



**Universidade Federal da Bahia  
Faculdade de Medicina da Bahia  
Memorial da Medicina Brasileira**



Esta obra pertence ao acervo histórico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, sob a guarda da Bibliotheca Gonçalo Moniz – Memória da Saúde Brasileira, e foi digitalizada pela equipe do Laboratório de Preservação do Memorial da Medicina Brasileira.



**MEMORIAL  
DA MEDICINA  
BRASILEIRA**

Janeiro de 2024

**Memorial da Medicina Brasileira – Faculdade de Medicina da Bahia**  
Largo do Terreiro de Jesus, s/n, Pelourinho - Salvador - Bahia - Brasil

[www.bgm.fameb.ufba.br](http://www.bgm.fameb.ufba.br)  
[bibgm@ufba.br](mailto:bibgm@ufba.br)

EX-LIBRIS

BIBLIOTHECA GONÇALO MONIZ  
MEMÓRIA DA SAÚDE BRASILEIRA • ZINI



**C**hese

5

BREVE DISSERTAÇÃO  
SOBRE  
A Ovariectomia e suas Indicações

THESE

APRESENTADA

A' FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

E PERANTE ELLA SUSTENTADA

POR

Anna Machado Marinho Falcão

Doutora em Medicina pelo — New-York Medical College for Women

FILHA LEGÍTIMA DE ANDREZA LOPES TOURÃO MACHADO E ANTONIO  
LOPES MACHADO

AFIM DE PODER EXERCER SUA PROFISSÃO

NOS

ESTADOS-UNIDOS DO BRAZIL

To be physician begets many cares, responsibilities and duties; he must always be ready in helping those who suffer and have soothing words for them.

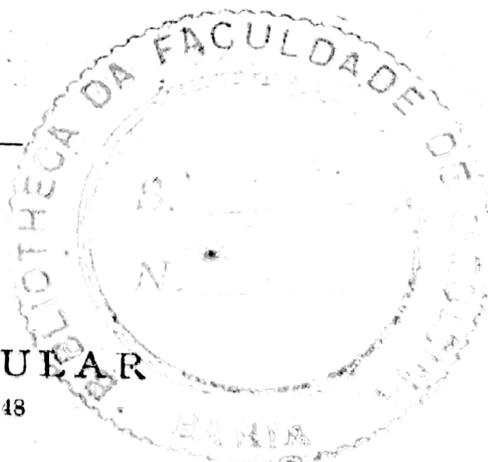
Charity is the best accomplishment of a physician.

BAHIA  
IMPrensa POPULAR

— 48, Rua do Coberito Grande, 48

—  
1890

BIBLIOTÉCA  
FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DA BAHIA





# FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR — O Exm. Sr. Cons. Dr. RAMIRO AFFONSO MONTEIRO  
 VICE-DIRECTOR — O Illm. Sr. Dr. JOSÉ OLYMPIO DE AZEVEDO

## Lentes cathedraes

### OS ILLMS. SRS. DRs.

José Alves de Mello . . . . .  
 José Olympio de Azevedo . . . . .  
 Amancio J. Cardoso d'Andrade . . . . .  
 Cons. Antonio de Cerqueira Pinto . . . . .  
 Antonio Pacifico Pereira . . . . .  
 Alexandre Affonso de Carvalho . . . . .  
 Antonio Pacheco Mendes . . . . .  
 Egas Carlos Muniz Sodré d'Aragão . . . . .  
 Manoel José de Araujo . . . . .  
 Anisio Circundes de Carvalho . . . . .  
 José Pedro de Souza Braga . . . . .  
 José Eduardo Freire de Carvalho Filho . . . . .

### MATERIAS QUE LECCIONAM

Physica medica.  
 Chimica medica e mineralogia.  
 Botanica medica e zoologia.  
 Chimica organica e biologica.  
 Histologia theorica e pratica.  
 Anatomia descriptiva.  
 Anatomia e physiologia pathologicas.  
 Pathologia geral.  
 Physiologia theorica e experimental.  
 Pathologia medica.  
 Pathologia cirurgica.  
 Materia medica e therapeutica, espe-  
 cialmente a brasileira.  
 (Anatomia topographica. Medicina  
 operatoria e experimental.  
 Apparelhos e pequena cirurgia.  
 Obstetricia.  
 Pharmacologia e arte de formular.  
 Hygiene e historia da medicina.  
 Medicina legal e toxicologia.  
 Clinica medica — 1. cadeira.  
 » » — 2. »  
 » cirurgica — 1. »  
 » » — 2. »  
 » obstetrica e gynecologica.  
 » ophthalmologica.  
 » psychiatrica.  
 » de molest. cutaneas e syphiliticas.  
 » medica e cirurgica de crianças.

Cons. José Antonio de Freitas . . . . .

Cons. Barão de Itapoan . . . . .  
 Cons. Rozendo A. Pereira Guimarães . . . . .  
 Manoel Joaquim Saraiva . . . . .  
 Cons. Virgilio Climaco Damazio . . . . .  
 Cons. Ramiro Affonso Monteiro . . . . .  
 Cons. José Luiz de Almeida Couto . . . . .  
 Cons. José A. Paraizo de Moura . . . . .  
 Manoel Victorino Pereira . . . . .  
 Climerio Cardoso de Oliveira . . . . .  
 Francisco dos Santos Pereira . . . . .

Alexandre E. de Castro Cerqueira . . . . .  
 Frederico de Castro Rebello . . . . .

## Adjunctos

### OS ILLMS. SRS. DRs.

Pedro da Luz Carrascosa . . . . .  
 Sebastião Cardoso . . . . .  
 Francisco de Assis Souza . . . . .  
 Fortunato Augusto da Silva Junior . . . . .  
 Guilherme Pereira Rabello . . . . .  
 Manoel Dantas . . . . .

### CADEIRAS

Physica medica.  
 Chimica medica e mineralogia.  
 Botanica medica e zoologia.  
 Chimica organica e biologica.  
 Histologia theorica e pratica.  
 Anatomia descriptiva.  
 Anatomia e physiologia pathologicas.  
 Physiologia theorica e experimental.  
 Materia medica e therapeutica, espe-  
 cialmente a brasileira.  
 (Anatomia topographica. Medicina  
 operatoria e experimental.  
 Apparelhos e pequena cirurgia.  
 Pharmacologia e arte de formular.  
 Hygiene e historia da Medicina.  
 Medicina legal e toxicologia.  
 Clinica medica — 1. cadeira.  
 » » — 1. »  
 » » — 2. »  
 » » — 2. »  
 » cirurgica — 1. »  
 » » — 1. »  
 » » — 2. »  
 » » — 2. »  
 » obstetrica e gynecologica.  
 » ophthalmologica.  
 » psychiatrica.  
 » de molest. cutaneas e syphiliticas  
 » medica e cirurgica de crianças.

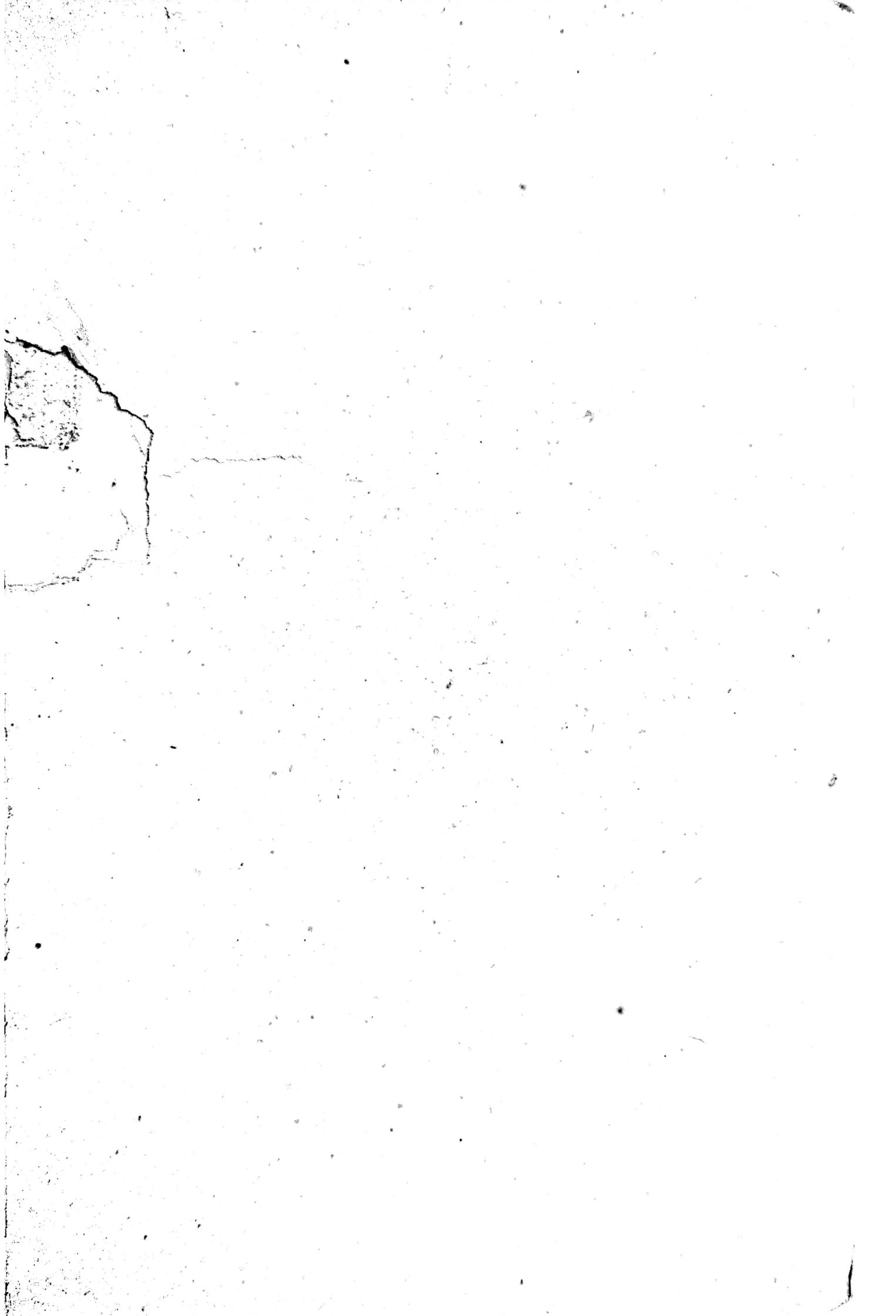
João Agripino da Costa Dorea . . . . .

