Manoel Maria de Moraes e Valle.	Botanica medica e zoologia.
Benjamin Franklin Ramiz Galvão...	Anatomia descriptiva.
José Pereira Guimarães.....)	(Histologia theorica e pratica ana-
	tomia pathologica.
Cons. Barão de Maceió.....)	Chimica organica e biologica.
Domingos José Freire Junior.....)	Physiologia theorica e experimental.
José Joaquim da Silva.....)	Pathologia geral.
João José da Silva.....)	Pathologia medica.
João Damasceno Pechanha da Silva...	Pathologia cirurgica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco...	(Materia medica e therapeutica, espe-
	cialmente brasileira.
Albino Rodrigues de Alvarenga.....)	Obstetricia.
Luiz da Cunha Feijó Junior.....)	(Anatomia topographica, medicina
	operatoria experimental, aparelhos
	e pequena cirurgia.
Claudio Velho da Motta Maia.....)	Hygiene e historia da medicina.
Antonio Corrêa de Souza Costa.....)	Pharmacologia e arte de formular.
Cons. Ezequiel Corrêa dos Santos....)	Medicina legal e toxicologia.
Agostinho José de Souza Lima.....)	Clinica medica.
João Vicente Torres-Homem.....)	Clinica cirurgica.
Cons. Vicente C. Figueira de Saboia.	

LENTES SUBSTITUTOS

Drs. :

João Joaquim Pizarro.....)	Secção de sciencias accessorias.
João Martins Teixeira.....)	
Augusto Ferreira dos Santos...)	
Antonio Caetano de Almeida.....)	Secção de sciencias cirurgicas.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro...	
.....)	Secção de sciencias medicas.
João Baptista Kossuth Vinelli.....)	
Nuno Ferreira de Andrade.....)	
José Benício de Abreu.....)	

LENTES INTERINOS

Drs. :

Cypriano de Souza Freitas.....)	Anatomia e physiologia pathologicas.
Luiz da Cunha Feijó Junior.....)	Clinica obstetrica e gynecologica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco...	Clinica cirurgica.
Nuno Ferreira de Andrade.....)	Clinica psychiatrica.
	(Clinica de molestias cutaneas e sy-
	philiticas.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro...	Clinica ophtalmologica.
Hilario Soares de Gouvêa.....)	Clinica medica.
João Paulo de Carvalho.....)	

N. B. — A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emitidas nas theses que lhe são apresentadas.

DISSERTAÇÃO

Propter uterum et ovarium mulier
id est, quod est.

OVARIOTOMIA

L'introduction de l'ovariotomie dans la pratique chirurgicale, est maintenant un fait accompli.

CHARLES BAILLY.

A ovariectomia é o melhor meio de tratamento de certas modalidades pathologicas dos ovarios. Consiste na extirpação d'esses órgãos.

E' simples ou dupla conforme se faz a extirpação de um ou ambos os ovarios. Dos dивesos tratamentos até então empregados, é a ovariectomia que offerece as vantagens de uma cura radical e duravel.

Esboço Historico

Difficile profecto est in universum judicare quod in chirurgia fieri nequeat.

FREIND, *Hist. med.*

Operação de todos os tempos, aceita e proscripta em diversos periodos, não foi senão em uma epocha bem visinha da nossa que a ovariectomia foi alistada no quadro das operações ordinarias.

Teve na America do Norte o seu novo berço. Foram, sem contestação, os ousados esforços dos cirurgiões d'esse paiz,

que, apagando as cinzas do descrédito em que esta operação tinha cahido, deram-lhe nova aceitação no continente europeu, principalmente na Inglaterra onde a pratica da ovariectomia ganhou terreno em pouco tempo.

Considerada outr'ora como uma operação barbara e quasi que necessariamente mortal a ovariectomia foi pouco e pouco conquistando o invejavel posto que hoje occupa na classe dos grandes commettimentos da cirurgia moderna.

Conquista brilhante, mais tarde apregoada por muitos d'aquelles que a haviam votada ao ostracismo

Nas memoraveis discussões havidas em 1856 e 1857 na Academia de Medicina de França, sobre o tratamento dos kystos do ovario, o illustre professor Velpeau declarou que a ovariectomia *devia ser proscripta* mesmo quando as curas annunciadas fossem reaes.

O Sr. Moreau levou o seu espirito de opposição a tal extremo que a classificou entre as attribuições dos carrascos. Contra os anathemas crueis que n'essa epocha foram aliados a ovariectomia, só a voz do illustre Caseaux se fez ouvir. Nada conseguiu em favor dos creditos da ovariectomia, porquanto esta operação foi antes cegamente condemnada que seriamente discutida. E si assim não fôra, certamente o immortal Cruveilhier não teria dito que os successos obtidos na America e Inglaterra não justificavam a temeridade da empreza; proposição esta que encontra formal contestação nas paginas da historia da cirurgia, onde vemos constantemente a confirmação solemne do « *audaces fortuna juvat, timidosque repellit* ».

A doente que se submete hoje a ovariectomia não vae assistir em vida a propria autopsia, não vae sujeitar-se as graves consequencias de uma audaciosa temeridade cirurgica, na phrase de Scanzoni, porem sim procurar nos beneficos recursos da alta cirurgia, allivio a seus padecimentos, outr'ora entregues a mercê das proprias forças do organismo, ou aos meios de uma medicina impotente.

Em face dos resultados favoraveis d'esta operação, attestados pelas estatisticas de Sp. Wells, Keith, Pean, Billroth, Koeberlé e tantos outros; os diversos tratamentos, punctões simples ou seguidas de injectões iodadas etc., empregados

nos casos de kystos do ovario, passaram a ter indicações mui restrictas e especiaes.

Os progressos da cirurgia, já em relação ao manual operatorio, já em relação as indicações e contra-indicações d'esta operação, e a generalisação do systema anteseptico de Lister, firmáram de uma vez para sempre os credits da ovariectomia nos dominios da pratica. E' hoje uma operação universalmente acceita. Já não é uma utopia, uma audaciosa temeridade, porem um facto consummado na pratica cirurgica.

Dissemos que a ovariectomia é uma operação de todos os tempos. Com effeito, segundo referem os historiadores, a castração de animaes domesticos do sexo feminino e mesmo de mulheres remonta a uma epocha bem afastada.

Na Arabia, no Egypto e Asia occidental eram as mulheres castradas em pleno goso de saude. Athenêo, Suidas e Hesychius relatam que, Andramystes e Gyges, reis da Lydia, mandavam castrar as mulheres; aquelle para occupal-as nos mistéres dos eunuchos e este no intuito de prolongar-lhes a belleza e mocidade. Wierus conta que um pastor da Hungria querendo pôr côbro aos desregramentos libidinosos de sua filha, castrou-a, da mesma maneira porque praticava esta operação nos animaes, e a paciente sobreviveu a mutilação, (1680). N'esses tempos, assinagladados ainda pelo barbarismo scientifico, a extirpação dos ovarios não era applicada como um meio de tratamento ás transformações pathologicas d'esses orgãos, porem sim uma idéa consummada em satisfação ás luxurias dos reis de então: um castigo imposto aos excessos de certas mulheres que se entregavam aos ultimos extremos da dissolução moral.

Felix Plater, n'essa mesma epocha, tentou tratar as mulheres dominadas por um pendor excessivo á sensualidade, por esse meio; porem Riolan e Diemerbroeck, considerando a extrema gravidade da operação, oppuzeram-se a idéa de Plater.

Peyer, em 1718, a proposito de um tumor volumoso do ovario, observado em uma moça fallecida n'esse mesmo anno, já perguntava si não seria possivel a extirpação d'esse tumor nos primeiros tempos de sua evolução. Quatro annos depois, Schlenker, meditando mais seriamente sobre a questão, sanc-

cionou timidamente essa possibilidade. Willius (1731) e Tozetti aceitaram as idéas de Schlenker e Peyer; como estes, elles não tiveram igualmente coragem de executal-as. Targioni (1752) discutio esta questão, porem foi Theden o primeiro que indicou um methodo regularizando a extirpação. Estas tentativas já tinham cahido em completo olvido, quando Delaporte, tendo em considração nobre e elevada a incurabilidade absoluta imposta pela cirurgia de então a certas affecções ovaricas, as revivêo, encontrando em Morand o mais decidido apoio. De Haen, Morgani, W. Hunter etc., pronunciaram-se formalmente contra as idéas de Theden, sustentadas por Morand e Delaporte, ao passo que Van Swieten já não as repellia com o mesmo ardor.

Em 1781 Laumonier praticou pela primeira vez a extirpação de um ovario no estado morbido. Tratava-se de uma hydropisia enkystada da trompa complicada de ovarite. Esta operação, porém, merecêo simplesmente as honras de ser classificada no numero dos factos curiosos e não exercêo influencia alguma sobre o estado da questão, porquanto a ovariectomia continuou sem imitadores.

Em 1786 J. Hunter e mais tarde Chambon mostraram-se partidarios da extirpação, e a ovariectomia approximava-se então dos umbraes do seculo XIX, contando maior numero de proselytos. Com effeito, em 1808 d'Escher expõe a consideração de seus collegas um novo processo operatorio. As suas idéas, porém, permaneceram stereis durante longo tempo, até que a extirpação de novo emprendida na America do Norte, e já sancionada na pratica de alguns cirurgiões, passou a ser praticada na Inglaterra, encontrando na França raros imitadores, não obstante as reclamações constantes feitas pelo Dr. Chereau em seus numerosos trabalhos, em favor d'esta operação, cujos resultados obtidos na America, se não a justificavam cabalmente, pelo menos mostravam que ella envolvia uma questão digna de estudos sérios.

Mac Dowell foi o primeiro que, em 1809, em Danville (Kentucky) praticou a ovariectomia havendo previamente estudado as indicações que a reclamavam. — Praticou uma incisão do lado esquerdo da linha alva, um pouco alem do bordo externo do musculo recto, dando a essa incisão uma extensão de nove

pollegadas. O tumor, que era bastante volumoso, foi punccionado e reduzido de volume, e as adherencias facilmente rompidas. O pediculo, convenientemente ligado, foi seccionado e o tumor extrahido. As ligaduras do pediculo foram conservadas (extra-peritoneal) no angulo inferior da ferida e esta fechada por meio da sutura profunda. A operação durou 25 minutos. A doente restabeleceu-se.

Este notavel cirurgião contou até a epocha de sua morte (1830) 13 casos de ovariectomia, colhendo oito successos.

Estimulados por Mac Dowell, outros cirurgiões americanos seguiram o seu exemplo, e convencidos de que as difficuldades que ainda cercavam a pratica da ovariectomia serão vencidas — *labor improbus, omnia vincit* — dirigiram para esta operações os seus estudos.

Em 1822, N. Smith pratica a sua primeira ovariectomia, que é seguida de feliz resultado. No anno seguinte, G. Smith obtem igual successo.

E assim, diversas operações foram praticadas até 1840, epocha que assignala o verdadeiro renascimento da ovarotomia na America.

Atlee, Peasle e Dunlap foram os cirurgiões que mais concorreram, ao lado de Mac Dowell, W. Smith, G. Smith, etc., para firmar um periodo de estabilidade e predominancia d'essa operação, tantas vezes condemnada.

Em 1823, a ovariectomia faz sua nova appareição no continente europeu, sendo então praticada na Inglaterra por Lizars, professor de anatomia e physiologia em Edimburgo. Os insuccessos que resultaram das quatro operações praticadas por esse cirurgião até 1825, bem como os de Granville, nos dois casos que operou, fizeram com que a grande maioria dos cirurgiões inglezes recebessem a ovariectomia com prudente reserva, senão mesmo com glacial indifferentismo.

Em 1835 Jeaffreson, mais feliz que Lizars e Granville, fez a extirpação de um kysto multilocular do ovario esquerdo, contendo cerca de seis litros de liquido, praticando uma incisão de 3 centímetros apenas de extensão.

A operação foi seguida de cura.