Luiz Anselmo da Fonseca . . . . .  
 José Rodrigues da Costa Dorea . . . . .  
 Alfredo Thomé de Britto . . . . .  
 João Tillemont Fontes . . . . .  
 Raymundo Nina Rodrigues . . . . .  
 Francisco Bráulio Pereira . . . . .  
 Braz Hermenegildo do Amaral . . . . .  
 Domingos Alves de Mello . . . . .  
 Deocleciano Ramos . . . . .  
 Roberto Moreira da Silva . . . . .  
 Carlos Freitas . . . . .  
 Ignacio M. de Almeida Gouvêa . . . . .

Carlos Ferreira Santos . . . . .  
 Joaquim Matheus dos Santos . . . . .

SECRETARIO — O Exm. Sr. Conselheiro Dr. CINCINNATO PINTO DA SILVA  
 SUB-SECRETARIO — O Illm. Sr. Dr. THOMAZ D'AQUINO GASPAR

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.



# DISSERTAÇÃO



# DA OVARIOTOMIA

## E SUAS INDICAÇÕES

---

### Definição

Ovariectomia, também denominada — oophorectomia —, é a operação que tem por fim a extirpação de um ou de ambos os ovários.

### Traços históricos

Desde os tempos de Aristoteles e Galeno que a extirpação dos ovários era praticada em animais, e mais tarde, entre os reis da Lydia, a castração das mulheres foi praticada para que ellas substituíssem os eunucos em seus harens e conservassem sua belleza.

O Dr. Percival Pott extirpou ambos os ovários de uma mulher, tendo a felicidade de vel-a restabelecida em pouco tempo.

Deixando de parte estes e outros factos que muito interessam á physiologia, tratemos da ovariectomia propriamente dita, isto é, da operação pela qual uma parte do ovario ou o ovario inteiro é removido da cavidade pelviana, devido ao estado pathologico que apresenta. A ideia da extracção dos kystos não é nova, já em 1685, Schorkopff, e em 1722 Schlenker discutiam sobre este assumpto, e Delaporte, em 1758, chegou a propor esta operação á academia real de cirurgia em França, encontrando, porem, uma forte opposição d'aquelles que se deixavam levar pelos insuccessos de Lizars, Chrysmar, Dieffenback e outros.

Chambon de Montaux, em 1784, publicou um tratado sobre molestias de mulheres, e sem hesitar pronunciou-se franca e claramente sobre a extirpação dos ovarios, apresentando as indicações e contra-indicações.

Ninguém antes deste distincto doutor tinha indicado a ovariectomia com tanta precisão, e eram taes as suas convicções, que elle affirmava não só possibilidade de sua pratica como ainda sua efficacia e utilidade. Suas observações entretanto tão justas conservaram-se sem applicação por muitos annos ainda, e ninguém ousou pol-as em pratica.

Emquanto estas discussões contradictorias occupavam a atenção dos cirurgiões europeus, na America o Dr. Ephraim Mac-Dowell ( de Kentucky ) praticava o primeiro e verdadeiro caso de ovariectomia, sendo coroado do mais feliz resultado, vivendo ainda a paciente 25 annos depois da operação. Alem destes contam-se mais 13 casos praticados por elle, dos quaes em 8 sahio victorioso.

E' interessante examinarmos as differentes pretensões que têm apparecido com referencia á prioridade da pratica d'esta operação.

Mr. Wells faz-nos crêr que a ovariectomia teve sua origem na Inglaterra, por ter sido praticada pelo Dr. Honston, em 1701; mas este doutor tratou apenas de um caso de kysto ovariano pela incisão, alcançando lisongeiro resultado; outros auctores, porem, affirmam que esta gloria cabe a Laumonier (França) como o primeiro operador da ovariectomia.

Na America do Norte, em 1821, o Dr. Nathan Smith praticou esta operação com successo, e desde essa epocha, Atlee, Peaslee, Dunlap e Kimball, com grande enthusiasmo estabeleciam a operação nesse paiz.

Na Inglaterra, em 1840, o Dr. Charles Clay chamou a atenção de todos os praticos, sendo habil-

mente auxiliado por Wells, Bryant, Keith, Baker Brown e muitos outros, que com toda a pujança de seu talento e pericia de que dispunham procuravam combater a injustiça d'aquelles que se mostravam contrarios a tão brilhantes provas.

Na Allemanha, esta operação não tendo produzido bons resultados, foi abandonada ou esquecida por algum tempo; hoje, porem, que a sciencia tem feito progressos admiraveis, esse paiz tem apresentado trabalhos dignos de toda a attenção d'aquelles que se dedicam á pratica da ovariectomia.

Em 1844, o Dr. Woyerkowski praticou esta operação com resultados lisongeiros, em França; e mais tarde foi repetida por Nelaton, Demarquay, Maisonneuve e outros cirurgiões, que sendo infelizes provocaram o descredito á continuação da pratica de tal operação.

Na Italia, até 1832, esta operação era repellida por todos os cirurgiões, encontrando apenas o apoio do Dr. Zacchi, e só em 1865, depois de traduzida a obra de Baker Brown, publicada em Londres em 1862, muitos cirurgiões italianos emprehenderam novas tentativas.

Na Hespanha, Grecia, Turquia, e outros paizes

esta operação foi abandonada pelos insucessos que quasi sempre provocava.

Até 1870 na Belgica poucas tentativas foram feitas e estas sempre com exitos desastrosos.

Boinet, Roubaix, Borlée e outros, porem, não desanimaram e mais tarde alcançaram lisongeiros resultados.

Depois de um apurado estudo e rigorosa analyse do Dr. Jules Worms, em 1861, acerca de todas as operações praticadas na Inglaterra, Allemanha e Estados Unidos, e mais especialmente depois dos trabalhos de Kæberlé, em 1862, os cirurgiões francezes dedicaram-se sem escrupulos á pratica desta operação, ficando extinctas as prevenções contra a ovariectomia, que é uma das glorias da cirurgia moderna.

Nos Estados Unidos do Brazil, ao contrario do que se deu em França, depois de alguns casos fataes nas academias de medicina do Rio de Janeiro e Bahia, esta operação foi lisongeiramente acolhida e praticada com felizes resultados por distinctos e intelligentes cirurgiões, graças aos seus talentos, estudos e amor ao progresso scientifico.

O historico que acabamos de fazer mostra que a ovariectomia teve seu berço na America, e que tem sido

praticada até hoje, por uns com entusiasmo, por outros ainda com certo escrupulo ou receio. Nutrimentos a esperança de que mais tarde, com os progressos que a cirurgia vai apresentando, esta operação não só occupará o primeiro lugar, como terá a adhesão unanime de todos os cirurgiões.

### Anatomia dos ovarios

Os ovarios estão collocados na bacia aos lados do utero na aza posterior do ligamento largo. Por longo tempo tiveram elles o nome de—*testes-muliebres*—pela analogia que existe entre estes orgãos e os testiculos.

Os ovarios são a séde do phenomeno inicial — a ovulação — donde dimanam todos os outros actos da função reproductora; sua forma é a de um ovoide um pouco achatado apresentando duas faces, uma antero-superior e outra postero-inferior. A face superior corresponde á aza media e ás circumvoluções intestinaes; a face inferior corresponde á face posterior dos ligamentos largos e aos ligamentos utero-sacros. Dois bordos, um superior livre, outro inferior adherente, correspondem ao hylo do ovario.

Apresentam ainda duas extremidades, uma interna, onde se fixa o ligamento utero-ovariano, outra externa onde se prende o ligamento tubo-ovariano.

Seu volume é variavel sob a influencia da idade, da menstruação e da gravidez. A superficie, a principio lisa, torna-se aspera e apresenta cicatrizes depois da puberdade, e a cor pallida ou rósea nas creanças torna-se vermelha na epocha menstrual e amarella escura na menopausa.

O ovario compõe-se de duas partes: uma superficial de côr branca, séde exclusiva da formação das vesiculas de Graaff e dos ovulos; outra central de cor vermelha, esponjosa, erectil, formando o bulbo do ovario, dotada de uma rica vascularisação e de fibras musculares. As arterias são fornecidas pela artéria utero-ovariana; suas veias são numerosas, umas se dirigem para a veia renal esquerda, outras para a veia cava direita. Os vasos lymphaticos, numerosos, acompanham a arteria utero-ovariana e lançam-se nos ganglios lombares. Os nervos partem do plexo-solar, renal e lombo-aortico, formando o plexo ovariano.

## Tumores dos ovarios

Entre os diferentes tumores que podem ter por séde os ovarios, os kystos são indubitavelmente os mais frequentes.

### Divisão

Os tumores kysticos do ovario têm sido classificados de diversos modos por muitos anatomistas.

Segundo as relações que apresentam com os órgãos visinhos, são considerados moveis ou adherentes; segundo a séde que occupam, são denominados kystos ovaricos propriamente dito, kystos extra-ovaricos ou dos ligamentos largos.

São considerados benignos ou malignos, conforme a marcha que apresentam, sua proliferação e evolução clinica; e ainda em observancia ao seu conteudo podem ser kystos serózos, albuminosos, colloides, purulentos, etc., etc.

Quanto a forma geral e as paredes que apresentam, são arredondados, ou lobulados, uniloculares, e multiloculares.

Repousando porem sobre uma base fécula em applicações praticas e acompanhando as classificações mais admittidas e racionaes, dividimos os kystos

do ovario em — uniloculares, multiloculares e mixtos.

**TUMORES UNILOCULARES**—Os tumores kysticos do ovario são considerados uniloculares, quando apresentam uma só bolsa ou loja a qual é formada por tres membranas: o peritoneo que constitue o envolucro externo; uma tunica fibrosa, algumas vezes delgada e transparente, outras espêssa; e finalmente uma outra tunica interna, serôsa ou sero-mucosa, apresentando cellulas epitheliaes.

Em certos kystos antigos o envolucro é incrustado de materia cartilaginôsa e ás vezes calcarea.

O seu volume é geralmente pouco consideravel, salvo casos excepcionaes, como um mencionado pelo Dr. Kiwisch, em que o conteúdo do tumor pezava mais de quarenta libras.

Nestes tumores, sua bolsa pode conter septos incompletos e as vezes resistentes, e em sua face interna apresentar vegetações de forma e volume variaveis.

O liquido contido é quasi sempre como o sôro do sangue, ligeiramente alcalino, contendo pequenos traços de albumina.

**TUMORES MULTILOCULARES** — Estes são mais frequentes que os precedentes e apresentam duas ou mais lojas, sendo geralmente uma maior que as outras. Suas bolsas não se communicam, salvo nos casos em que os séptos distendidos pela pressão do liquido rompem-se, produzindo a fusão de duas ou mais destas bolsas em uma só.

Os tumores multiloculares apresentam adherencias de consistencia e extensão variaveis que ordinariamente se desenvolvem sobre órgãos que não se deixam deslocar. Estas adherencias quasi sempre são o resultado da peritonite, e muitas vezes attingem a um ponto tal, que occupam uma posição fixa na cavidade abdominal, affectando de preferencia o epiploon, grosso intestino, trompa, e ligamento redondo.

O volume destes kystos varia segundo a idade, e o liquido nelles contido é pouco denso e pouco albuminoso.

**KYSTOS MIXTOS** — A formação destes provêm da hypertrophia ou degeneração dos tecidos do ovario, podendo ainda pela hypertrophia do tecido fibroso formar-se no ovario um ou muitos fibroides analogos aos fibromas uterinos.

Estes tumores são quasi sempre de natureza

maligna. Seu conteúdo não só apresenta tecidos degenerados ou hypertrophiados, como ainda uma infiltração de serosidade ou de outros succos pathologicos.

### Causas

Muito pouco ha de positivo sobre o desenvolvimento destes kystos, e pondo de parte algumas estatisticas interessantes e curiosas que nos offerecem uma serie de observações, notamos a divergencia de opiniões que ainda hoje reina entre os mais distinctos anatomo-pathologistas.

Muitos affirmam que a formação destes kystos é influenciada pela hereditariedade, e escudam suas theorias apresentando importantes observações ; alguns attribuem á parturição, suppressão menstrual, dysmenorrhéa simples, o frio, a humidade e diversos traumatismos etc.

Lebert explica a formação dos kystos mixtos, pela lei da heterotopia plastica.

Segundo a opinião do Dr. Tilt, o temperamento lymphatico deve ser considerado como uma causa predisponente destes kystos.

Para Chereau, somente a ovarite é a causa determinante dos tumores ovarianos.

Outras tantas opiniões poderíamos ainda declinar; mas como nenhum esclarecimento pode trazer sobre este ponto de nossa dissertação, deixamos á margem, para apresentarmos a mais racional e acceita pelos mais distinctos anatomo-pathologistas, como sejam Paget, Kiwisch, Cruveilhier, Hirtz, Velpeau, Wilson Fox e outros.

A formação destes kystos é devida a uma alteração cujo ponto de partida está na inflammação da mucosa das vesiculas de Graaf ou nos intersticios do estroma.

Qualquer que seja o modo de formação e o desenvolvimento destes kystos, elles se produzem, como todas as molestias uterinas, sobretudo na idade da actividade das funcções sexuaes, podendo todavia ser encontrados na infancia, bem como observou o Dr. Courty em uma menina de 11 annos, não menstruada.

Os kystos têm sido observados tanto nas solteiras como nas viúvas e casadas, e mesmo em senhoras de idade avançada quando as funcções sexuaes já têm desaparecido.

### Symptomatologia

Os symptomas que apresentam os kystos do ovario variam segundo o periodo de seu desenvolvimento e sua natureza. Muitas vezes ainda no começo, algumas doentes experimentam dores surdas e vagas, embaraços, uma especie de abalo em uma das regiões iliacas, nos rins ou no dorso; symptomas semelhantes aos que são apresentados por muitas molestias uterinas em seu primeiro periodo; outras doentes porem nada experimentam. E' frequente a sensação de peso na bacia e irritação para o lado da bexiga, se o tumor occupa o espaço rétro-uterino.

O ventre vae augmentando de volume de acordo com o desenvolvimento do kysto; a menstruação algumas vezes soffre alterações, outras continúa como no estado normal. Os seios podem apresentar tambem modificações, e tem-se observado em alguns casos a secreção de um liquido lactiforme; symptomas estes que se podem confundir com os de uma gravidez. A' medida que o kysto vae se desenvolvendo novas perturbações se manifestam, e é assim que observamos irregularidades no curso da urina ou para o lado dos intestinos constipação alternando com diarrhéa, vomitos, fastio, etc., etc.

Estas perturbações podem desaparecer ou diminuir, desde que o kysto, segundo a sua natureza, passando a ocupar a cavidade abdominal deixa de exercer pressão sobre certos órgãos.

Quando estes kystos, finalmente, attingem ao seu maior desenvolvimento, o estado da doente se agrava progressivamente, apparecendo então os symptomas respiratorios, devidos á elevação do diaphragma e á pressão exercida sobre outros órgãos visinhos.

E' neste periodo que o edema dos membros inferiores se pronuncia, o hecticismo e outras graves perturbações, attingindo depois a um estado que S. Wells denomina de — facies ovariana — pelo aspecto geral que as doentes apresentam.

#### Diagnosticico

Os symptomas que acabamos de enunciar sobre os tumores ovarianos não são bastantes para que se possa formar um diagnosticico preciso. Compreende-se bem que estes symptomas sendo tão variaveis de acordo com o seu desenvolvimento, sua formação, a região que elles occupam, etc., tornam difficil ou quasi impossivel um diagnosticico evidente. Attendendo-se porém aos signaes phisicos que estes kystos

apresentam, e empregando-se os meios de investigação que possuímos, podemos determinar sua séde, natureza e volume. Estes meios de exploração são os seguintes: — a inspecção — apalpação — percussão — toque vaginal e rectal — sonda uterina — auscultação e punção.

INSPECÇÃO — Observamos por este meio se o abdomen apresenta ou não alguma distensão ou desenvolvimento, o qual pode attingir ou exceder ao volume que apresentaria um abdomen no caso de gravidez em seu ultimo período, ou de ascite consideravel. Sua forma pode ser regular ou apresentar proeminencia para um dos lados do abdomen, symptoma este que nos indicará o ovario affectado e a séde do tumor. Sempre que tivermos de proceder ao exame de um kysto ovariano, convem que os musculos abdominaes fiquem em completo relaxamento.

APALPAÇÃO — É principalmente por este meio que podemos julgar do volume do tumor e seus limites. Umas vezes este se apresenta inerte, outras movel, podendo ser deslocado sob a influencia combinada da apalpação e mudança de posição da doente, salvo nos casos em que o tumor se acha desenvolvido de um modo tal, que as paredes abdominaes distendidas

apresentam uma consistencia impossivel de consentir o exame por este meio.

Com o auxilio das mãos reconhecemos sua maior ou menor resistencia e ainda a sensação de fluctuação, que é indicada pelo abaixamento e elevação lenta e gradual comprimindo-se alternativamente pontos oppostos do mesmo kysto.

**PERCUSSÃO** — A percussão nos proporeciona signaes de maxima importancia para o diagnostico. Se applicarmos uma das mãos sobre um lado do ventre e fizermos sobre o ponto opposto ligeiros toques com os dedos da outra mão, podemos notar uma sensação de choque, resultante do deslocamento brusco de uma onda liquida, e neste caso diagnosticamos a existencia de um kysto unilocular, cujas paredes delgadas e simples contendo um liquido mais ou menos fluido, não impedem a transmissão da ondulação.

Se porem esta ondulação é demorada e as vezes mesmo não chega a atravessar a massa do kysto, podemos attribuir, ou á presença de um liquido gelatinoso e denso, ou á intervenção de qualquer outro corpo, o que pode dar-se nos kystos multiloculares pelo numero de bolsas que o caracterizam, os séptos que as dividem e a natureza de seu conteúdo.

Ainda pela percussão notamos um som massiço em toda a extensão do tumor.

Em certos casos excepcionaes pode apresentar-se, porem, um som tympanico ou hydroaérico ao nivel do kysto, devido ao desenvolvimento de gazes em sua cavidade; symptoma quasi sempre observado nos kystos inflammados e já contendo pús interiormente.

TOQUE VAGINAL E RECTAL — Pelo toque vaginal e rectal podemos observar os desvios e deslocamentos do utero e portanto as adherencias deste orgão com o kysto, se houver. Com o auxilio da sonda uterina teremos conhecimento de sua mobilidade e sensibilidade e, conforme elle se apresente inclinado para a direita ou esquerda, nos indicará se o tumor kystico tem affectado o ovario direito ou esquerdo.