Até 1840 a ovariectomia na Inglaterra corria ainda os estadios de hesitação e perplexidade. A partir d'essa data, porém,

C. Clay, Bird, Walne, Lane, etc., abrem uma nova phase á esta operação, e logo, ao lado d'esses cirurgiões, alistam-se *Sp. Wells*, B. Brown, J. Clay, Tyler Smith, Humphray, Fergusson, Keith, Hutchinson, Simpson e outros que, destruindo as duvidas que ainda pairavam no espirito timorato de alguns, inscreveram a ovariectomia no numero das operações legitimas. E foi sobretudo depois de 1858 que esta operação se tornou verdadeiramente popular na Inglaterra. *Sp. Wells*, o seu mais illustre representante, inaugurava uma série brilhante de successos que, causando admiração ao corpo cirurgico, impunham silencio aos ultimos detractores da ovariectomia

Na Allemanha foi por longo tempo repellida pelos cirurgiões de maior nomeada. Não obstante, porém, a repulsa de uns e os sarcasmos de outros, a ovariectomia foi praticada n'esse paiz, por Chrysmar em 1819 e 1820; por Dzondi em 1821; por Dieffenbach em 1826; por Martini e Ritter em 1828.

Em 1850 contavam os cirurgiões allemães apenas tres successos sobre vinte operações terminadas, e sobre oito que ficaram incompletas, cinco doentes falleceram.

Não desalentados em face de tão desastrosos resultados, Langenbeck, Knorre, Kiwisch, Heyfelder, Siebold e Scanzoni tentaram ainda levantar os credits da ovariectomia; porém os insuccessos de suas operações foram tão deploraveis que mais serviram para augmentar o desanimo no seio dos medicos allemães.

De 1856 a 1864 não consta que fosse a ovariectomia praticada na Allemanha.

Em 1844 essa operação reaparece na França, temerariamente empreendida pelo Dr. Woyeikowski, de Quingey (Doubs). Apesar do resultado feliz deste caso e das diversas tentativas de Rigaud, em Strasburgo, n'essa epocha, a ovariectomia conseguiu apenas deixar pallidos reflexos de sua passagem.

Em 1856 e 1857 novos tentamens appareceram, no intuito de ser aceita em França a pratica ovariectomica. Porém, já conhecemos a condemnação que foi lançada contra ella, pela Academia de medicina de Paris.

Foi sómente de 1860 para cá que se effectuou a restauração da ovariectomia n'este paiz; para o que muito concorreram os trabalhos de Jules Worms (1860), as notaveis prelecções feitas

por Nelaton depois de sua viagem a Londres (1862), os esforços de Kœberlé, Pean, Boinet e tantos outros.

Na India foi essa operação praticada pela primeira vez em 1860; e na Russia em 1863 pelo professor Krassowski, de S. Petersburgo.

No Brazil ella tem sido igualmente praticada em diversas epochas pelos illustres cirurgiões Matheus d'Andrade ¹, Feijó Junior (10 casos). V. Saboia (8 operações; 6 successos e 2 mortes); Furquim Werneck, Catta Preta, Motta Maia, Barão de Canindé, Athayde Moscoso e muitos outros.

Temos delineado a largos traços a historia da operação que constitue o assumpto de nossa dissertação. Na synthese historica que acabamos de fazer, procuramos tanto quanto nos foi possivel assignalar as phases de predominancia temporaria e decadencia completa da ovariectomia nos diversos periodos de sua existencia, até a sua aceitação geral em todos os paizes.

Os erros de diagnostico, a má interpretação das indicações e contra-indicações, a deficiencia de meios curativos, a falta de observancia de um conjuncto de pequenos cuidados, etc., contribuíram sem duvida para o descredito da ovariectomia nos primeiros tempos. Hoje, porém, que a pathologia cirurgica tanto tem progredido, já em relação ao diagnostico, já em relação ao estudo das indicações e contra-indicações das operações reclamadas pelas diversas affecções ovaricas; hoje que o temor exagerado dos traumatismos da serosa peritoneal tem se afastado do espirito dos cirurgiões; hoje, finalmente, que tão grandes melhoramentos têm sido introduzidos na pratica em referencia ao manual operatorio, aos meios de curativo, etc., a ovariectomia representa com justa razão um dos mais bellos titulos de nossa época cirurgica, um dos mais relevantes beneficios prestados á humanidade, uma operação sobre cujos resultados a ninguem é dado duvidar.

Si é verdade que algumas questões importantes, como o tratamento do pediculo, o modo de tratar as adherencias, etc., ainda prendem a attenção dos praticos modernos, não é menos verdade que os cirurgiões de hoje, de posse dos vastos conhecimentos facultados pela assombrosa evolução progressiva da

¹ Foi este notavel cirurgião, de saudosa memoria, o primeiro que a praticou aqui no Rio de Janeiro em 1865.

cirurgia, não dirão ás doentes affectadas de kystos do ovario — *ad impossibilia nemo tenetur* — como diziam os cirurgiões do seculo XVIII e como muitos o fizeram no começo do actual.

Seria extremamente longo e difficil, senão mesmo impossivel, traçarmos aqui a estatistica geral das ovariectomias praticadas n'estes ultimos annos. O numero dos ovariectomistas tem augmentado de um modo admiravel e o algarismo das operações multiplica-se diariamente.

Só Sp. Wells até 31 de Março do corrente anno nos apresenta a gigantesca estatistica de 1035 operações com 850 successos.

Pean já eleva a cifra de suas operações a 600, com 90 % de cura!?

Keith conta as suas operações por centenas, alcançando ultimamente quasi que uma victoria sobre cada uma d'ellas. E' assim que, segundo nos referio o illustrado Dr. Furquim Werneck, a sua ultima centena dá o maravilhoso resultado de 97 successos e 3 mortes.

Kœberlé, Billroth e muitos outros augmentam quasi todos os dias o numero de suas operações, e os resultados colhidos por todos justificam cada vez mais o conceito geral da ovariectomia, como o melhor meio de tratamento das affecções kysticas dos ovarios.

Dos auctores que consultamos foram estes os dados que pudemos colher relativamente a historia da ovariectomia, desde o seu começo até tornar-se uma operação definitivamente aceita e considerada, na phrase de S. Wells, uma conquista da cirurgia moderna.

Indicações e contra-indicações da ovariectomia

Tum variæ illudent species...

VIRG. GEORG. l. IV.

Os resultados de uma operação dependem, até certo ponto, do criterio com que são attendidas as indicações e contra-indicações que a reclamam ou repellem. Antes de ser empreendida uma acção cirurgica qualquer, por mais insignificante que pareça, essa questão preliminar deverá ser attentiosamente meditada e resolvida com summa cautela. E comprehende-se facilmente que, tratando-se de uma operação de tão elevada cirurgia, como seja a extirpação dos ovarios, os cuidados do cirurgião relativamente a esta questão devem ser extremamente esrupulosos; pois sendo a ovariectomia ordinariamente reclamada por tumores kysticos dos ovarios, e constituindo o diagnostico differencial das diversas especies de tumores um dos pontos mais difficeis da pathologia cirurgica, julgamos intuitiva a necessidade que tem o operador de apreciar com criteriosa precaução o conjunto das circumstancias que possam favorecer ou prejudicar os resultados da operação.

As indicações da ovariectomia, em synthese, podem ser, segundo a observação de praticos experimentados, formuladas do seguinte modo:

- 1.— A doente deve gosar de uma boa constituição.
- 2.— O estado geral deve ser satisfactorio.
- 3.— A extirpação é sempre possivel todas as vezes que a affecção tenha seguido uma marcha regular; e torna-se urgente quando a molestia ameaçar seriamente a vida da paciente.

4.— O enfraquecimento da doente não deve ser consideravel, e quando o fôr, o cirurgião procurará fortalecel-a tanto quanto possivel, antes de praticar a operação. Quando tratarmos das disposições previas da operação, occuparemos mais especialmente dos diversos meios que são postos em acção afim de restaurar as forças depauperadas da doente, para que esta resista melhor ás consequencias da operação em meio dos diversos accidentes que possam sobrevir.

5.— Todos os tumores do ovario, excepto os de natureza cancerosa, podem ser extirpados.

6.— As epocas catameniaes, comquanto não exerçam influencia notavel sobre os resultados da operação, devem comtudo ser evitadas, por isso que as congestões dos órgãos pelvianos n'essas epocas dão um caracter mais grave as hemorragias, principalmente se existirem adherencias pelvianas.

7.— Os successos da ovariectomia não são obscurecidos mesmo quando os dous ovarios, ou o corpo do utero tenham de ser extirpados. E' verdade que em taes casos a operação reveste-se de maior gravidade e offerece mais difficuldades nos differentes tempos de sua execução.

As circumstancias que contra-indicam a ovariectomia resultam do estado geral da enferma, das condições locais do órgão degenerado e de outras condições especiaes

Em these geral podemos dizer que toda affecção concomitante, mortal em um tempo mais ou menos proximo, e que possa exercer prejudicial influencia sobre a marcha da cura, é contraria a operação. Entre outras, aquellas que contra-indicam de um modo formal e absoluto a ovariectomia, são: as affecções cancerosas, tuberculosas, syphiliticas; as molestias graves do coração, do figado, do systema nervoso, etc.; as lesões graves da bexiga, do tubo digestivo, a ascite consecutiva á uma molestia do figado, dos rins, do coração, á uma peritonite chronica, á um engorgitamento das glandulas lymphaticas abdominaes.

O defeito de plasticidade do sangue (hemophilia), o estado escorbútico, o catarrho pulmonar, a bronchite, etc., emquanto não são combattidos por meios adequados contra-indicam ainda a operação.

— A ovariectomia será temerariamente empreendida quando o estado de anemia e enfraquecimento da doente for profundo, especialmente nos casos de extensas adherencias.

— As adherencias por intimas e extensas que sejam não contra-indicam a operação.

— A ovariectomia não convem ser tentada nos casos de suppuração do kysto, de perfuração da bexiga ou dos intestinos.

— Os tratamentos anteriores (puncções simples ou seguidas de injeccões, etc.) não excluem a idéa da operação. Entretanto criam difficuldades e complicações, já agravando o estado geral da paciente já originando a formação de adherencias, etc. Em outros casos, porem, esses tratamentos não sendo seguidos de consequencias graves (peritonite, etc.) em nada alteram os resultados da extirpação. Uma ovariectomia anterior não contra-indica uma segunda operação.

— A ascite resultante de uma transudação do conteúdo do kysto ou de uma lymphorrhagia dos vasos dilacerados do mesmo kysto, ou quando depender de uma peritonite chronica bem localizada, de uma ruptura intra-peritoneal das paredes kysticas, ou de uma abertura permanente do kysto na cavidade peritoneal ou finalmente quando fôr periodica sob a influencia das congestões catameniaes, comquanto aggrave o prognostico, comtudo não repelle á operação.

— As epocas epidemicas são extremamente prejudiciaes aos resultados da ovariectomia.

Certos estados physiologicos, prenhez, estado puerperal, etc., têm sido apontados no numero das condições pouco favoraveis á pratica da extirpação ovarica.

Sp. Wells, porém, não considera a prenhez como constituindo uma contra-indicação formal, por isso que tem operado algumas vezes em taes circumstancias e as doentes se restabeleceram. Comquanto esta pratica encontre justificação nos resultados obtidos por esse notavel ovariectomista, comtudo a maioria dos cirurgiões não a aceita, salvo casos rarissimos e excepcionaes. E' facto observado que a marcha do kysto estaciona-se durante o periodo de gestação, tomando desenvolvimento rapido depois do parto. Se porventura as diversas perturbações organicas ameaçarem gravemente a vida da doente, preferem alguns cirurgiões provocar

o parto prematuro ou o aborto, e praticarem depois a ovarioto-
mia.

Emquanto ao estado puerperal julgamos prudente evital-o, porquanto é sabido que este estado predispõe á suppuração, principalmente das serosas.

A menopausa tem sido considerada por alguns como a época mais propria para a operação. A pratica hodierna, porém, tem sancionado a operação da ovariectomia em qualquer periodo da vida da mulher.