M. Boinet, insistindo sobre este ponto, affirma que o collo do utero é sempre inclinado para o lado opposto do tumor, porem maior numero de observações feitas por distinctos ovariometistas tem provado o contrario, salvo em casos de complicações.

AUSCULTAÇÃO — Por meio da auscultação encontramos signaes que, embora inconstantes, não deixam de ter sua importancia, e principalmente para um

diagnostico differencial. Estes signaes são caracteri--sados por um ruído ou sôpro que, segundo o Dr. Scanzoni, sempre acompanha os tumores solidos, ricos de uma vascularisação bem desenvolvida.

PUNCCÃO — Este meio\* de exploração nos faz conhecer a natureza do liquido contido nos kystos e destróe qualquer duvida que possamos ter sobre a sua existencia.

Tem sido empregado como meio palliativo afim de diminuir as perturbações causadas pelo volume do tumor quando uma operação radical é impossivel, ou como auxiliar ao diagnostico.

Nos kystos uniloculares e sem adherencias, cujo liquido contido é quasi sempre claro, hydatico, limpido, etc., este tratamento cirurgico tem produzido felizes resultados.

#### **Diagnostico differencial**

E' este um dos pontos mais difficeis e que exige a mais profunda attenção do cirurgião, porquanto outras muitas affecções podem ser confundidas com os kystos do ovario e provocar serios e compromettedores embaraços. Ligeiramente mencionamos os mais frequentes com os seus caracteres diffe-

renciaes. Consideramos como taes : os *kystos dos ligamentos largos*, os *tumores fibrosos do utero*, *tumores dos rins*, *ascite*, *abcessos das paredes abdominaes inkystados*, *prehez*, *physometria* etc.

KYSTOS DOS LIGAMENTOS LARGOS — As relações indirectas que esses kystos affectam com o peritoneo e com o ovario e a semelhança que apresentam com os kystos ovarianos são de tal ordem, que podem contribuir para um grave erro de diagnostico, se não attendermos a certos caracteres que lhes são proprios. Citaremos alguns : sua marcha progressiva, suas dimensões, a fluctuação facil de ser observada, o liquido do seu conteúdo que é sempre seroso, muito fluido, quasinunca contendo paralbumina nem corpos granuloses, e sua independencia com o utero que é muito mais pronunciada do que nos kystos ovarianos. Ainda mais, os kystos dos ligamentos largos são sempre moveis, sem adherencias e cedem com facilidade ás puncções e injecções.

TUMORES FIBROSOS DO UTERO — Diagnosticar um tumor fibroso do utero sem que este tenha tomado um certo desenvolvimento, é sempre muito difficil e por demais arriscado.

Estes tumores são susceptiveis de serem confun-

didos com os kystos uniloculares de conteúdo espesso, quando apresentam uma forma perfeitamente arredondada e são moveis; com os kystos multiloculares, quando affectam uma forma desigual e são asperos.

Apezar destes e de outros symptomas que os confundem com os kystos do ovario, o diagnostico differencial pode ser estabelecido. Nos tumores fibrosos do utero os symptomas predominam mais sobre este orgão; a doente experimenta dores vivas, verdadeiras colicas uterinas acompanhadas de metrorrhagias, e em casos duvidosos o catheterismo uterino esclarece o diagnostico.

Alem destes caracteres que não deixam de ser bons auxiliares, notamos ainda que estes tumores são ordinariamente indolentes, raramente solitarios e quasi sempre collocados sobre a linha media, affectam de preferencia o epigastro embaraçando sobretudo a micção e defecação.

Podem ainda provocar a ascite pela compressão directa que exercem sobre os vasos da bacia.

Outros caracteres especiaes existem que os distinguem dos tumores do ovario, não insistimos porem por julgarmos desnecessario. A compressão, a palpção, percussão e toque vaginal e rectal muito nos auxiliam no diagnostico differencial destes tumores.

TUMORES DOS RINS — Distinctos cirurgiões se teem illudido tomando-os por um kysto do ovario.

Notamos porem que estes tumores teem caracteres proprios que com attenção podemos observar. Nos tumores renaes os intestinos estão sempre collocados para diante, dando-se o contrario com os outros pondo de parte rarissimas excepções.

Emquanto nos kystos ovarianos manifestam-se perturbações de menstruação, dores durante o periodo catamenial, alterações na mobilidade do utero e outros symptomas já por nós enunciados em outra parte de nossa dissertação; nos tumores renaes as alterações consistem em hematuria, albuminuria, colicas nephriticas, modificações sensiveis nas urinas etc. A punção como um meio de exploração, e a analyse chimica do liquido extrahido da urina, nos poderá excluir toda duvida.

ABCESSOS DAS PAREDES ABDOMINAES ENKYSTADOS — Estas affecções podem ser tomadas por um kysto ovarico, pela forma e volume que apresentam; mas se prestarmos attenção, facilmente observaremos que a fluctuação é mais limitada e sempre encontrada sobre o mesmo ponto, sendo o ventre sempre mais achatado que nos casos de kystos, e mais sensivel á

pressão. A dor tem um caracter particular e cessa logo depois da apalpação, tornando-se intensa por certos movimentos ou mudança de posição. O desenvolvimento d'essas affecções é no maior numero de casos muito demorado.

PRENHEZ — Merecendo muita importancia e a maior attenção o diagnostico differencial com a gravidez, pelos frequentes erros em que tem cahido distinctos cirurgiões, é forçoso confessarmos que taes erros dependem muitas vezes, mais da insufficiencia do exame do que da difficuldade do caso. E' indubitavelmente difficil fazer-se este diagnostico com precisão antes do quarto mez da gestação, somente com o auxilio dos signaes racionaes e as modificações que apresentam o collo do utero; porem, passado este termo, o que convem esperar, pode-se excluir todas as duvidas. Os movimentos do feto, a percepção ao apalpar suas partes, os batimentos do coração fetal que se observam por meio da auscultação, o exame do collo uterino, sua flexibilidade e dilatação, denunciam a gravidez; e no caso contrario, temos um kysto ou outra affecção que procuraremos investigar.

Os caracteres proprios dos tumores ovarianos

merecem uma grande importancia, mas por si só, não bastam para excluir a existencia da gravidez, desde que é possível uma hydropesia do amnio. Pelas perturbações menstruaes nenhum diagnostico podemos fazer; porquanto taes perturbações são tão variaveis em um como em outro caso. E' prudente portanto, como já acima dissemos, esperarmos um pouco, sempre que tivermos de formular o nosso diagnostico differencial em taes casos.

ASCITE — Não obstante a completa analogia que apresentam os symptomas da ascite e dos kystos do ovario, estas duas affecções offerecem caracteres tão distinctos que não admittem enganar. Observando primeiramente o ventre, distinguimos para a ascite uma distensão uniforme e mais achatada, e a paciente tomando a posição decubitus dorsal, o liquido contido na cavidade tende a gravitar para os lados, symetricamente; enquanto que nos kystos o abdomen é sempre arredondado e proeminente, apresentando mais desenvolvimento para um dos lados. A ondulação do liquido na ascite é mais franca e accentuada, symptoma que só um kysto unilocular volumoso e de paredes delgadas pode apresentar.

A percussão feita na mesma posição acima mencio-

nada, produz para a ascite um som tympanico na região umbilical ou sub-umbilical, e massiço em um caso de kysto.

Alem destes caracteres distinctos, lembramos ainda que as perturbações funcçionaes e certas affecções primitivas podem ainda nos esclarecer muito o diagnostico differencial.

PHYSOMETRIA — A physometria ou tympanite uterina, tendo quasi sempre como causa a formação de gazes resultantes da decómposição de fragmentos do fêto, da placenta, ou ainda de um polypo ou coagulo menstrual, apresenta symptomas que podem simular um kysto ovarico.

Para destruímos qualquer duvida temos signaes proprios desta affecção, que não se encontram nos kystos ovarianos. E' mais commum nas mulheres hystericas, importando muito syndicarnios do temperamento da doente e de sua constituição. O som que por meio da percussão, nos kystos é absolutamente massiço, como já tivemos occasião de dizer, nesta affecção é sonoro.

Finalmente, pelo toque vaginal combinado com a apalpação sobre o hypogastrio, observamos no caso da physometria uma notavel instabilidade do utero,

signal de maxima importancia para o diagnostico. Ainda muitas affecções podem ser confundidas com os kystos dos ovarios; deixamos porem de mencionar por serem menos frequentes.

### Indicações da ovariectomia

Chegamos finalmente ao ponto mais importante da nossa modesta dissertação, e para nós o mais difficil ; porque alem de nossa pouca experiencia e conhecimentos temos que lutar com a divergencia de opiniões dos mais distinctos cirurgiões quando tratam desta parte. Procuraremos entretanto, com os nossos esforços e pesquisas, expor francamente o que julgamos mais racional, e conveniente.

A ovariectomia deve ou não ser praticada, sendo diagnosticado um tumor e sua natureza ?

A esta pergunta respondem alguns que só *in extremis* tem cabimento tal operação, sustentando outros o contrario. Muitos cirurgiões outr'ora, considerando fataes as aberturas do peritoneo combatiam energicamente a ovariectomia ; hoje porem graças aos meios antisepticos de que dispomos, os factos e observações têm demonstrado, que o bom ou máo resultado desta operação não está dependente da

incisão que se pratica no peritoneo nem da sua maior ou menor extensão, e sim de uma inflamação anterior a esta incisão; das adherencias que o tumor apresenta com outros órgãos, de um erro de diagnostico, e outras graves complicações.

Pondo porem de parte estas e outras opiniões contradictorias, julgamos, segundo o nosso fraco entender, que deve-se lançar mão desta operação todas as vezes que apparecerem perturbações que compromettam o estado geral da doente, e o diagnostico feito não offereça a menor duvida; salvo se a paciente apresentar uma fraqueza extrema de constituição, ou affecções que a impossibilitem de suportar o choque da operação.

E' indispensavel antes de tudo o cirurgião reconhecer a natureza do tumor e suas complicações, dispondo para isso dos meios que já indicamos na parte competente.

Se o kysto é unilocular contendo um liquido seroso claro como a agua, ou ainda se for sanguinolento ou purulento, o tratamento pela punção acompanhada de uma injeção iodada tem cabimento e offerece bons resultados; alem de que é menos doloroso que uma operação.

A suppuração aguda de um kysto ovarico não contraindica a ovariectomia.

Um tumor multilocular ou complicado, qualquer que seja a natureza do seu liquido, reclama imperiosamente a pratica da ovariectomia ; e as perturbações funcionaes que estes kystos provocam são mais rapidas e graves que as dos kystos uniloculares.

Para alguns a ascite contraindica esta operação ; S. Wells e outros cirurgiões, porem, já têm praticado esta operação acompañada de ascite e com successo. Se a ascite é o resultado da compressão produzida pelo kysto não deve ser considerada como uma contra-indicação, mas se é devida a uma outra molestia, ou é a consequencia de um estado phlegmasico do peritoneo, se é acompañada de lesão cardíaca e de outras affecções chronicas, deve ser evitada.

A idade, segundo a opinião de alguns cirurgiões, exerce uma influencia notavel para o bom successo desta operação, e as observações apresentadas por distinctos ovariectomistas comprovam esta asserção.

Um cirurgião americano fez a extirpação dos ovarios com successo em uma mulher de 75 annos, e Koeberle nos affirma ter casos semelhantes ; consideramos porem taes observações verdadeiras excepções,

e preferiremos sempre pacientes com muito menos idade.

Deve-se ainda recorrer a esta operação sempre que os diversos estados morbidos dos ovarios não cedam aos medicamentos empregados, e as puncções que se pratiquem não tenham resultados satisfactorios.

### Contra-indicações

Não nos sendo possível estabelecer uma regra geral das indicações e contra-indicações desta operação, pelas dificuldades que apresentam a séde do tumor, seu desenvolvimento, sua natureza, suas adherencias e relações com outros órgãos, o estado moral e physico da paciente e outras complicações, nos contentaremos em declinar ligeiramente os casos em que esta operação não deve ser praticada.

Em uma doente de fraca constituição physica ou moral, a ovariectomia só poderá provocar resultados funestos.

Uma diathese qualquer, cancerosa, tuberculosa contra-indica esta operação.

A timidez, a falta de confiança no operador e a impressão desagradavel, do mesmo modo são embaraços perigosos e quasi sempre funestos.

Na epocha catamenial esta operação é contra-indicada porque a congestão dos órgãos pelvianos pode produzir graves hemorragias.

A prenhez, embora não tenha obstado a execução da ovariectomia, segundo refere S. Wells, deve todavia ser considerada como uma seria contra-indicação, salvo em casos excepcionaes.

Este distincto ovariectomista affirma que não se deve praticar esta operação todas as vezes que a doente expellir pouca urina e esta contiver grande quantidade de uratos ; devendo em taes casos o cirurgião lançar mão de medicamentos apropriados ao caso, até melhorar este estado.

Certas molestias graves taes como a pthysica, mal de Bryght, cancro, etc., renunciam esta operação, e bem assim as adherencias solidas, resistentes, vasculares e difficies de serem destruidas.

Entre os tratamentos cirurgicos, os que podem ser considerados como contra-indicação á ovariectomia são : a incisão ou a excisão parcial do kysto e a cauterisação, visto como provocam uma inflammação e um trabalho suppurativo que necessariamente deve dar logar a numerosas adherencias.

## Disposições prévias

Antes de praticar-se a ovariectomia, ainda muitas precauções importantes e indispensáveis devem ser consideradas com a máxima atenção. O cirurgião deve de preferencia escolher um quarto ou sala convenientemente arejado; sua temperatura no dia da operação deve manter-se em 20. a 22 graus centígrados, para que os intestinos e todos os órgãos do abdomen da operada não experimentem o menor resfriamento.

Esta sala ou quarto não deve ter sido anteriormente occupada por outra doente accommettida de molestia contagiosa, convindo muito independente desta circumstancia desinfec-tal-a algumas horas antes da operação. O cirurgião deve preparar o espirito de sua doente, animando-a o mais que for possível para a grave operação a que vae submettel-a; se esta for de constituição debil, anemica, e o seu estado de saude, devido aos progressos da molestia, se achar compromettido, o cirurgião deve retardar a operação e procurar reconstituir seu estado geral empregando todos os meios possíveis.

Só no setimo ou oitavo dia depois do desapareci-

mento do fluxo menstrual deve ser praticada a ovariectomia, a fim de evitar-se a congestão que pode aparecer sobre o ovario sadio ou sobre o utero.

O Dr. Baker Brown recommenda frequentes banhos quentes antes da operação e sobretudo no dia, a fim de facilitar a transpiração. Na véspera a doente deve tomar um laxativo, e cinco ou seis horas antes de ser praticada a operação, Koeberlé aconselha o emprego do sub-nitrato de bismutho na dose de uma a duas grammas, com o fim de decompor os gazes hydrosulfuricos que se achem nos intestinos. A bexiga deve ser completamente vasia por meio do catheterismo, convindo que as doentes nenhum alimento tomem, pelo menos quatro horas antes de serem operadas.

A anesthesia deve ser completa, e geralmente é empregado o chloroformio; S. Wells, porem, tem lançado mão do bi-chlorureto de methyleno, por achar que este anestesico provoca menos vomitos.

A posição que deve tomar a doente no momento da operação varia segundo a vontade do operador; alguns preferem o decubitus dorsal, outros o lateral, e o leito deve estar collocado de modo que facilite a manobra operatoria.

Segundo as indicações de Pean, em Paris, fazem uso de um leito que offerece vantagens incontestas-

veis. A doente deve ser protegida contra o frio por meio de roupas de flanela, ficando somente em liberdade a parte do abdomen em que tem de se praticar a incisão.

Depois de todas as precauções que acabamos de enumerar, o cirurgião, revestido de um sangue frio a toda prova, uma resolução inabalavel, mão firme e preparado para toda surpresa que lhe possa apparecer, acercado de todos os instrumentos e accessorios indispensaveis, anteriormente limpos e desinfectados, dá começo a operação que dividimos em cinco tempos principaes :

- 1.º Incisão da parede abdominal.
- 2.º Ruptura das adherencias e punção.
- 3.º Ablação do kysto, ligadura e seccção do pediculo.
- 4.º Aceio da cavidade abdominal.
- 5.º Reunião dos bordos da ferida.

#### **Primeiro tempo**

**INCISÃO DA PAREDE ABDOMINAL** — Para fazer a incisão, que deve ser sobre a linha alva, o operador collocar-se-ha ao lado direito ou entre as pernas da doente, tendo o cuidado de cortar camada por camada

até o peritoneo, o qual só deve ser seccionado sobre a tenta canula, depois de ter completamente desaparecido a hemorragia por meio das pinças hemostaticas.

Diversas são as opiniões dos ovariomistas acerca do comprimento desta incisão. Alguns a preferem longa, e allegam que a pequena difficulta não só a extirpação do tumor, como também o aceio da cavidade abdominal, outros porem condemnam a longa por provocar frequentemente a peritonite e outras serias complicações. Segundo o nosso fraco entender, a incisão deve ser feita sempre na linha alva de acôrdo com o volume do tumor, prolongando-a se for necessario antes para cima do que para baixo e contornadno sempre o umbigo á esquerda.

As vantagens que apresenta a incisão praticada na linha alva são incontestaveis. Alem da perda de sangue ser menor, a ferida é suturada com mais facilidade, a cavidade abdominal e as visceras que nella se acham são mais facilmente observadas, e bem assim as lesões que possam existir depois da extracção do kysto. Só se deve praticar uma incisão fóra da linha media alguns millimetros, nos casos de um segundo tumor em uma mesma doente.

**Segundo tempo**

**RUPTURA DAS ADHERENCIAS E PUNCCÃO** — Terminado o primeiro tempo, sendo o kysto unilocular, facilmente o operador o descobre entre os labios da ferida. Introduzindo cuidadosamente na cavidade abdominal, a mão banhada em uma solução phenicada, procurará reconhecer se existem ou não adherencias com a parede abdominal. No caso affirmativo destróe aquellas que pouca resistencia offerecerem, deixando de parte as mais fortes e largas para serem seccionadas depois de reduzido o volume do tumor.

Se porem o kysto apresentar adherencias resistentes e impossiveis de serem destruidas sem lacerar o peritoneo, é conveniente o cirurgião não continuar a operação e fechar o ventre por meio de suturas; salvo se quizer tratar o kysto pelo methódo de incisão directa e de suppuração, seguindo o processo de Houston e de Ledran.

Se é o epiploon que se apresenta deante do kysto no momento da abertura do peritoneo, o operador deve cuidadosamente afastal-o com os dedos um pouco para cima, e desembaraçar o kysto até descobri-lo. No caso em que as adherencias não são nem

muito fortes nem muito intimas, com o maior cuidado e paciencia o operador deve procurar destruil-as successivamente e descobrir os pontos de contacto mais intimos para poder previnir-se contra as hemorragias que possam apparecer.