Aqui terminamos este artigo convicto das lacunas e deficiencia que o cercam, não obstante a nossa boa vontade em evital-as. Deficiencia e lacunas que, esperamos, serão relevadas, como uma consequencia natural da falta de pratica e dos poucos conhecimentos cirurgicos que possuímos,

« Non ego cuncta meis amplecti versibus opto. »

Ficaremos satisfeito se nos for possível repetir as palavras de Baglivi: *Si veritati consonat nostra sententia, gaudeo; sin minus, libenter corrigi me patiar.*

Da operação

Quæ medicamenta non sanant, ea
ferrum sanat.

A ovariectomia occupa inquestionavelmente um dos logares mais salientes, no quadro dos grandes commettimentos assignalados pela cirurgia moderna. E' sem duvida alguma uma das mais bellas conquistas, que a historia da evolução progressiva dos conhecimentos chirurgicos tem registrado em suas brilhantes paginas.

Não é uma operação regularisada; e por isso as difficuldades que a cercam são numerosas e diversas.

O cirurgião que a emprehender deve ser déstro e experimentado. Sempre prevenido para lutar com surpresas oriundas do imprevisto e do desconhecido.

Aberta a cavidade peritoneal o ovariectomista caminha sempre para um *mare magnum* de escabrosas eventualidades.

Apezar de não ser possivel estabelecer-se uma regra invariavel, um plano geral que methodise o comportamento do cirurgião nos differentes tempos da operação, comtudo, alguns processos têm sido apresentados na pratica por diversos ovariectomistas, os quaes têm sido igualmente modificados por outros operadores em relação ao *modus faciendi*.

Ao descrevermos os diversos tempos da operação daremos conta de alguns d'esses processos e das diversas modificações por que têm passado, dando sempre o primeiro plano ao de Sp. Wells, que nos parece mais consentaneo com a solução das difficuldades praticas e mais geralmente seguido.

Nas differentes phases da operação que nos occupa, o cirurgião tem que attender: — 1º A's disposições prévias; — 2º á anesthesia; — 3º á incisão da parede abdominal; — 4º ao esva-

siamiento do conteúdo do kysto ou á diminuição do seu volume, caso seja possível;— 5º á destruição das adherencias,— constricção, secção e tratamento do pedículo,— extracção do tumor;— 6º á limpeza da cavidade abdominal — *toilette* do peritoneo;— 7º á reunião dos labios da ferida; — 8º ao curativo e cuidados consecutivos;— 9º finalmente aos accidentes e complicações que podem influir sobre os resultados da operação.

Antes de nos occuparmos com o estudo d'estas differentes phases que a ovariectomia nos offerece em sua execução, seja-nos licito transcrever as palavras do Sr. Caternault relativas ás difficuldades que o cirurgião encontra na pratica d'essa importantissima operação. Diz o Sr. Caternault:— «... le chirurgien qui se dispose à la pratiquer, doit être sur le qui vive et se tenir prêt contre toutes les éventualités. C'est ici surtout qu'il faut posséder des connaissances anatomiques étendues, un coup d'œil juste, une conception vive, une résolution ferme, un sang froid à toute épreuve; car au moment où vous ouvrez le ventre vous marchez à l'inconnu; et prenez-y garde, la mise-en-scène peut devenir des plus dramatiques, des plus effrayantes, même pour les personnes habituées au spectacle des opérations les plus graves de la chirurgie. et n'oubliez pas que la moindre faute, une simple méprise, peuvent tout compromettre et tout perdre.»

Passaremos agora ao estudo das disposições prévias ou preliminares da operação.

Disposições prévias

Antes de dar começo á acção cirurgica, o ovariectomista deverá attender escrupulosamente a certas disposições preliminares, cuja importancia tem sido assignalada pelos resultados da observação e da experiencia.

De um simples detalhe, a primeira vista insignificante, depende muitas vezes o successo da operação.

Não sendo os tumores kysticos do ovario uma affecção que reclame a intervenção cirurgica de um modo urgente e immediato, como succede com outras affecções, o operador

V.10/011

poderá ligar todo cuidado ás disposições prévias aconselhadas por todos os praticos, e sem prejudicar a doente, concorre o cirurgião que assim procede para o bom exito da ovariotomia.

A experiencia tem sancionado e a pratica prudente exige que a operanda seja previamente submettida a um tratamento tonico e reconstituente (quina, feruginosos etc.) no intuito de melhorar o estado geral ordinariamente enfraquecido e depauperado, já pelos progressos da molestia, já por certas perturbações organicas,— sequencia natural da affecção ovarica.

As perturbações digestivas resultantes da grande distensão do ventre e da pressão exercida pelo tumor, cessam ordinariamente depois de uma punção evacuant do kysto. Assim, pois, a punção pode ser vantajosa em alguns casos, porquanto fazendo desaparecer, ainda que temporariamente, a causa de taes perturbações, a doente encontra condições mais favoraveis para nutrir-se, e o cirurgião emprehenderá a operação com maior somma de probabilidades assim conquistadas a bem do successo operatorio.

Por conseguinte restabelecer tanto quanto possivel as forças abatidas da enferma, constitue um dos cuidados preliminares de summa importancia e que não deverá jamais ser olvidado.

A epoca catamenial será igualmente attendida, sendo preferivel operar-se cinco ou seis dias antes ou depois do apparecimento do fluxo menstrual.

A evacuação intestinal, por meio de um purgativo (oleo de ricino) ou de um simples laxativo, caso não haja constipação, torna-se necessaria dois ou tres dias antes da operação.

Em relação as estações, julgamos que a ovariotomia pode ser praticada em qualquer tempo, cumprindo evitar, porém, os excessos quer de frio quer de calor, os dias chuvosos, etc.,

O local da operação tem merecido especial attenção dos praticos, e a experiencia d'estes tem demonstrado cabalmente que a ovariotomia praticada fóra dos grandes centros de população e dos hospitaes, encontra condições tão favoraveis, que o algarismo dos insuccessos é quasi nullo.

A doente deve estar habituada ao aposento em que deve

permanecer depois da operação, o que se consegue facilmente fazendo-a habitual-o por algum tempo, especialmente si a operação for praticada em hospitaes. O aposento deverá reunir tanto quanto possível as seguintes condições: — ser elevado, bem arejado, espaçoso e claro.

Algumas horas antes da operação o cirurgião prohibirá expressamente a doente de alimentar-se. Cirurgiões ha que aproveitam esse intervallo fazendo a operanda ingerir fragmentos de gelo, com o fim de prevenir a sede que ordinariamente apparece depois do traumatismo cirurgico.

O reservatorio urinario será completamente esvaziado momentos antes da acção cirurgica, afim de evitar accidentes que se podem dar, como ruptura da bexiga e consequente derramamento do seu conteúdo na cavidade peritoneal.

A respeito da mesa de operações e da posição em que a operanda deve ser collocada, diz o Sr. Spencer Wells: — « A maioria dos cirurgiões que operaram antes de mim (e muitos ainda hoje o fazem) collocavam a doente assentada sobre um dos bordos do leito, com as pernas largamente afastadas, os pés apoiados sobre tamborêtes, a cabeça e o dorso sobre travesseiros. Operei assim meus tres primeiros casos; porém eram taes as difficuldades que esta posição incommoda offerecia, era por tal modo trabalhosa a execução das differentes phases da operação, que fui obrigado, em minha quarta ovariectomia, a ensaiar o decubito horizontal, e desde então tenho dado preferencia a esta posição ¹. »

Pean, Tillaux e outros cirurgiões francezes, operam sobre o leito Pean-Cintrat, construido por Gueride ².

Julgamo-nos dispensado de fazer a descripção d'este leito, porquanto vemos em uma mesa commum de operações todas as vantagens e commodidades que o cirurgião pôde exigir na pratica de uma operação de tão elevada importancia como a ovariectomia. E tanto temos razão para assim pensar que o Sr. Sp. Wells, auctoridade suprema na materia, opera sempre em uma mesa convenientemente alta e estreita, sendo seguido pela grande maioria das ovariectomistas.

¹ Sp. Wells — Diseases of the ovaries — London 1872

² Ovion — Thèse pour le Doctorat en Médecine — Paris 1880.

O decubito dorsal, é como já dissemos, a posição mais comoda e conveniente.

Passaremos agora a occuparmo-nos com o aparelho instrumental e outros accessorios necessarios a operação, dos quaes o cirurgião deverá premunir-se todas as vezes que tiver de praticar a ovariectomia.

Si em um caso simples os instrumentos são pouco numerosos, em outros, condições accidentaes apparecem que por sua vez reclamam instrumentos, que, considerados como desnecessarios, tornam-se de extrema utilidade, em face das complicações que soem embaraçar a marcha da operação. O cirurgião deverá estar, pois, prevenido para lutar com todas as eventualidades e surpresas, uma vez que caminha sempre para o ignoto desde que tem aberto a cavidade abdominal. Todos os autores que temos lido são accordes em firmar de um modo taxativo as difficuldades, e muitas vezes a impossibilidade que os praticos mais experimentados encontram em estabelecer de ante-mão qual a natureza do tumor, quaes as adherencias e a relação d'estas com os diversos órgãos abdominaes e pelvianos. Difficuldades insuperaveis mesmo para cirurgiões da ordem de S. Wells, Pean, Billroth, V. Saboia, Pertence, Feijó Junior e tantos outros que não têm vexame de confessar em muitos casos a impossibilidade de um diagnostico exacto, positivo e claro relativamente á questão differencial das diversas especies de tumores.

E' attendendo á estas difficuldades e aos accidentes diversos que podem surgir no correr da operação, que o ovariectomista deverá munir-se não só dos instrumentos que julgar strictamente necessarios como ainda d'aquelles que as circumstancias de occasião podem exigir como imprescindiveis e urgentes.— O superfluo é muitas vezes necessario.

Sondas para evacuar a bexiga, bisturis de tamanho e fórmulas differentes, tesouras rectas e curvas, trocáteres proprios, de diâmetros e fórmulas diversas, clamps, aperta-nó, agulhas de sutura, pinças hemostaticas de Pean e outras de dimensões e fórmulas variadas, alfinetes, ligaduras phenicadas, fios metallicos, vegetaes e de *catgut*, esponjas expurgadas de toda e qualquer impureza, flanellas, sondas de gomma elastica para a sutura profunda, tentacannulas, esmagador de Chassaignac, uma bacia

grande e diversas pequenas, chloroformio ou bichlorureto de methyla, ammonia, perchlorureto de ferro, alguns litros de agua phenicada, forte e fraca, ordinariamente assim formulada :

— Solução fraca ;

Agua	1000	grammas
Alcool	25	»
Acido phenico cristallizado . . .	25	»

— Solução forte ;

Agua	1000	grammas
Alcool	50	»
Acido phenico cristallizado . . .	50	»

Taes são, em resumo, os preparativos da acção operatoria.

Todos os instrumentos devem estar completamente limpos e phenicados, o que se consegue collocando-os por algum tempo em uma bacia contendo a solução phenicada da formula segunda.

Tres ajudantes são pelo menos necessarios, os quaes serão distribuidos do modo seguinte :— um para a anesthesia, um para conter as paredes abdominaes, impedir a hernia intestinal etc, etc., e o terceiro finalmente para passar os instrumentos E' este o menor numero de auxiliares que o cirurgião pode exigir.

Temos delineado a largos traços os cuidados preliminares mais importantes da ovariectomia. E' mister que o operador não os esqueça nunca, afim de prevenir o dissabor de ser surpreendido em flagrante delicto de descuido, seja por um erro de diagnostico, seja por uma complicação inesperada qualquer, e ser, por causa de uma falta as vezes insignificante, obrigado a demorar ou a suspender por alguns minutos o trabalho operatorio, deixando a doente entregue a mercê dos acontecimentos.

Sobre as diversas peças de curativo, que devem estar previamente preparadas, fallaremos quando tratarmos do *curativo*.