As adherencias intestinaes devem ser destruidas depois da evacuação do kysto, pois é quando podem ser observadas mais facilmente. Depois destas explorações dependentes do cuidado, paciencia e muita pratica operatoria, o cirurgião com as devidas precauções puncciona o tumor servindo-se de um trocater, de preferencia o de S. Wells, que proporciona maiores vantagens. Esta punção deve ser repetida tantas vezes quantas forem necessarias desde que tem por fim diminuir o volume do kysto desembaraçando-o do seu conteudo, e proporcionar facil passagem pela abertura abdominal.

Na occasião de punccionar o kysto os ajudantes deverão fazer uma pressão branda e uniforme sobre o abdomen afim de manter as visceras em sua posição normal; e para que o liquido kystico não caia na cavidade abdominal os bordos da abertura devem ser fortemente unidos á canula do instrumento. Terminando observamos ainda que de modo algum convem destruir certas adherencias com o bisturi ou

com thesouras desde que possam ser separadas com os dedos, salvo quando qualquer destes instrumentos for manobrado entre duas ligaduras, ou depois da applicação de pinças hemostaticas.

Os intestinos, o mesenterio, o epiploon, a bexiga, o estomago, cavidade pelviana, etc., podem ser interessados por qualquer delles como já tem acontecido a muitos ovariotomistas, desde que falte attenção, conhecimentos anatomicos e pratica

### Terceiro tempo

**ABLAÇÃO DO KYSTO, LIGADURA E SECÇÃO DO PEDICULO** — Depois de vencidas todas as difficuldades e destruidas as adherencias mais intimas, resta somente ao cirurgião praticar a ablação do kysto.

Para isto, o seu ajudante cuidadosamente conserva-o preso por meio de pinças fóra da cavidade abdominal, até que seja feita a ligadura do pediculo e sua secção. Quando o pediculo não é longo a ablação do kysto torna-se mais difficil.

O pediculo pode ser preso no angulo inferior do abdomen ou abandonado no ventre.

Convem observarmos que durante o tempo desta manobra os labios ou bordos da incisão abdominal

devem ser completamente unidos, para evitar a entrada de líquidos na mesma cavidade. Ainda hoje reina grande divergencia de opiniões sobre o tratamento do pediculo. Outr'ora era mais empregado o tratamento extra-peritoneal, que consiste em manter o pediculo no angulo inferior da incisão abdominal por meio de agulhas fortes e longas, comprimindo-o depois com fios de ferro com o auxilio do aperta-nó. Mais tarde, foi posto em uzo o *clamp*, instrumento que apresenta dois ramos entre os quaes era constringido o pediculo. Este instrumento inventado por Hutchinson, tem passado por diversas modificações; porem as mais uteis e favoraveis são as de S. Wells e Kæberlé. Ainda outros meios têm sido empregados para a ligadura do pediculo; o de compressão, que tem offerecido felizes resultados segundo a opinião de Simpson, ligaduras isoladas em todos os vasos do pediculo antes de sua secção ou depois da applicação do *clamp* etc.

Todos estes processos estão dependentes do comprimento do pediculo, sua largura, sensibilidade, etc., e d'ahi a difficuldade de suas applicações e a divergencia de opiniões.

O pediculo sendo longo, pouco vascular, delgado ou espesso, nenhuma difficuldade apresenta ao

emprego do *clamp* ; no caso contrario torna-se quasi impossivel e até mesmo arriscado por provocar hemorragias. Não insistindo por mais tempo sobre este ponto, achamos que é mais racional e mais util o tratamento por meio de ligaduras simples, lançando-se mão do aperta-nó de Cintrat quando estas tiverem de ser feitas muito profundamente.

Deixando o methodo extra-peritoneal por comprometter quasi sempre a vida da paciente, preferimos o processo do abandono do pediculo no abdomen por meio de ligaduras feitas com fortes fios de catgut.

#### Quarto tempo

ACEIO DA CAVIDADE ABDOMINAL — Depois da ablação do kysto e da ligadura do pediculo o cirurgião procede immediatamente o aceio da cavidade abdominal por meio de esponjas finas banhadas em agua quente ligeiramente phenicada. Esta cavidade deve ficar completamente desembaraçada de todo liquido ou coagulo de sangue que na occasião da operação tenha escapado dos vasos seccionados ou do kysto ; porque a decomposição do sangue ou de outros liquidos no abdomen depois desta operação pode

provocar complicações, e sobretudo a peritonite, infecção purulenta etc.

Convem examinar se ha ou não hemorragia de algum dos vasos seccionados ou das partes em que foram destruidas as adherencias, antes e depois deste aceio. No caso affirmativo é indispensavel o cirurgião fazel-a desapparecer por meio das pinças hemostaticas ou das ligaduras, empregando o perchlorureto de ferro ou a cauterisação se for preciso.

Os ovariotomistas inglezes dispensam tanta consideração a esta parte do trabalho operatorio que fazem um tempo particular.

Depois que a cavidade abdominal e o peritoneo se acham perfeitamente aceiados e enxutos por meio de esponjas, o cirurgião retira cuidadosamente as pinças hemostaticas empregadas anteriormente e pratica a sutura abdominal, ultimo tempo da operação.

#### **Quinto tempo**

**REUNIÃO DOS BORDOS DA FERIDA**— Depois do aceio de que já tratamos devemos pôr em execução este tempo, ultimo da operação. Outrora a sutura da parede abdominal era praticada de diversos modos e cada operador apresentava seu systema de sutura, segundo

nos attestam as obras que temos folheado. Hoje é mais empregado o processo de superposição, isto é, uma sutura profunda compreendendo o peritoneo e outra superficial interessando somente a pelle ; ou ainda uma sutura que atravesse de dentro para fora o peritoneo e toda a espessura da parede abdominal. E' conveniente os bordos da incisão ficarem perfeitamente unidos para que se dê a adherencia, e o pús que se possa formar não penetre na cavidade abdominal. Geralmente são empregados n'estas suturas os fios de prata ou de seda anteriormente limpos e desinfetados.

Quanto as suturas, variam segundo a vontade do operador ; alguns cirurgiões inglezes costumam suturar o peritoneo com fios de prata.

Kœberlé, desde 1874, adopta o mesmo methodo, interessando, porem, os tecidos fibrosos com uma sutura profunda em pontos separados, fazendo depois uma outra superficial entortilhada para reunir a pelle por meio de alfinetes, que depois de 15 ou 20 horas (salvo o ultimo) são substituidos por uma sutura de collodio que elle deixa ficar durante 4 semanas. Nas suturas profundas S. Wells, desprezando os fios metallicos, tem empregado somente os de sêda préviamente embebidos em uma solução de phenól ou

de acido carbólico, e para as superficiaes lança mão de finos e longos alfinetes que só atravessam os bordos da ferida, com o fim de unil-os e evitar a suppuração. Emfim, abraçando o operador qualquer dos methodos é indispensavel observar que deve cobrir o ventre com uma larga facha de flanela bem quente, afim de evitar o contacto do ar sobre a ferida.

### Cuidados consecutivos

Terminado o curativo a operada deve occupar um leito convenientemente aquecido, e conservar-se em decubitus dorsal no mais completo estado de repouso.

Uma cuidadosa enfermeira attenderá a paciente e evitará tudo quanto a possa encommodar.

De 5 em 5 horas deve ser praticado o catheterismo para que a bexiga se conserve sempre vasia, e o emprego do opio proporcionará a constipação dos intestinos, que é de muita utilidade. Se apparecer a tympanite e tornar-se necessaria a evacuação, empregaremos os clysteres de agoa morna glicerinados, ou de uma infusão de camomilla, etc., etc.

Para manter as forças da doente, os estimulantes alcoolicos, bem como o champagne, cognac, vinho do Porto, Malaga, etc., tem sido administrados.

Se a paciente sentir dores, será conveniente injeções hypodermicas de morphina. A alimentação nos primeiros dias depois da operação deverá consistir em leite, caldos, isto mesmo em pequenas quantidades.

O gelo tem sido empregado como preventivo aos vomitos que frequentemente apparecem depois da operação. Tendo recorrido ao tratamento extra-peritoneal, o cirurgião pode retirar os pontos da sutura do 6.º ao 12.º dia. A ligadura do pediculo cahirá por si mesma do 10.º ao 15.º dia, e em casos favoraveis a cura da doente completa-se em tres ou quatro semanas.

### Accidentes durante e depois da operação

Innumeros são os accidentes e complicações que podem apparecer durante ou depois da ovariectomia, citaremos porem os mais frequentes e algumas vezes fataes. Consideramos neste caso a commoção nervosa, *shock dos Ingleses*, a hemorrhagia consecutiva, a peritonite, o tetanos, os abcessos da bacia, erysipela, pyohemia, etc. O choque é um accidente grave attribuído ao resfriamento prolongado dos intestinos,

às manobras violentas exercidas sobre o peritoneo, às perdas de sangue, etc.

Ordinariamente é caracterizado por um enfraquecimento das funções, abalo geral do systema nervoso, conjuncto de desordens dynamicas contra as quaes as forças vitaes não podem reagir, e apparece sempre nas primeiras 24 horas depois de concluido o trabalho. As doentes fracas, anemicas são mais sujeitas a este grave accidente, convindo submetterem-se a um tratamento tonico confortativo e estimulante.

A hemorragia consecutiva é um dos mais graves accidentes; umas vezes produz a morte pela grande perda de sangue, outras pela decomposição deste na cavidade abdominal.

Convem o cirurgião reabrir o abdomen, ligar os vasos que produzem a hemorragia e evacuar todo o sangue contido na mesma cavidade o qual decompõdo-se pode determinar a peritonite, a infecção purulenta, etc. A peritonite pode ser geral ou local.

Pode ser provocada pela existencia das adherencias numerosas e intimas cujas separações podem produzir a destruição da serosa e sobretudo aquellas que se acharem adheridas ao mesenterio, bexiga, utero, recto etc. A duração da operação é ainda considerada

como uma causa da peritonite ; os movimentos imprudentes de certas doentes, a susceptibilidade, o estado de saúde da paciente, etc., na ocasião da operação. A peritonite local estende-se até a pequena bacia e fossas illiacas e quasi nunca é fatal, o que não se pode dizer da peritonite geral.

Depois de praticada a ovariectomia o operador deve lançar suas vistas com a maxima attenção para este accidente que aliás é frequente.

O primeiro symptoma no maior numero de casos é a tympanite acompanhada ou não de vomitos. e quando estes existem são quasi sempre feitos sem esforços da doente, e repetindo-se grande numero de vezes. Butcher notou que o elemento doloroso na peritonite que apparece depois desta operação é nullo ou quasi nullo, o que não se observa na peritonite que se desenvolve em outras circumstancias.

O tratamento deve ser preventivo ; Baker Brown considera como o mais efficaz largas emissões sanguineas, Smith pratica a sangria empregando internamente o calomelanos e o opio, e S. Wells recommenda em altas doses o sulfato de quinina considerando os anti-phlogisticos como superfluos e nocivos em certos casos.

O numero de casos de infecção purulenta tem dimi-

nuido consideravelmente, graças ao tratamento anti-septico de que dispomos. Mr. Anderson, de Salt Lake (Estados-Unidos), parece ter sido o primeiro que applicou o methodo Listeriano e depois deste outros cirurgiões tem alcançado sempre resultados lisongeiros. Ainda outros accidentes podem apparecer, mas como são menos frequentes deixamos de mencionar, terminando aqui esta nossa dissertação como permittio os nossos esforços e fracos conhecimentos.

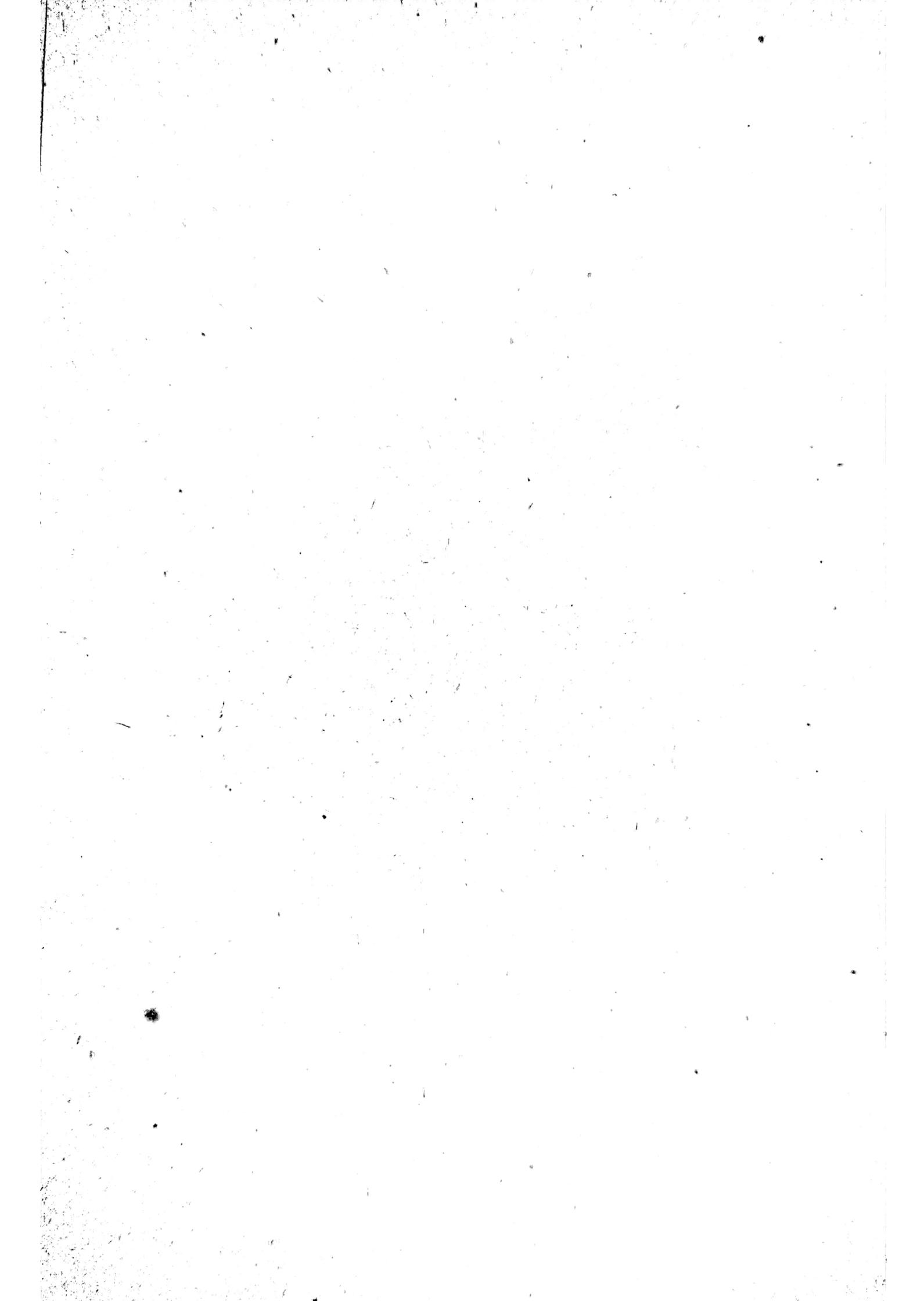
### Conclusão

Terminamos o nosso modesto trabalho plenamente convencida de que ficou a quem do desenvolvimento que merecia, mas assim permittio o nosso estado de saude, fraca intelligencia e poucos conhecimentos. Sejam entretanto a consciencia desta imperfeição e a profunda convicção dos esforços que empregamos os mais seguros abonos da benevolencia que de vós esperamos.

La Bruyère diz: « Aquelle que escreve somente para cumprir um dever ou satisfazer uma obrigação imposta pela lei, deve ter sem duvida alguma a indulgencia dos seus leitores. »



# PROPOSIÇÕES



# PROPOSIÇÕES

## PHYSICA

**Microscopio, sua importancia e influencia sobre os progressos das diversas sciencias**

### I

Microscopios, são instrumentos de optica por meio dos quaes pode-se observar os objectos augmentados em suas dimensões.

### II

O diagnostico de certas molestias só pode ser evidenciado pelo microscopio.

### III

Os serviços que este instrumento tem prestado às sciencias medicas são incontestaveis. Elle fundou a anatomia pathologica e a microbiologia.

## CHIMICA E MINERALOGIA

**Aguas mineraes**

### I

São consideradas aguas mineraes aquellas que em consequência de sua constituição chimica ou de  
M. 7

sua temperatura, exercem sobre a economia uma acção especial.

## II

Estas aguas se dividem em aguas thermaes e aguas mineraes frias.

## III

Todas as aguas mineraes contém em si corpos fixos e gazosos.

## BOTANICA E ZOOLOGIA

### Parasitas animaes

## I

Os parasitas animaes podem desenvolver-se quer na superficie do corpo, quer nos orgãos internos.

## II

Quando limitam-se a superficie do corpo tomam o nome de—*dermatozoarios*, quando atacam os orgãos internos chamam-se — entozoarios.

## III

O — *acarus scabiei* — é o typo de um dermatozoario, o — *ankilostomum duodenatis* — o de um entozoario.

## CHIMICA ORGANICA E BIOLOGICA

### Phenomeno chimico da digestão

#### I

Digestão é a função por meio da qual os alimentos soffrem a elaboração chimica e mechanica no estomago, assimilando depois a parte necessaria e expellindo a excrementicia.

#### II

O trabalho chimico da digestão é feito pela saliva, succo gastrico, succo pancreatico e pela bilis.

#### III

A saliva actúa sobre os feculentos e as materias amylaceas, o succo gastrico sobre as materias azotadas e o succo pancreatico e a bilis sobre as materias gordurosas.

## ANATOMIA DESCRIPTIVA

### Do utero e seus vicios de conformação

#### I

O utero acha-se collocado na cavidade pelviana entre a bexiga e o recto e é coberto pelas circumvoluções intestinaes.

## II

Este órgão mantém-se em sua posição pelos ligamentos largos, ligamentos redondos, utero-sacros e por sua inserção na extremidade posterior da vagina.

## III

A frouxidão destes ligamentos produz a deslocação deste órgão.

## HISTOLOGIA

**Estructura e funcção das cellulas hepaticas e suas relações com os outros elementos histologicos do figado**

## I

O figado é uma glandula formada de lobulos e estes de cellulas hepaticas de diferentes dimensões. Cada cellula offerece um conteudo semi-liquido granuloso e um ou dois nucleos.

## II

O figado recebe sangue da veia porta e da arteria hepatica.

## III

Os lobulos deste órgão formam o assucar e a bilis.

## PHISIOLOGIA

Calor animal, suas relações com os actos funcionaes  
do organismo

## I

O calor animal é devido as combustões que se produzem no organismo.

## II

Estas combustões se dão ao nivel dos capillares no interior dos tecidos.

## III

O calor produzido em todas as partes da economia é regularmente repartido no corpo pela circulação do sangue.

## ANATOMIA E PHISIOLOGIA PATHOLOGICAS

## Da cirrhose do figado

## I

A cirrhose do figado é o resultado de uma inflamação chronica deste orgão.

## II

E' caracterisada por um augmento gradual do tecido conjunctivo e pela atrophia subsequente das cellulas hepaticas.

## III

O alcool e a syphilis são as causas principaes da cirrhose.

## PATHOLOGIA GERAL

## Thermometria medica

## I

A temperatura normal do organismo é oscillativa entre 36° e 38°; todas as vezes que a columna thermometrica acusar uma differença para mais ou para menos destes dois pontos determinados, deve-se acreditar na existencia de uma manifestação morbida.