Observadas com zelo e intelligencia todas essas circumstancias que temos apontado e que constituem o conjuncto das disposições prévias da ovariectomia, o cirurgião submeterá a doente á anesthesia.

Anesthesia

Divinum est opus sedare dolorem.

HIPPOCRATIS.

Tratando-se de uma operação tão importante e grave como a ovariectomia, cujo trabalho operatorio é ordinariamente demorado, julgamos intuitiva a necessidade de uma anestesia geral e completa, levada até o período de inteira resolução muscular, — *tolerancia anesthetica* de Chassaignac.

Diversos têm sido os agentes anestheticos até então empregados; e de todos elles, o chloroformio é o que maiores vantagens realisa. E tanto assim é que a pratica diaria ainda o não substituiu por nenhum outro; pelo contrario o tem elevado cada vez mais no conceito geral. Na phrase do illustrado professor Pertence, o chloroformio, quando puro e convenientemente administrado, é, de todos os agentes anestheticos, o mais innocente.

Alguns cirurgiões, como Richardson e Sp. Wells, principalmente de 1867 para cá, têm preferido o emprego do bi-chlorureto de ethyla ou chloro-methyla, e na opinião d'estes distinctos cirurgiões, bem como na do illustrado professor de medicina operatoria, o Sr. Dr. Motta Maia, os effeitos d'este anesthetico são menos nocivos e os accidentes da anesthesia menos communs do que os do chloroformio.

Não obstante opiniões tão auctorisados haverem proclamado a excellencia do bi-chlorureto de ethyla, o chloroformio, na nossa humilde opinião, occupa ainda o invejavel posto de superioridade, o qual está perfeitamente justificado em face da applicação diaria e universal que faz a quasi totalidade dos medicos, d'esse importante anesthetico.

O ether e o chloral são ainda outros meios que têm sido

usados, mas que foram abandonados, sinão mesmo banidos a bem dos progressos cirurgicos, depois da descoberta do chloroformio.

E' facto que alguns casos de morte pelo chloroformio têm sido observados; é verdade que esse agente é algumas vezes a origem de certos accidentes, como vomitos, nauseas. etc.; mas, esses desastres raros não desaparecem em face dos maravilhosos beneficios e reaes serviços prestados pelo chloroformio á pratica cirurgica?

E demais, é sabido, que certos accidentes são inherentes á disposições particulares do enfermo; e certamente, o agente anesthesico não acarretará com a responsabilidade de accidentes que se dêem em taes condições.

Para nós, a injeção hypodermica de morphina secundada pelo chloroformio deverá constituir o meio preferido, nos casos de ovariectomia. A pratica de muitas cirurgiões que se têm utilizado d'este meio, demonstra e justifica a preferencia que lhe damos. Por tal modo obtem-se facilmente uma anesthesia profunda, e que tem sido prolongada por espaço de duas horas e mais, sem provocar accidente algum, diz o Sr. Kaberlé. Torna-se, porém, sobremodo recommendavel a pericia na applicação e na escrupulosa cautela sobre a qualidade e grão de pureza do chloroformio que tiver de ser empregado.

Incisão da parede abdominal

A doente estando completamente anesthesiada o ovariectomista dará começo a este tempo da operação. Antes de entrarmos em maiores detalhes, transcreveremos em primeiro logar o que diz Kœberlé relativamente a incisão do abdomen. « Dans les premieres temps de l'ovariectomie l'ouverture de l'abdomen a été faite de diverses manières.

Mac-Dowell dans sa première opération fit une incision longitudinale á trois pouces en dehors du muscle droit; Hayng suivit le bord externe du même muscle; Bürhing fit une incision latérale de manière à tomber sur la crête iliaque, d'où le nom

de *laparotomie* (région lombaire) donnée d'abord aux opérations de ce genre ; Laumonier et dans un cas W. Atlee firent une incision parallèle au pli de l'aîne ; Mercier, Haartmann, Trowbridge firent une incision diagonale ; Dorsey et King incisèrent crucialement ; Storer fit passer l'incision dans l'épaisseur du muscle droit. Ces divers procédés n'ont guère trouvé d'imitateurs et sont entièrement abandonnés en raison de leurs graves inconvénients. Dès sa seconde opération Mac-Dowell incisa la ligne blanche. Dans ce procédé, on n'intéresse guère que des tissus fibreux et des vaisseaux très-grêles. Il expose cependant à blesser la vessie par inadvertance ¹. »

A pratica geralmente admittida hoje é a da incisão da linha alva.

J. Clay divide esta incisão em — *curta*, *média* e *longa*. *Curta* a que tiver menos de quatro pollegadas, *média* a que for comprehendida entre quatro e oito, e *longa* a que exceder de oito pollegadas.

S. Wells faz ordinariamente uma incisão curta augmentando-a depois, conforme as exigencias do caso.

A incisão deve occupar tanto quanto possivel a parte média comprehendida entre o pubis e o umbigo, e caso se torne necessario augmental-a em um ou outro sentido, é conveniente que uma distancia de 5 a 6 centimetros do pubis seja guardada, não só para facilitar a distensão da bexiga, como tambem para evitar que um descuido qualquer dê em resultado a ruptura d'esse órgão. O cirurgião a praticará parcialmente, camada por camada, até chegar ao peritoneo, havendo sempre o maior zêlo na limpeza das partes seccionadas bem como na hemostasia dos vasos.

Chegado ao peritoneo o cirurgião abrirá uma casa para passagem de uma tentacănula, que por sua vez servirá de guia ao bisturi ; por este modo o operador cortará o peritoneo até o ponto terminal da incisão, sem o menor perigo de ferir os intestinos.

Comquanto alguns ovariотomistas, e entre outros Boinet, entendam que a gravidade da operação não esteja de modo algum ligada ao tamanho das incisões, comtudo julgamos que

¹ Kœberlé — *Maladies des ovaires de l'Ovariотomie* — Paris 1878.

as vastas soluções de continuidade feitas na serosa peritoneal concorrem até certo ponto para avolumar o algarismo da mortalidade. E se não vejamos a seguinte estatística de S. Wells. Este notavel ovariotoromista em uma serie de 500 casos obteve o resultado seguinte :

440	—	incisão não excedente á 6 pollegadas.	103	mortes
60	—	» excedente á 6 pollegadas.....	24	»

No primeiro caso 23,4 por centos sobre a mortalidade e no segundo 40.

Em suas gastrotomias Kœberlé dá á incisão da linha alva uma extensão de 6 centímetros, tendo sido, porém, obrigado muitas vezes a augmental-a até o appendice-xyphoide. Mas, quando o cirurgião tem necessidade de levar a incisão até esse ponto, deverá contornear a cicatriz umbelical pelo lado esquerdo, no intuito de affastar-se do ligamento do figado, que ordinariamente contem veias de calibre mais ou menos volumoso ; é pois intuitiva a vantagem que ha em ser evitada a hemorrhagia que a secção d'esses vasos produziria.

Não é possivel marcar de ante-mão quaes devam ser as dimensões da incisão. Entedemos que essas dimensões devem estar em proporção com o volume do tumor. Si, em alguns casos as pequenas incisões são sufficientes, em outros o cirurgião terá necessidade de augmental-as tanto quanto as manobras operatorias o exigirem. Mas, como assiste ao operador a faculdade de alongar a incisão da parede abdominal a medida que fôr preciso, julgamos ser de boa pratica que a incisão primitiva não exceda de um decimetro ; porquanto, si é exacto que as vastas incisões offerecem mais facilidade ao cirurgião para completar os diversos tempos da operação e vencer as difficuldades que o cercam, não é menos exacto que essas mesmas incisões accentuam extraordinariamente os perigos e accidentes consecutivos da operação.

Vem a proposito transcrevermos aqui em sua integra o extracto que o Dr. Paul Rodet fez, nos Annaes de Gynecologia de Abril do corrente anno ¹, do novo processo operatorio para praticar a ovariotoromia, posto em pratica e publicado por E.

¹ *Annales de Gynécologie* — Tome XIV — Avril 1881 — Paris.

Noeggerath no *The New York Medical Journal* de Fevereiro de 1881, sob o titulo: *A new method of performing ovariectomy*.

A respeito da memoria publicada por E. Noeggerath, diz o Dr. Paul Rodet em seu extracto: — Dans cet mémoire fort intéressant, l'auteur décrit, avec un soin des plus minutieux, les conditions hygiéniques dans lesquelles on doit placer la malade et les procédés antiseptiques qui doivent être employés. Il recommande de faire prendre à la patiente 1 gr : 50 de bromure de potassium pendant les jours qui précèdent l'opération et 2 grammes le matin du jour où elle doit être faite.

De plus, on administre un lavement avec 2 grammes ou plus de chloral. Ces précautions ont pour but de rendre la période d'excitation chloroformique plus courte, le sommeil plus naturel, et d'empêcher les vomissements.

La malade est placée sur un lit de caoutchouc rempli d'eau chaude à 38°. On commence par inciser la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le fascia-superficialis sur une étendue de trois pouces environ. Au lieu de continuer à inciser les tissus et le péritoine, on plonge un trocart dans le kyste, et, on le vide. Si le liquide est transparent, on continue l'opération; si le liquide contient du pus, du sang décomposé ou s'il est louche, on injecte par le tube attaché au trocart une quantité d'eau pheniquée à 2,5 pour 100 égale à la moitié du liquide qui a été retiré.

Le liquide injecté est laissé quelque temps dans le kyste, puis retiré. Cette pratique a pour but de prévenir toute possibilité d'infection par le liquide du kyste, qui s'écoulerait dans la cavité abdominale pendant l'opération. Après que le kyste est vidé, on abaisse le manche du trocart vers la peau, au-dessous de l'ombilic, amenant ainsi contre la paroi abdominale antérieure toute cette partie de la tumeur qui est au-dessous de l'ouverture du trocart. La portion élevée de la paroi abdominale est alors incisée sur le trocart comme guide, et le kyste tiré en haut et en dehors de la cavité abdominale par l'instrument, qui se trouve dans son intérieur, après quoi le pedicule est lié et le kyste enlevé.

Les avantages de cette méthode sont les suivants :

1° L'opération est simplifiée considérablement.

2° Les chances de contamination par l'air, les instruments, les mains, les matières septiques sont diminuées.

3° Le contenu du kyste étant désinfecté peut se trouver en contact avec la cavité abdominale sans inconvénient pour la patiente.

4° L'ouverture péritonéale est plus petite.

5° Le traumatisme résultant de l'ouverture de la cavité abdominale est diminué, la plus grande partie de l'opération se bornant à une simple paracentèse.

Contre-indication. — 1° Quand la partie solide de la tumeur est constituée par une réunion de petits kystes ou que son contenu est trop épais pour passer à travers la canule du trocart.

2° Quand le kyste est petit, soit primitivement, soit qu'il ait été réduit de volume par des ponctions antérieures à cause du danger auquel on s'exposerait de reconstruire une bride intestinale en avant de la tumeur. »

Terminada a incisão abdominal, o cirurgião occupar-se-ha immediatamente com o esvaziamento do conteúdo do kysto, quer empregando o methodo de Noeggerath quer outros processos que passaremos a indicar.

Esvaziamento do conteúdo do kysto — redução do seu volume

Logo que o tumor seja posto a descoberto o ovariologista procurará reconhecer quaes as suas conexões com outros órgãos, sendo mister toda a prudencia e criterio n'este exame. E embora o diagnostico differencial tenha sido previamente estabelecido não será de importancia somenos um novo exame sobre a natureza do tumor.

Si o kysto for unilocular e de conteúdo liquido o cirurgião punccionará a porção mais saliente, servindo-se de um trocater apropriado, entre outros do de Pean que é hoje muito usado.

E' para estes kystos que o processo de Noeggerath deverá servir com alguma vantagem.

Si o kysto for multilocular e contiver liquido nas diversas lojas será punccionada em primeiro logar a de maior volume e seguidamente as outras, havendo sempre o mais rigoroso cuidado em evitar o extravasamento do conteúdo kystico na cavidade. Se por uma circumstancia qualquer, não for possível a punção das outras lojas sem a retirada do trocater, o cirurgião fechará a abertura feita pelo instrumento, com pinças proprias e destinadas a esse fim.

Ha casos em que a evacuação do conteúdo do kysto se reveste de extremas difficuldades.

Muitas vezes o liquido é de tal sorte espesso e gelatinoso que, não obstante a aspiração e o grosso calibre do trocater, o escoamento não se faz ou se faz mui lentamente, como tivemos occasião de observar em um caso operado pelo illustrado Sr. Dr. Feijó Junior a 19 de Setembro de 1880. Na These inaugural (1873) do Dr. Miguel Archanjo da Silva vem consignado um outro caso do mesmo illustre professor, em que o escoamento não se fez apesar da pericia e cautela com que foi punccionado o kysto. Em taes circumstancias, aconselha o Sr. S. Wells o alongamento da incisão feita pelo trocater, afim de que a mão do operador possa penetrar no interior do kysto e assim romper todos os septos e fazer a extracção do conteúdo.

Não é raro, igualmente, acontecer que o kysto esteja por tal modo adherente á parede abdominal anterior, que se torne extremamente embaraçoso ao ovariometista encontrar a linha divisoria entre a parede e as adherencias. Em presença de factos d'esta ordem, o operador prolongará a incisão até encontrar um ponto do kysto que esteja livre e começar d'ahi a destruição das adherencias, diz o Sr. Sp. Wells.

« Mais il peut arriver qu'on n'en trouve pas et nous avons assisté M. Tillaux dans une opération faite sur une malade de la ville, où il a été impossible de faire le départ entre la tumeur et la paroi abdominale. Il s'agissait d'un enorme kyste multiloculaire très ancien, et une incision de 12 centimètres, environ, n'ayant point fait découvrir de point libre d'adhérences sur la surface du kyste qui paraissait entièrement fondu avec la paroi; la seule ressource a été l'incision large et le draignage de la plaie dans l'angle inférieur. ¹ »

¹ Ovion — obra citada.

A loja ou as lojas principaes do kysto podem conter pequenas bolsas, e quando assim succede é muito difficil, sinão impossivel ao cirurgião, esvasial-as. Em semelhantes condições vem a terreiro o conselho de Sp. Wells: — incisar o kysto, introduzir a mão em seu interior e extrahir a *massa* n'elle contida ou comprimir as lojas secundarias, esmagal-as de modo a romper os seus septos com os dedos. E' uma especie de esmagamento (*pétrissage*) que se faz no interior do kysto.

Segundo affirma Ovion, o Sr. Tillaux recorreo por duas vezes a esta manobra e obteve excellentes resultados.

Um accidente grave deve ser esperado, e toda a cautela para sustal-o ou evital-o deve ser tomada. E' a hemorrhagia no interior do kysto; a qual ordinariamente apparece em consequencia da presença de vasos, mais ou menos volumosos, nas paredes kysticas dilaceradas. Quando isto acontece, o ovarioto-mista deverá chegar o mais depressa possivel ao pediculo e praticar, temporariamente, a ligadura em massa.

Se, apesar de todos os esforços e pericia do cirurgião a redução do volume do tumor não fôr possivel, far-se-ha a extirpação total, alongando-se a incisão da parede abdominal, tanto quanto fôr necessario.

E' claro que tratando-se de um tumor solido, a punção não tem razão de ser sinão como um meio explorador, que venha accentuar o diagnostico.

Tratando-se de um kysto completamente solido, a extirpação poderá ser feita em massa ou parcialmente por meio do processo de esmagamento (*morcellement*).

Concluindo o estudo d'esta questão, diremos que; — se a punção evacuante do kysto ou a redução do seo volume é um problema facilmente resolvido em alguns casos, em outros é extremamente difficil, podendo a falta de pratica do ovarioto-mista arrastar a doente as arêstas da fatalidade.

Antes de tratarmos das adherencias, da extracção do tumor, da constricção, secção, e tratamento do pediculo, faremos uma resumida descripção do trocater-punção, escolhendo de preferencia o de Pean.

Este instrumento compõe-se de um tubo metallico de centimetro e meio de diametro, e não tem punccionador especial; o cirurgião serve-se da ponta d'esse mesmo tubo que é cortada

em forma de bico de clarinêta. Na outra extremidade adapta-se um tubo de borracha, de um metro de comprimento, destinado a dar passagem ao conteúdo do kysto.

O tubo metallico é revestido em sua parte média de um *annel* contendo tantos furos quantos os *dentes* que partem de dois semi-circulos movidos por duas chaves. Este accessorio do tubo tem por fim fixal-o ás paredes do kysto e evitar assim qualquer derramamento na cavidade peritoneal. E' esta uma das vantagens mais salientes d'este trocater. Eis, em resumo, o que é o trocater de Pean.

Temos ainda o de Thomson modificado por Nelaton, o de Kœberlé, o de Sp. Wells que são empregados por muitos ovariотomistas.

Julgamos desnecessaria a descripção de cada um d'esses instrumentos, porquanto a pratica tem demonstrado que uns e outros satisfazem mais ou menos o fim especial a que foram destinados.

Destruição das adherencias — constricção, secção e tratamento do pediculo — extracção do tumor

As questões comprehendidas n'este capitulo constituem um dos tempos mais importantes da operação. E' aqui que as difficuldades reaes, de envolta com variadas surpresas, se manifestam com todo esse cortejo de melindrosas circumstancias, de accidentes imprevistos e embaraçosos, os quaes comprometendo algumas vezes a vida da paciente, perturbam quasi sempre a marcha regular da operação. Esses accidentes reclamam cuidados especiaes e urgentes que deverão ser dispensados pelo cirurgião com toda segurança e calma.

Não recuar quando essas occasiões solemnes e difficultosas se manifestam, não vacillar nos meios de combater um accidente grave, não trepidar um momento, dispensando sempre a maior attenção á urgencia que o caso exige, taes são as qualidades essenciaes do ovariотomista, sempre a braços com o desconhecido, sempre no seio de eventualidades e surpresas imprevistas,

que incubadas até então, fazem erupção, quando o operador tem penetrado na cavidade abdominal.

Feito o esvaziamento do conteúdo do kysto o cirurgião occupar-se-ha com as adherencias.

Ha casos, infelizmente poucos, em que esta complicação não existe; o kysto é completamente livre, e então a sua extracção não offerece difficuldade alguma.

Em outros existem adherencias, porém pouco resistentes de modo que o cirurgião não experimenta embaraço em destruil-as, para o que bastará empregar o bordo cubital da mão, como se tivesse de fazer o deslocamento da placenta.

O bisturi ou a thesoura não tem applicação senão quando as adherencias forem por tal fôrma resistentes que os esforços manuaes, methodicamente empregados, se tornarem impotentes para rompê-las.

As adherencias devem ser destruidas o mais proximo possível das paredes do kysto, convindo sempre a mais rigorosa observancia no exame das partes onde ellas existem, mesmo quando tenham sido facilmente cedidas, afim de evitar em tempo uma complicação qualquer, entre outras as graves consequências de uma hemorragia interna. Quando os vasos das adherencias forem volumosos devem ser seccionados por entre duas ligaduras.

As ligaduras dos diversos vasos, depois de cortadas convenientemente, serão abandonadas na cavidade. « Tem havido casos de ficarem abandonadas na cavidade peritoneal, mais de 40 ligaduras (de catgut) e estas não prejudicarem, nem ao menos retardarem a cura da doente (Pean).

As adherencias intestinaes são ordinariamente as mais frequentes; e as vezes são de tal modo intimas e resistentes que expõem o operador a ferir os intestinos, si não proceder com rigorosa cautela. A este respeito diz o Sr. S. Wells:

« Algumas vezes as adherencias cedem aos esforços manuaes os mais leves; outras é necessario que o cirurgião empregue grande força para destruil-as. Raramente as adherencias reclamam bisturi ou thesoura para serem destruidas; quando isto, porém, se torna necessario é preferivel cortar uma pequena parte do kysto e deixal-a adherente aos intestinos ou a outra qualquer viscera, do que causar algum damno, procurando des-

v. 10/018

truil-as totalmente. Não tenho lançado mão deste recurso, porquanto, depois de haver separado o kysto da parede abdominal, depois de haver-o evacuado e tirado para o exterior com as porções de intestinos e epiploon a elle adherentes, me tem sido sempre possível praticar a separação completa, se bem que, sejam necessarias grandes precauções para não ferir os intestinos. »

Vê-se, pelo que acabamos de transcrever, que o grande ovariomista inglez tem por habito destruir as adherencias da parede abdominal antes de punccionar e evacuar o kysto; porém elle mesmo confessa que, quando essas adherencias são compactas e resistentes, a conducta mais sábia é evacuar o kysto antes de destruil-as.

O Sr. Tillaux, segundo affirma Ovion, operou uma doente, em que o kysto, por sua parede inferior, tinha entrelaçado adherencias tão intimas com a bexiga que não sendo possível a esse habil cirurgião destruil-as, tomou a deliberação de abandonar na cavidade a porção do kysto que estava adherente á bexiga, e a doente restabeleceo-se completamente.

Modo identico de proceder teve esse mesmo cirurgião quando, no hospital Beaujon, teve de extirpar um kysto do mesenterio, que já compromettia sensivelmente a vida do doente em consequencia da forte compressão que o tumor exercia sobre os intestinos; compressão manifestamente denunciada por phenomenos chronicos de oclusão intestinal. Praticou a *laparatomia*, e não podendo enuclear o kysto e nem fazer a extirpação total pela dessecação, deixou livre na cavidade peritoneal uma porção kystica de fôrma circular, de 10 cents., mais ou menos de diametro.

O doente curou-se perfeitamente.

Está provado e exuberantemente justificado perante a pratica, que uma porção de kysto póde ser abandonada na cavidade peritoneal sem provocar accidente algum. E sirva esta practica de protesto ao procedimento de alguns cirurgiões que, exclusivamente por causa de connexões intimas do tumor com órgãos importantes como a bexiga, intestinos, etc., têm deixado de completar a operação.

Quando o hysto já tem estabelecido adherencias profundas com o corpo do utero, era em outros tempos, aconselhada a

abstenção cirurgica; entretanto, graças aos progressos crescentes da medicina operatoria, os cirurgiões modernos praticam a hystero-ovariotomia, operação gravissima, mas que tem sido seguida de resultados favoraveis; e aqui no Rio de Janeiro foi praticada, pela primeira vez e com esplendido successo, pelo Dr. Feijó Junior.

O Sr. Pean em 9 casos obteve o maravilhoso resultado de 7 curas.

A hystero-ovariotomia é pois uma operação aceita em face dos resultados. E não será mesmo mais humanitario e scientifico tentarmos, sempre que as circumstancias o exigirem, esse recurso que a alta cirurgia nos faculta, do que abandonarmos a doente, como pretendiam alguns cirurgiões, á seus antigos padecimentos, e o que é mais, á mercê das consequencias de um traumatismo cirurgico, sem esperança alguma de cura?

Logo que as adherencias da parede abdominal tenham sido destruidas, o tumor poderá ser attrahido para o exterior, mesmo existindo ainda adherencias para os intestinos e epiploon, visto como a mobilidade d'essas partes não se oppõe a extracção parcial. O operador sustentará então o kysto com uma das mãos e com a outra irá destruindo as adherencias intestinaes e epiploicas que porventura existam.

Os esforços devem ser feitos de preferencia na parte superior, por isso que muitas vezes o kysto pôde estar completamente livre na parte inferior mas adherente ao epiploon na porção superior, e os intestinos precipitarem-se na pequena bacia, então vasia pela sahida do tumor, e assim fazerem hernia pelo angulo inferior da incisão, ordinariamente menos protegido pelos ajudantes. E' no intuito de evitar esta hernia intestinal, as vezes consideravel, que Sr. Tillaux recommenda que os esforços de extracção do kysto sejam dirigidos da parte superior para a inferior.