## II

Os logares electivos para a applicação do thermometro devem ser de preferéncia a axilla, a bocca, o recto, porque nelles a temperatura é mais elevada.

## III

A ascenção da columna thermometrica para attin- gir ao seu maximo faz-se em 20 minutos; todavia ha casos em que é mister esperar mais algum tempo.

## PATHOLOGIA MEDICA

## Nephrite infectuosa

## I

A nephrite suppurada é uma nephrite aguda e distingue-se das outras formas de nephrites por sua localização e tendencia á formação de focos purulentos.

## II

A dor é um phenomeno do mais alto valor na nephrite suppurada.

## III

Esta affecção é mais frequente nos adultos e nos velhos, sem distincção de sexo.

## MATERIA MEDICA E THERAPEUTICA

## Do leite e suas applicações therapeuticas

## I

O leite é o typo o mais completo do alimento physiologico, em sua composição figuram os elementos essenciaes da nutrição dos nossos tecidos.

## II

Deve ser indicado todas as vezes que as vias digestivas são séde de uma affecção que determina a into-

lerancia para os alimentos ordinarios ; tem sobre a mucosa digestiva uma acção topica especial ; é um emolliente precioso, cujo emprego é claramente indicado sempre que esta é irritada ou é a séde de um trabalho phlegmasico.

## III

Como alimentação exclusiva o leite é o regimen mais conveniente e salutar para a primeira infancia, sua privação completa n'essa primeira quadra da vida é uma das causas do ràchitismo.

## PATHOLOGIA CIRURGICA

## Tetano traumatico, sua pathogenia

## I

O tetano é uma doença caracterisada por contracções musculares, afastadas da região traumatisada.

## II

A origem tellurica do tetano não está ainda demonstrada satisfactoriamente; queremos crer que é devido a uma alteração do systema nervoso.

## III

Para tratamento do tetano os melhores medicamentos são: o curára, fava de Calabar, morphina, chloral, etc.

## PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

### Pharmacologia das quinas

#### I

As principaes preparações pharmaceuticas das quinas são: o extracto, a infusão, a tinctura, o xarope e os vinhos.

#### II

Os principios activos das quinas variam em proporções nas diversas especies de cascas.

#### III

Os saes de quinina geralmente empregados são: o bisulphato e o chlorydrato.

## MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

### A cremação estudada a luz da medicina legal

#### I

Em casos de morte subita sem previo exame medico legal não se deve fazer a cremação.

#### II

Perante os preceitos hygienicos a inhumação não tem mais razão de ser; ella vicia o ar atmospherico, as aguas potaveis e o solo pelos gazes mephiticos,

pelos miasmas e por certos principios eminentemente nocivos a saude.

## III

A cremação sendo executada com todo rigor é de um alcance humanitariamente benefico, devendo por isso ser preferida a inhumação.

## ANATOMIA CIRURGICA E MEDICINA OPERATORIA

### A cirurgia nas affecções pulmonares

## I

A cirurgia conjunctamente com a therapeutica antiseptica tem dado bons resultados na cura das affecções pulmonares.

## II

Sempre que for preciso eliminar o conteudo morbido das collecções pathologicas do pulmão, desinfectando-as, deveremos lançar mão da pneumotomia.

## III

A pneumectomia será empregada quando for necessario destruir, extirpar ou fazer a resecção das partes morbidas dos órgãos respiratorios.

## PARTOS

### Prenhez extra-uterina

#### I

Entende-se por prenhez extra-uterina o desenvolvimento de um feto fóra da cavidade uterina. Pode ser classificada em prenhez ovarica, tubo-uterina e abdominal, conservando-se ainda na obscuridade a sua etiologia.

#### II

A terminação frequente da prenhez extra-uterina é a ruptura do kysto fetal.

#### III

O tratamento empregado neste grave accidente é inteiramente cirurgico; a abertura do abdomen, ligadura dos vasos que produzirem a hemorragia, e o completo aceio da cavidade.

## HYGIENE E HISTORIA DA MEDICINA

**Influencia do nosso actual systema de ensino primario e secundario sobre o desenvolvimento intellectual e physico normaes das criancas**

#### I

A eschola não deve persistir na visinhança de locaes onde haja emanações deleterias resultantes da decomposição de corpos animaes ou vegetaes.

## II

Na escola, como em todos os pontos de agglomeração, o ar deve ser renovado amiudadas vezes.

## III

A escola com relação a todas as crianças que a frequentam deve ser bem localizada, accessivel a todos os ventos bem como todos os outros estabelecimentos ou habitações, isolada, clara e exposta ao nascente afim de preencher todas as condições hygienicas.

I.<sup>a</sup> CADEIRA DE CLINICA MEDICA.

- \* A evolução clinica das lesões cardiacas está subordinada á natureza da causa?

## I

Si por lesões cardiacas devemos entender, como fazia-se até não ha muito tempo, a insuficiencia das valvulas e a stenose dos orificios cardiacos, realisadas taes lesões a evolução clinica fica inteiramente na dependencia das perturbações dynamicas que acarreta a asthenia do coração e dos vasos e por isso mesmo emancipa-se da natureza da causa das lesões.

## II

Si, porem, no mesmo grupo fizermos entrar os casos em que a phase hyposystolica é preparada por uma lesão propria e anterior do systema arterial, ou do myocardio, então a evolução clinica offerece, pelo menos em uma das suas phazes, variantes notaveis que lhe dão um caracter muito diverso da evolução classica das lesões oro-valvulares.

## III

Quando as lesões do myocardio são tributarias de lesões que compromettem o systema coronario, a insufficiencia funccional do coração reveste physionomias differentes e muito interessantes que ainda não se podem considerar como definitivamente estabelecidas, ou descriptas.

## 2.<sup>a</sup> CADEIRA DE CLINICA MEDICA

### Das amyotrophias de origem myelopathicas

## I

As atrophias musculares ou representam uma molestia progressiva peculiar ao systema muscular e constituem as myopathias atrophicas progressivas, ou são apenas um symptoma das lesões do systema nervoso que supprimem a influencia myotrophica da medulla.

## II

Quando a lesão do systema nervoso compromette directamente os centros trophicos medullares se diz que a amyotrophia é myeolopathica ou de origem espinhal ; quando a suppressão da influencia trophica medullar é devida a lesões dos nervos periphericos diz-se que a amyotrophia é nevripathica ou peripherica.

## III

Para que uma lesão medullar produza a amyotrophia é indispensavel que ella comprometta as pontas ou córnos anteriores da medulla. O grupo mais interessante é sem duvida o das tephromyelites anteriores, ou chronicas como a atrophia muscular progressiva; ou agudas como a paralyisia aguda infantil ou do adulto, a paralyisia geral espinhal anterior sub-aguda etc.

I.<sup>a</sup> CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

Qual o melhor tratamento depois das amputações ?

## I

São innumerables as vantagens que tem colhido a cirurgia por meio do tratamento listeriano ; é assim que a infecção putrida e purulenta que tanto impres-

tionava o cirurgião torna-se cada vez mais rara e as operações consideradas inexecuáveis pelos seus terríveis accidentes são hoje praticadas e coroadas com successo graças a este tratamento.

## II

Si foi baseado nos accidentes de septicemia e piohemia consequentes ao traumatismo e dependentes das cellulas vivas em suspensão no ar, que Lister introduzio na cirurgia moderna o seu excellente methodo, só elle tem razão de ser applicado.

## III

Outra vantagem do tratamento listeriano é ter por base substancias, cujos effeitos, entre muitos, é o de coagular os liquidos albuminoides e assim proteger as soluções de continuidade dos agentes irritantes exteriores.

## 2.<sup>a</sup> CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

### Estudo clinico do empyema

## I

O empyema ou pyothorax é em muitos casos uma transformação de derrames pleuraes primitivamente não purulenta, devida a más condições do orga-

nismo; em outras circumstancias porem o derrame é inicialmente purulento, embora não tenha sempre em começo apparencia disso.

## II

Os signaes physicos que denunciam a existencia de liquido na cavidade das pleuras não differem dos signaes physicos dos outros derrames, mas os symptomas da reacção geral communs ás suppurações profundas denunciam a natureza purulenta do derrame.

## III

A intervenção cirurgica nos empyemas, unico tratamento aceitavel, pode ser realisada de modos diversos segundo os casos; todos os processos desde a simples punção aspiradora, a thoracentese, até a operação de Estlander contam triumphos e nenhum delles deve ser erigido em regra inflexivel de intervenção.

## HIPPOCRATIS APHORISMI

---

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, iudicium difficile.

Sect. I, Aph. 6.

Ad extremos morbus, extrema remedia exquisite optima.

Sect. I, Aph. 4.

Mulieri, menstrui deficientibus, sanguis e naribus profluens, hominem.

Sect. V, Aph. 33.

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

Sect. V, Aph. 37

Natura corporis est in medicina principium studii.

Sect. VIII, Aph. 10.

Quæcunque non sanant medicamenta, ea ferrum sanat; quæ non ferrum sanat, ea ignis sanat; quæ ignis non sanat, incurabilia, iudicare oportet.

Sect. VIII, Aph. 6.

*Remettidas á commissão revisora*

*Bahia e Faculdade de Medicina, 16 de Setembro de 1890.*

*Dr. Gaspar*

*Estas theses estão conforme os estatutos.*

*Bahia e Faculdade de Medicina, 16 de Setembro de 1890.*

*Dr. J. Ed. Freire de Carvalho Filho.*

*Dr. Nina Rodrigues.*

*Dr. Alfredo Britto.*

*Imprima-se. Bahia e Faculdade de Medicina, 17 de Setembro  
de 1890.*

*Dr. Ramiro A. Monteiro.*