A ligadura não é o unico meio hemostatico applicavel as adherencias. Alguns ovariologistas, sobretudo inglezes e americanos, preferem seccional-as com o cautério. Esta pratica, porém, não nos parece ter vantagem alguma sobre a da ligadura; porquanto si por um lado evita os fios de ligadura na cavidade, no que não ha inconveniente algum, por outro lado a hemostase é muito menos segura, e a experiencia tem demon-

strado que as partes escarificadas não são menos inoffensivas que os fios de catgut, por exemplo.

E' senão impossivel, pelo menos muito difficil assignalar as multiplas difficuldades que a destruição das adherencias offerece ao operador.

Destruídas as adherencias e praticada a hemostasia em todos os vasos, o ovariomista occupar-se-ha com a constricção e secção do pediculo, que, como a destruição das adherencias, constitue um dos tempos mais importantes da ovariotomia.

Como é sabido, o pediculo dos tumores ovaricos, comprehende ordinariamente arterias e veias mais ou menos volumosas, conforme o desenvolvimento do tumor. Estes vasos devem ser ligados ou comprimidos antes de se praticar a secção do pediculo. Esta constricção prévia é de uma intuição banal, pois é facilmente concebivel a sua vantagem. Os processos de hemostasia por torsão, cauterisação, esmagamento linear etc., são raramente applicaveis, porquanto esses vasos reclamam de ordinario uma constricção solida e permanente.

O pediculo pode ser *curto* ou *longo*, *volumoso* ou não, desenvolver-se ora a custa dos ligamentos largos ora do utero etc.; comprehende-se que o comportamento do operador varia em face d'essas modalidades. Assim por exemplo, tratando-se de um pediculo bastante volumoso o cirurgião fará atravessal-o no centro pela agulha conductora dos fios, de sorte que as ligaduras comprimam convenientemente as duas partes. E si estas ligaduras não forem sufficientes passará tres ou quatro segundo as exigencias de uma hemostasia efficaz.

Feito isto praticará a secção seja com o bisturi seja com o esmagador de Chassaignac.

Diversos modos têm sido aconselhados para o tratamento do pediculo, os quaes podem se-refundir nos dois methodos seguintes:

1º — *Methodo extra-peritoneal.*

2º — *Methodo intra-peritoneal.*

O primeiro resume o conjuncto dos processos que têm por fim manter as partes ligadas directamente no exterior, quer por meio do clamp, quer comprehendendo-as na sutura da incisão abdominal, quer finalmente empregando uma agulha transversalmente de modo a manter as partes ligadas âquem do peritoneo.

O segundo abrange os processos das ligaduras abandonadas na cavidade peritoneal.

Tanto um como outro offerece vantagens e inconvenientes. Não é possível, perante a pratica, ser adoptado de um modo absoluto este ou aquelle; — ambos têm indicações e contra-indicações.

Fallando em these geral, diz o Sr. Kaberlé que o methodo extra-peritoneal é perfeitamente indicado quando o pediculo fôr sufficientemente longo. Nos casos de pediculo curto esse methodo apresenta muitos inconvenientes, e entre outros os seguintes: — tracção consideravel exercida sobre os tecidos do ligamento largo e sobre o utero, a possibilidade de estrangulamento interno de uma aza intestinal, a reentrada brusca e prematura do pediculo sob a influencia de um esforço qualquer (tosse, vomitos etc.) quando o *clamp* se desprende antecipadamente ou quando os tecidos mortificados já se tenham separado. Estes inconvenientes dão muitas vezes em resultado uma peritonite mortal. A proporção que os gases intestinaes se desenvolvem, distendendo as paredes abdominaes, a tracção augmenta, o que agrava muito mais as consequencias d'esse inconveniente.

No methodo extra-peritoneal, a suppuração da porção extra-abdominal do pediculo é forçada, a despeito dos meios antisepticos hoje universalmente empregados.

O methodo intra-peritoneal, a primeira vista mais perigoso que o precedente, tem entretanto a seu favor grande numero de indicações que tornam a sua applicação justamente recommendavel em muitos casos.

No numero de suas desvantagens têm sido apontados os perigos de uma hemorragia interna consecutiva a qualquer accidente havido quer na constricção do pediculo quer na ligadura ou hemostasia das adherencias; a predisposição que parece estabelecer ás colleções purulentas, septicemia peritoneal etc.

Segundo o Sr. Kæberlé essas desvantagens desapparecem grandemente desde que o cirurgião tenha a cautela de conservar uma distancia fixa entre a ligadura do pediculo e a parede abdominal, immobilizando as adherencias visceraes que a circulam, interpondo o epiploon entre os intestinos e a parte superior do pediculo e facilitando finalmente a livre sahida dos

liquidos por meio de tubos de *drainage*. Assim procedendo, o ovariometista consegue isolar de algum modo a parte destinada a mortificação e a cavidade que a cerca será então tratada como um abcesso peritoneal.

Por este methodo a cicatrização da ferida segue um marcha mais regular e rapida.

O tratamento por *pediculo perdido* permite, nos casos favoráveis, uma cura quasi immediata. E' um processo de tratamento muito simples, e seria o preferivel d'entre todos se a sua applicação fosse sempre possivel.

T. Smith, despertado pela pratica de outros cirurgiões que haviam praticado ligaduras perdidas em vasos isolados, teve a idéa de tratar da mesma maneira o pediculo. Foi, portanto, esse cirurgião o primeiro que introduzio na pratica ovariometica este processo, fazendo a oclusão completa da ferida abdominal.

N'estes ultimos tempos, principalmente depois da generalização do systema anteseptico de Lister e do emprego dos fios de catgut, este processo tem conquistado muitos sectarios. Keith, sobre todos, tem operado em grande escala e obtido excellentes resultados.

A observação e a experiencia não sancionaram ainda o *exclusivismo* d'esses methodos perante a pratica.

A diversidade dos casos e as variadas circumstancias que os acompanham, reclamam ora a applicação de um ora a de outro. Só as indicações impostas ao criterio e ao espirito descriminador do ovariometista, poderão promulgar a prioridade d'este ou d'aquelle.

Se nos fosse possivel, de um modo absoluto, estabelecer a preferencia de um dos dois methodos, tomando como ponto de partida as vantagens e inconvenientes que ambos offerecem em relação aos resultados, certamente que aceitaríamos o methodo intra-peritoneal pelo processo das ligaduras perdidas.

Os meios hemostaticos que tem sido applicados aos vasos do pediculo, são: — as ligaduras, o clámp, o aperta-nó de Koeberlé, a cauterização thermica ou galvanica, a filopressura, o esmagamento linear e a torsão.

A hemostase por meio das ligaduras é a mais solida e efficaç ;

é a que affasta do espirito do cirurgião todo e qualquer receio relativamente ás hemorragias consecutivas, desde que tenha sido cautelosamente praticada. Nas ligaduras que tenham de ser abandonadas na cavidade, os fios de *catgut* serão sempre preferidos ; porquanto, além de facil assimilação não provocam, como os fios metallicos por exemplo, a formação de abcessos.

A ligadura simples ou em massa só é applicavel quando o pediculo for bastante delgado. Nos casos contrarios é sempre vantajoso e de louvavel prudencia ligal-o em duas ou varias porções.

Alguns cirurgiões fazem ainda uso do clamp, introduzido na pratica por Hutchinson em 1858. Este instrumenta tem sido extremamente modificado, de sorte que, sem exageração, podemos affirmar a existencia de tantos *clamps* quantos os ovariologistas mais notaveis.

É um instrumento composto de duas hastes metallicas articuladas como um compasso de carpinteiro. A parte média d'essas hastes é atravessada por uma outra destinada a regularisar o afastamento e a junção das outras duas, e a fixar o instrumento desde que a constricção dos tecidos interpostos, seja sufficiente.

Sp. Wells, o mais illustre e certamente o mais auctorizado dos ovariologistas, é ainda sectario do clamp.

Entretanto a pratica de muitos cirurgiões tem mostrado a saciedade os graves inconvenientes resultantes da applicação d'esse instrumento, e o proprio Sr. Wells confessa que elle predispõe o estrangulamento dos intestinos comprehendidos na brida formada pelo pediculo. Além d'isso a inefficacia da constricção exercida sobre o pediculo é palpavel, porquanto não sendo essa constricção perfeitamente circular, segue-se que as porções do pediculo não serão comprimidas igualmente, d'onde a falta de segurança hemostatica. Acrescendo ainda, que essa especie de achatamento do pediculo produzida pelo clamp para conseguir a constricção necessaria, é de tal ordem, que prejudica a cicatrização, em virtude da grande distensão que em taes circumstancias soffre a ferida da parede abdominal, com especialidade no angulo inferior.

Alguns ovariologistas inglezes e americanos preferem o cautério á ligadura do pediculo ; e empregam então os *clamps-cautérios* (cautery clamp).

Contra este modo de proceder apresentamos as mesmas considerações que fizemos a respeito da destruição das adherencias pelo cautério actual.

O esmagamento linear, a torsão, a filopressura, o aperta-nó, a cauterisação thermica ou galvanica e outros meios hemostaticos ou constrictores têm sido empregados, porém hoje estão abandonados.

A hemostasia praticada pelas ligaduras é a mais vantajosa e segura. A pratica dos ovariometistas modernos tem sancionado não só o uso geral d'este processo como a sua superioridade sobre todos os outros.

Limpeza da cavidade abdominal — TOILETTE do peritoneo

Depois de haver terminado a extracção do tumor e haver tomado o partido a seguir no tratamento do pediculo, o cirurgião não deverá praticar a oclusão da ferida sem primeiramente attender aos cuidados de asseio, que deverão ser cauteiosamente dispensados á cavidade peritoneal.

A primeira vista esta questão se nos afigura de importancia somenos; entretanto a pratica tem demonstrado que da sua fiel observancia dependem os bons resultados da operação.

E não é sem justa razão que alguns cirurgiões insistem ainda, chamando a attenção de outros, sobre a importancia de uma limpeza completa da cavidade abdominal.

Esta insistencia de uns, despertou em outros maior attenção a esses cuidados, de sorte que os successos da ovariometomia foram augmentando.

Aos cirurgiões inglezes e americanos cabe sem contestação a prioridade nos diversos meios de asseio das cavidades abdominal e pelviana. Foram seguidos pelos cirurgiões francezes (Péan, Koberlé e outros) que muito têm concorrido para o aperfeiçoamento desses mesmos meios.

Koberlé emprega de preferencia o linho phenicado, entretanto outros operadores fazem uso de esponjas convenientemente expurgadas de toda e qualquer impureza, as quaes satisfazem

completamente. E' indifferente o meio empregado, uma vez que a cavidade peritoneal, escavação pelviana, etc., fiquem perfeitamente limpas. E' necessario que o sangue, o pús, liquido ascitico, e principalmente o conteúdo do tumor sejam absolutamente extrahidos. O mesmo cuidado terá o cirurgião relativamente aos fragmentos dos fios de ligadura, esponjas, pinças, etc., afim de que nenhum desses objectos permaneçam na cavidade. Finalmente depois de um exame geral minuciosamente feito, o cirurgião dará por concluido esse tempo importantissimo da operação, denominado por J. Worms—*toilette* do peritoneo, e passará a occupar-se da reunião dos labios da ferida.

Reunião dos labios da incisão

A oclusão da incisão abdominal é ordinariamente feita por duas suturas, — uma profunda e outra superficial — e ambas têm por fim estabelecer a justa coaptação e completa reunião dos labios da ferida.

A sutura profunda offerece as vezes certas difficuldades na sua execução, quando as paredes abdominaes são muito espessas ou oedematosas; a fórmula desta sutura varia conforme os cirurgiões que a praticam; uns preferem a sutura emplumada, outros a encavilhada, etc., e todos se servem indifferentemente, ora dos fios metallicos, ora dos fios de seda da China, ora dos fios de *catgut*, etc.; pouco importa, porém, o caracter da sutura; julgamos que não está ahí certamente a importancia da questão, uma vez que a justaposição dos labios da ferida tenha sido igual e perfeita em toda a extensão.

Os pontos da sutura profunda devem se corresponder perfeitamente, e uma distancia igual (0^m,03) deverá ser guardada entre elles, para que o affrontamento dos labios da incisão se faça com perfeita homogeneidade.

Os praticos recommendam que as suturas comecem pelo extremo superior da ferida, passando o ultimo ponto bem perto do pediculo, que já deve estar fixo, quer pelo *clamp*, quer por

uma agulha longa e resistente, que atravessando-o transversalmente pelo centro fique com as extremidades sobre as paredes abdominaes.

Nos casos em que o tratamento por pedicelo e ligaduras perdidas seja o adoptado, a sutura da incisão será total e absoluta.

Nos intervallos e um pouco acima dos pontos da primeira sutura, passam-se os alfinetes afim de se praticar a sutura superficial, que é communmente entortilhada.

Alguns cirurgiões dispensam em certos casos esta segunda sutura. S. Wells a emprega, quasi que exclusivamente, quando as paredes abdominaes são muito espessas. Entretanto esta pratica é usada quasi sempre pela maioria dos ovariотomistas, o que demonstra não constituir um méro luxo, porém sim uma medida prudente e necessaria.

O peritoneo deve ou não ser comprehendido nos pontos da primeira sutura?

Esta questão tem merecido grande importancia no seio de alguns ovariотomistas, respondendo uns pela affirmativa e outros pela negativa.

Sp. Wells, Boinet e outros julgam a comprehensão dessa serosa como constituindo uma condição, *sine qua non*, dos successos da operação. Outros, como Kœberlé, fundados em razões, aliás injustificaveis, regeitam esta pratica.

As superficies do peritoneo postas em contacto contrahe rapidamente adherencias, que, além de outras vantagens, servem para impedir a penetração do pús na cavidade, desde que tenha logar a suppuração da ferida.

Os pontos das suturas são retirados conforme as indicações especiaes do caso. Tem havido factos da retirada dos pontos da sutura profunda no fim de 2 a 15 dias e os da superficial, 15 horas depois, sendo porém mais commum no espaço de 24 a 72 horas.

Curativo e cuidados consecutivos

Concluidas as suturas, far-se-ha immediatamente o curativo da ferida.

Entre os diversos meios e processos de curativo até então empregados, julgamos estar de accordo com a verdade dos factos, dando preferencia ao systema anteseptico de Lister, que nos parece ser aquelle que maiores vantagens realiza, já em face dos resultados da operação já em relação aos diversos accidentes e complicações que sóem sobrevir.

A supremacia d'este systema está hoje no dominio dos factos incontestaveis.

As principaes estatisticas publicadas n'estes ultimos annos mostram quanto a porcentagem sobre a mortalidade tem diminuido, depois que o emprego dos meios antesepticos se tem generalizado na pratica cirurgica; e quasi todos os ovariotomistas, especialmente os allemães, são unanimes em declarar-o, como o mais conveniente nas ovariotomias. E de facto, as complicações mais communs e perigosas das ovariotomias, aquellas que concorriam com maior contingente para avolumar o algarrismo da mortalidade d'essas operações, taes como a peritonite, a septicemia peritoneal etc, têm diminuido, tornando-se raras as suas manifestações sob a influencia da poderosa acção preservadora do systema anteseptico do cirurgião do *King's College*.

Nos capitulos precedentes tivemos occasião de assignalar algumas dos principaes vantagens d'este importante processo de curativo. Assignalamos igualmente a importancia de certos cuidados preliminares, a rigorosa cautela que deve preceder sempre a limpeza da cavidade abdominal, á *toilette* do peritoneo etc. Não insistiremos pois, sobre estas questões. Simplesmente diremos ainda algumas palavras sobre a temperatura e atmospheria do logar onde tem de ser praticada a operação. Lister e outros

práticos ligam ao grão de temperatura a mais elevada atenção. São conhecidos os graves inconvenientes que sobre a serosa peritoneal produz a impressão do ar frio. Wagner demonstrou que uma injeção d'água a 18°,5 centigr: no peritoneo, produz a morte. Sendo igualmente prejudicial os excessos de calor, Sp. Wells, Pean e outros procuram manter a temperatura entre 25° e 32° centigr:

A atmosphera do aposento que serve de theatro a operação deverá ser convenientemente phenicada, o que se consegue fazendo funcionar o pulverizador; devendo haver igual cuidado nos curativos subsequentes.

Convem notar que os resultados deste systema são sempre de proveitosa realidade quando uma reservada precaução precede o seu emprego, pois já se tem observado factos de envenenamento pelo acido phenico, devidos, ora a imprudencia de uns ora a impericia de outros. Um facto desta ordem já se deu na clinica do illustrado professor Billroth, o que fez com que este notavel cirurgião se tornasse mais cauteloso e prudente, obedecendo com mais rigor aos preceitos e cuidados sancionados pela pratica de Lister, Lucas-Championnière e outros.

Na Allemanha, onde em outros tempos a ovariectomia cahio no mais lamentavel discredito, taes foram os seus desastres, nestes ultimos annos as estatisticas se transformaram completamente; — transformação favoravel para a qual tem concorrido grandemente o systema anteseptico em vigor.

Até 1875 Nussbaum em 78 ovariectomias, conseguiu apenas 43 curas. De 1875 para cá, empregando o curativo de Lister, obteve 25 curas em 33 casos.

Olshausen que contava apenas 2 successos em 10 ovariectomias que havia praticado ate fins de 1875, consegue dessa epocha até 1878, 36 curas em 48 casos; e nas ultimas operações teve, em 16 casos, um unico insuccesso. Olshausen não attribue esses resultados senão a fiel observancia dos processos antesep-ticos que adoptou na sua pratica, de 1875 em diante.

Billroth, Pean, Keith e muitos outros têm obtido successos maravilhosos sob a influencia do *spray* phenicado.

Em poucas palavras diremos em que consiste o curativo da ferida abdominal, depois de completas as suturas. Lava-se o abdome por meio de esponjss humedecidas na solução fraca,

e, havendo terminado este trabalho de necessaria limpeza, colloca-se uma tira estreita (de *protectiva* ou *silk*) sobre a linha das suturas, que servirá de faixa protectora ; por cima desta pequena faixa colloca-se a peça mais importante do curativo, isto é um grande pedaço de *gaze* phenicada ou anteseptica dobrada em oito folhas perfeitamente iguaes, de modo que, applicadas sobre a *faixa protectora* exceda os limites desta em todas as direcções. Entre a 7ª e 8ª folhas da *gaze* anteseptica colloca-se então o impermeavel ou *mackintosh*, com a superficie lisa voltada para a ferida.

Cada uma dessas peças tem um fim particular, uma missão especial a desempenhar. Assim, a faixa protectora serve para evitar o contacto directo dos pontos desnudados, com substancias irritantes. Se as partes desnudadas podem ser lavadas com a solução fraca, não é conveniente que estejam directa e constantemente sob a acção irritante do acido phenico despreendido pela *gaze* phenicada. E' pois, para interdizer esta acção directa e constante que se emprega a *faixa protectora*, que é uma especie de tafetá gommado.

Esta peça não tem propriedade alguma anteseptica.

A *gaze* anteseptica, elemento essencial do curativo, serve para desenvolver e entreter ao redor da ferida uma atmosphaera phenicada, e o impermeavel ou *mackintosh* para limitar essa atmosphaera.

Taes são, alem de outras, as principaes funcções d'essas peças do curativo de Lister.

Dispostas, como dissemos, as peças do curativo, collocam-se sobre ellas algumas pastas de algodão phenicado e por meio de ataduras mantem-se, não só o apparelho como tambem uma compressão methodica e igual em todo o abdomen.

A applicação dos tubos de *drainage* (tubos de Chas-saignac conforme os denomina o Sr. Lister) torna-se muitas vezes necessaria afim de facilitar o livre escoamento dos liquidos. E o illustre cirurgião do *King's College* quasi que não cura ferida alguma sem applical-os, tal é a utilidade que julga existir n'esse meio auxiliar do curativo.

O primeiro apparelho é ordinariamente suspenso entre 24 e 48 horas depois da operação, podendo sel-o antes ou

depois conforme as indicações especiaes que sobrevierem. Os curativos consecutivõs devem ser feitos uma ou mais vezes por dia, de accordo com as necessidades do caso.

Concluido o curativo, a operada será cuidadosamente conduzida para o leito, onde, guardando o decubito dorsal, com as pernas em ligeira flexão sobre as côxas, convenientemente sustentadas por meio de almofadas, guardará igualmente um repouso absoluto. Ahi a sua melindrosa posição continúa a reclamar novos cuidados que serão prompta e criteriosamente attendidos. Uma pessoa intelligente e capaz de interpretar as menores modificações velará constantemente, dispensando todos os desvelos a enferma, evitando o resfriamento d'esta, envolvendo-a em flannels, aquecendo-a com botijas d'agua quente etc.

O catheterismo deverá ser praticado de 3 em 3 horas, afim de extrahir as urinas, pois é muito commum a paralyia vesical nos cinco ou seis primeiros dias que se seguem as ovariectomias; e quando não seja por causa d'esta paralyia o catheterismo é ainda necessario no intuito de affastar qualquer movimento que os esforços da micção obrigarião a doente fazer.

E' da mais necessaria conveniencia que a temperatura do aposento se conserve a 22° centigr. pelo menos. Esta condição é strictamente recommendada por S. Wells, Kieberlé, e outras ovariectomistas.

O regimen dietetico, consistirá nos primeiros dias em caldos, vinho, etc.— O proprio estomago deverá guardar tal ou qual repouso.

No capitulo seguinte, consagrado aos accidentes e complicações da ovariectomia apontaremos ainda outros cuidados que, depois de tão grave operação, devem ser prodigalisados ás doentes com toda a sollicitude

Accidentes e complicações que podem influir sobre os resultados da operação

Numerosos e de natureza diversa são os accidentes e complicações da ovariectomia.

São primitivos ou secundarios conforme se manifestam durante ou depois da operação.

Entre as complicações e accidentes primitivos figuram as adherencias, as hemorragias, a natureza e disposição anatomica do tumor, a hernia intestinal, os vomitos, etc., de que já fallamos nos capitulos precedentes.

Insistiremos, pois, sobre os segundos.

Todos os autores e praticos são concordes em apontar a peritonite e a septicemia como as complicações mais comuns, seguindo-se, na ordem de frequencia, o *shock* ou colapso nervoso, as hemorragias, etc.

A peritonite e a septicemia, além de serem as complicações mais frequentes, são as que concorrem mais poderosamente para os insuccessos da ovariectomia. E' assim que Ch. Clay em 150 casos refere 64 mortes consecutivas a peritonite. E' pois mister uma intervenção activa e energica desde que se manifeste essa complicação.

A elevação da temperatura e a frequencia insolita do pulso, vomitos, tympanite, extrema sensibilidade, dor e abaulamento do ventre, taes são *per summa capite* os symptomas que annunciam a peritonite.

No dizer de Nardou-Durosier a constipação de ventre acompanha sempre a peritonite.

B. Brown aconselha as emissões sanguineas para combater o periodo inflammatorio e Tyler Smith, além das emissões sanguineas, prescreve o opio e os calomelanos em doses fraccionadas. Outros aconselham a atropina quando ha spasmos e contracções intestinaes violentas, applicações de gelo sobre o ventre, etc.

Comquanto o tratamento não diffira do tratamento da peritonite ordinaria, comtudo as condições especiaes da doente, e especialmente as causas deverão merecer cautelosa attenção. Sendo diversas e variadas as causas da peritonite consecutiva á ovariectomia, variadas serão igualmente as indicações dos diversos meios de tratamento. Se a peritonite fôr devida á collecção purulenta no abdomen, á existencia de liquidos já

ou não decompostos nas cavidades abdominal e pelviana, comprehende-se que as indicações mais urgentes consistirão sem duvida na remoção de taes causas. Se fôr a peritonite occasionada por corpos estranhos, que por descuido ou negligencia tenham ficado na cavidade peritoneal, ainda o cuidado mais importante a preencher será consagrado, com urgencia, a retirada d'esses corpos. Uma hemorragia pode tambem ser causa da peritonite, e em taes condições o emprego dos meios hemostaticos realisa as necessidades mais palpitantes na remoção da causa.

Outras circumstancias podem ainda favorecer o fatal desenvolvimento d'esta terrivel complicação; comprehende-se que, tratando-se de uma operada em tão melindrosa posição, toda a intervenção medica ou cirurgica deverá ser prudente e cautelosa e as causas que as reclamarem deverão ser perfeitamente reconhecidas.

. . .

O colapso nervoso, hemorragia nervosa de Dupuytren ou *shock* dos inglezes, não é senão o resultado do esgotamento nervoso, consequencia da profunda depressão produzida pelo traumatismo cirurgico; depressão esta, que encontra favoraveis condições nos casos de ovariectomia, por isso que as doentes, quando se submettem a esta operação já o organismo se acha, em regra geral, extremamente gasto e enfraquecido pelos progressos devastadores de uma antiga affecção ovarica.

O shock é sem duvida alguma o accidente que maiores receios deve inspirar, porquanto a morte é de ordinario a sua fatal terminação.

Manifesta-se sem a minima reacção inflammatoria; as doentes não accusam dor alguma, tornam-se pallidas, os labios profundamente descorados, a pelle fria, o pulso concentrado e pequeno, sobrevem o delirio e finalmente a morte como a ultima expressão do cortejo symptomatico que caracteriza o colapso nervoso. Em face d'esta complicação, os diversos meios de que as sciencias medicas dispõem, deverão ser empregados de uma maneira prompta e energica.

A hesitação em semelhantes condições só poderá concorrer para acelerar o desfecho fatal.

Aquecer a operada, restaurar-lhe as forças esgotadas, empregando os estimulantes, etc., taes são os primeiros cuidados commummente dispensados. As injeções subcutaneas de ether prestam as vezes bons auxilios, no dizer de alguns praticos.

. . .

As hemorragias, como complicações consecutivas, são mais communs nos primeiros dias; entretanto o seu apparecimento tem sido observado no fim do 7º, 8º e mesmo depois do 12º dia da operação.

A conducta a seguir em presença d'este accidente varia conforme a hemorragia é interna ou externa.

No segundo caso os perigos são muito menores por isso que a hemorragia pode ser combatida logo que se manifeste; no primeiro caso, porém, os perigos e as difficuldades são maiores. Os symptomas de hemorragia interna só se revelam á observação quando as perdas sanguineas já se têm dado em abundancia, e comprehende-se facilmente a gravidade d'este facto.

O tratamento em ambos casos cifra-se em estancar as fontes sanguineas, pondo-se em jogo activo os diversos meios hemostaticos.

Quando a hemorragia se faz na cavidade, as suturas devem ser desfeitas, no intento de facilitar não só a procura dos vasos que sangram como tambem a hemostasia; a qual sendo praticada de um modo efficaz, o cirurgião procederá de novo as suturas.

Kæberlé no 12º dia depois de uma ovariectomia, quando julgava a doente nas proximidades de uma convalescença franca e favoravel, teve de arcar com os tremendos perigos de uma hemorragia intensa da arteria ovarica. Esse distincto cirurgião praticou logo uma compressão methodica e a hemorragia cessou, reaparecendo 36 horas depois com maior intensidade.

Então o illustre ovariectomista não hesitou mais; dilacerou a parte inferior da cicatriz, poz o pediculo em liberdade, e

praticou, com a urgencia que o caso reclamava, a hemostasia. A doente restabeleceu-se 32 dias depois ¹.

O tetanos, a erysipela, a oclusão intestinal, a phlebite, a anuria e diversas molestias intercurrentes, são outras tantas complicações que sõem apparecer, sendo umas mais e outras menos frequentes e perigosas.

Aqui terminamos o nosso trabalho ligeiro e despretencioso como despretenciosa foi a intenção que o dictou; primicias de um estudo consciencioso, a nossa dissertação representa uma obediencia á lei, cumprida com a consciencia do dever.

Para uma exhibição obrigatoria, a espontanea indulgencia da critica.

Eis o que desejamos.



¹ Ovion — ob: cit:

PROPOSIÇÕES

SCIENCIAS ACCESSORIAS
CADEIRA DE PHARMACIA

DO OPIO

I

O *opio* é o succo leitoso e concreto ou melhor, a seiva extrahida dos fructos da papoula somnifera (*papaver somniferum*).

II

Diversos processos têm sido empregados na extracção do *opio*, no intuito de dar a esse medicamento a pureza e efficacia necessarias em todas as suas producções chimico-pharmaceuticas.

III

O *opio* bruto, origem de outras preparações pharmaceuticas, tem rarissimas applicações na pratica medica.

IV

Ha diversas variedades de *opio*; as principaes, porem, são :— o de Smyrna ou Anatolia, o de Constantinopla e o do Egypto ou Alexandria.

V

D'estas variedades, é a primeira a mais importante, porquanto encerra maior quantidade de morphina, (5 a 15 %).

— 50 —

VI

São os alcaloides do opio que possuem propriedades therapeuticas, communmente utilizadas na pratica.

VII

Entre os alcaloides do *opio* destacam-se a morphina, a narceina, a narcotina e a codeina no numero dos mais importantes.

VIII.

Os diversos alcaloides do opio gozam de propriedades hypnoticas, analgesicas, anexosmoticas e toxicas.

IX

A morphina pura tem hoje cahido em abandono, ao passo que os diversos saes d'esse medicamento são diariamente empregados.

X

Dos saes de morphina mais usados, são : o sulfato, o chlorhydrato, o acetato e o iodhydrato.

XI

As *qualidades boas ou más* da morphina dependem da escolha do *opio*.

XII

As preparações pharmaceuticas que tem por base o *opio* e que são mais geralmente empregadas, são: o laudano de Sydenham, o extracto gommoso *d'opio*, o elixir paregorico, o xarope de diacodio, etc.

XIII

A apomorphina é antes um derivado da morphina do que um alcaloide do *opio*.

— 51 —

XIV

A apomorphina é a morphina deshydratada, mas com propriedades diferentes.

XV

Vomitivos e hyposthenisantes, taes são os característicos das propriedades da apomorphina.



SCINCIA CIRURGICAS

CADEIRA DE CLINICA EXTERNA

PARALLELO ENTRE A TALHA E A LITHOTRICIA

I

A talha e a lithotricia são dous methodos operatorios empregados no tratamento das affecções calculosas da bexiga.

II

Não são dois methodos rivaes; porem, não é indifferente o emprego de um ou de outro.

III

A sensivel differença que essas duas operações apresentam em relação ao *modus operandi*, dá logar a indicações especiaes e precisas que reclamam ora o emprego de uma ora o de outra.

IV

A questão de prioridade e de preferencia exclusiva dada a um desses methodos, constitue hoje um contra-senso cirurgico.

V

Foi, talvez, em consequencia da falta de estudos serios em relação as indicações d'essas duas operações, que al-

guns cirurgiões se abrigavam exclusivamente, ora sob a bandeira da talha, ora sob a da lithotricia.

VI

A cirurgia moderna, porem, fez desaparecer esse exclusivismo prejudicial. A talha e a lithotricia são duas operações que se auxiliam mas que não se substituem. A vida de uma não decreta a morte da outra.

VII

O volume, a natureza e o numero dos calculos, a idade e o sexo do enfermo, o estado local dos órgãos genito-urinaes, etc., constituem um conjunto de circumstancias especiaes que reclamam, ora a applicação da talha, ora a da lithotricia.

VIII

Quando o calculo fór unico, porem extremamente duro e volumoso, a talha deve ser preferida, bem assim nos casos de calculos multiplos

IX

A lithotricia será então preferida quando o calculo for unico, pouco volume e friavel.

O volume do calculo não tem a mesma importancia da consistencia.

X

Quando o calculo tiver por nucleo um corpo extranho, não friavel, a talha será a operação escolhida.

XI

A mocidade e a idade adulta são as epochas da vida que maior somma de indicações offerecem ao emprego da lithotricia. A infancia e a velhice ao da talha.

XII

No sexo feminino a lithotricia tem a seu favor maiores vantagens, salvo contra-indicações especiaes.

XIII

Embora a opinião contraria de Chassaignac, julgamos que a paralyasia da bexiga por si só não contra-indica a lithotricia, uma vez que outras condições se lhe sejam favoraveis.

XIV

A hypertrophia postatica offerece quasi sempre condições desfavoraveis a lithotricia.

XV

O endurecimento, a hypertrophia e a grande irritabilidade da bexiga, indicam de preferencia o emprego da talha.

XVI

Comparadas em face dos accidentes e dos resultados, a talha e a lithotricia caminham em identidade de condições. Ambas são graves, embora corra por conta da lithotricia menor somma de accidentes.



SCIENCIAS MEDICAS
CADEIRA DE PATHOLOGIA GERAL

HYDROPSIAS

I

As hydropisias devem ser consideradas antes como uma manifestação symptomatica de diversas modalidades pathologicas, do que, como uma entidade morbidade essencial.

II

A palavra *hydro* (agua) precedendo o nome de um órgão serve para designar a hydropisia d'esse mesmo órgão. Assim, diz-se: hydro-thorax, hydro-pericardio, etc.

III

A hydropisia quando limitada á uma viscera ou as malhas do tecido cellular sub-cutaneo de um órgão, recebe o nome especial de *edêma*.

IV

Anasarca é ainda uma denominação especial da hydropisia quando se estende á totalidade ou quasi totalidade do tecido cellular sub-cutaneo.

V

Embora a opinião contraria de alguns autores, a anazarca nada mais é do que o edema generalizado.

VI

Dá-se a hydropisia o nome de ascite quando o accumulo do liquido se faz para a cavidade peritoneal.

VII

As hydropisias são *cavitarias* ou *intersticiaes*, conforme occupam as cavidades serosas ou os interstícios do tecido conjunctivo.

VIII

Se bem que o liquido hydropico seja o serum sanguineo extravasado, contudo differe muito do que é extrahido directamente dos vasos.

IX

A capacidade exosmotica varia para as diversas substancias, e por isso as que compõem o serum nem todos atravessam as paredes vasculares.

X

As paredes vasculares não têm igualmente a mesma capacidade exosmotica em todas as regiões e por isso o liquido varia no mesmo individuo, conforme os diversos pontos onde a hydropisia se manifesta.

XI

A agua é o elemento predominante do liquido hydropico. A albumina existe em menor proporção.

— 59 —

XII

No liquido hydropico encontra-se $1/2$ á 5 por cento de albumina e no serum 5 á 6.

XIII

No serum ha 88 a 91 partes d'agua sobre 100, no liquido hydropico 95 a 98.

XIV

A quantidade de albumina depende : da capacidade vascular dos vasos, da velocidade da circulação e da *idade* da hydropsia.

XV

A causa ultima das hydropisias é o augmento da tensão intravascular.



HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Mulierem utero gerentem morbo quopiam acuto corripi, lethale.

(Sect: V, Aph. 30)

II

Mulieri, menstruis deficientibus, sanguis e naribus profluens, bonum.

(Sect: V, Aph. 33)

III

Menstruis abundantibus, morbi eveniunt, subsistentibus, accidunt ab utero morbi.

(Sec : V, Aph. 37)

IV

Cibus, potus, venus, omnia moderata sint.

(Sect : II, Aph. 2)

V

Naturam morborum curationes ostendunt.

(Sect : II, Aph. 18)

VI

Natura corporis est in medicina, principium studii.

(Sect : I, Aph. 6)

Esta these está conforme os Estatuto:.

Rio de Janeiro, 8 de Setembro de 1881.

Dr. J. J. Pisarro

Dr. Nuno de Andrade

Dr. Oscar Bulhões

