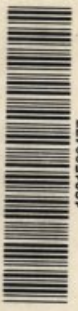


Sala 5
Gab. —
Est. 56
Tab. 8
N.º 10

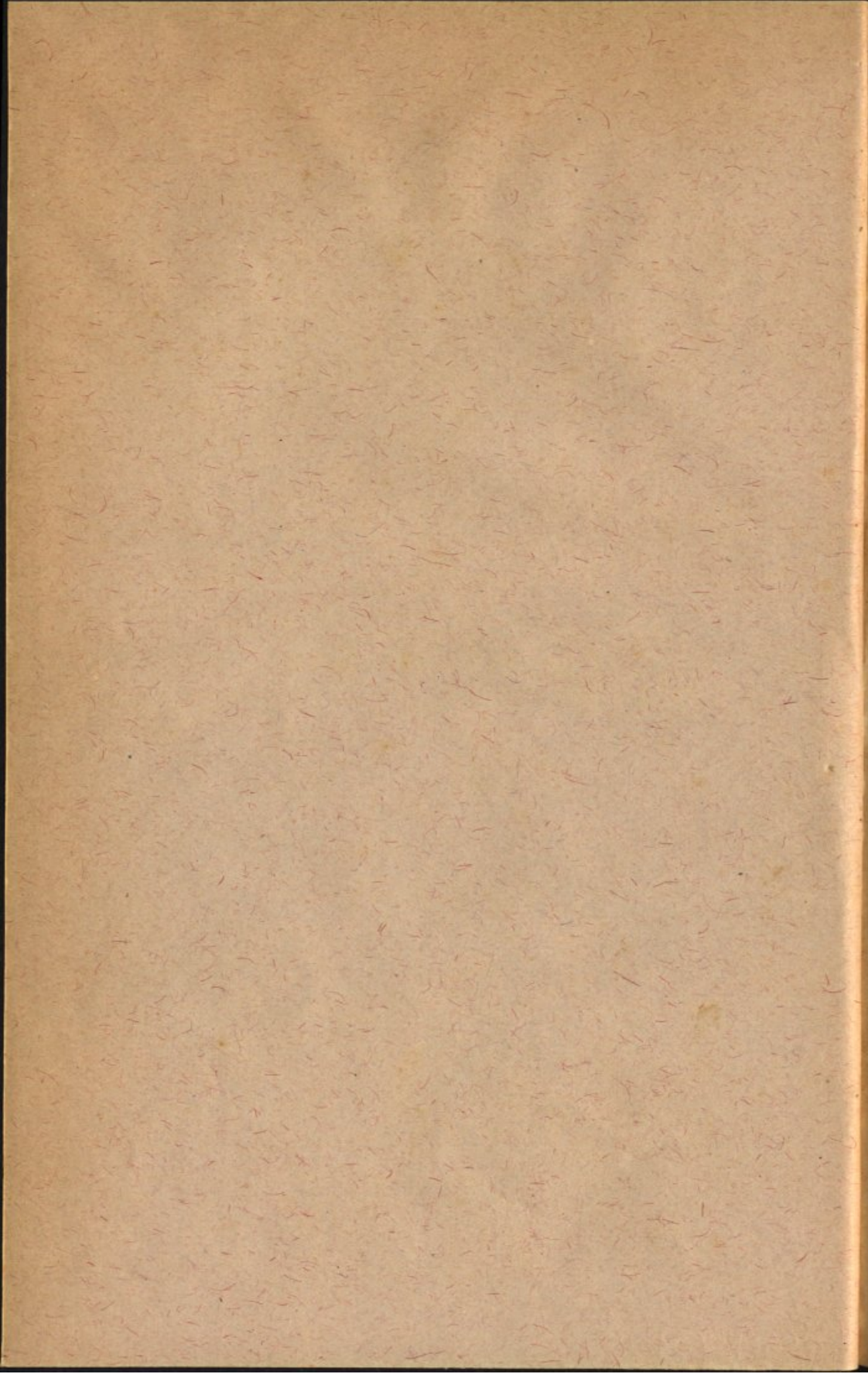


UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Biblioteca Geral



1301500477

b 24498701



FIBROMYOMĀS UTERINOS

SERGIO CILLISTO

Licenciado en Medicina

FIBROMYOMAS

UTEROS

HYSTERECTOMIA Y CAUTERIZACION

UTERO-ANEXOS

COMBES
LIBRERIA DE LA UNIVERSIDAD
1910

SERGIO CALISTO

Licenciado em Medicina

FIBROMYOMAS UTERINOS

HYSTERECTOMIA OU CASTRAÇÃO
UTERO-ANNEXIAL?



24 MAI. 11

COIMBRÆ
IMPRESSA DA UNIVERSIDADE
1910

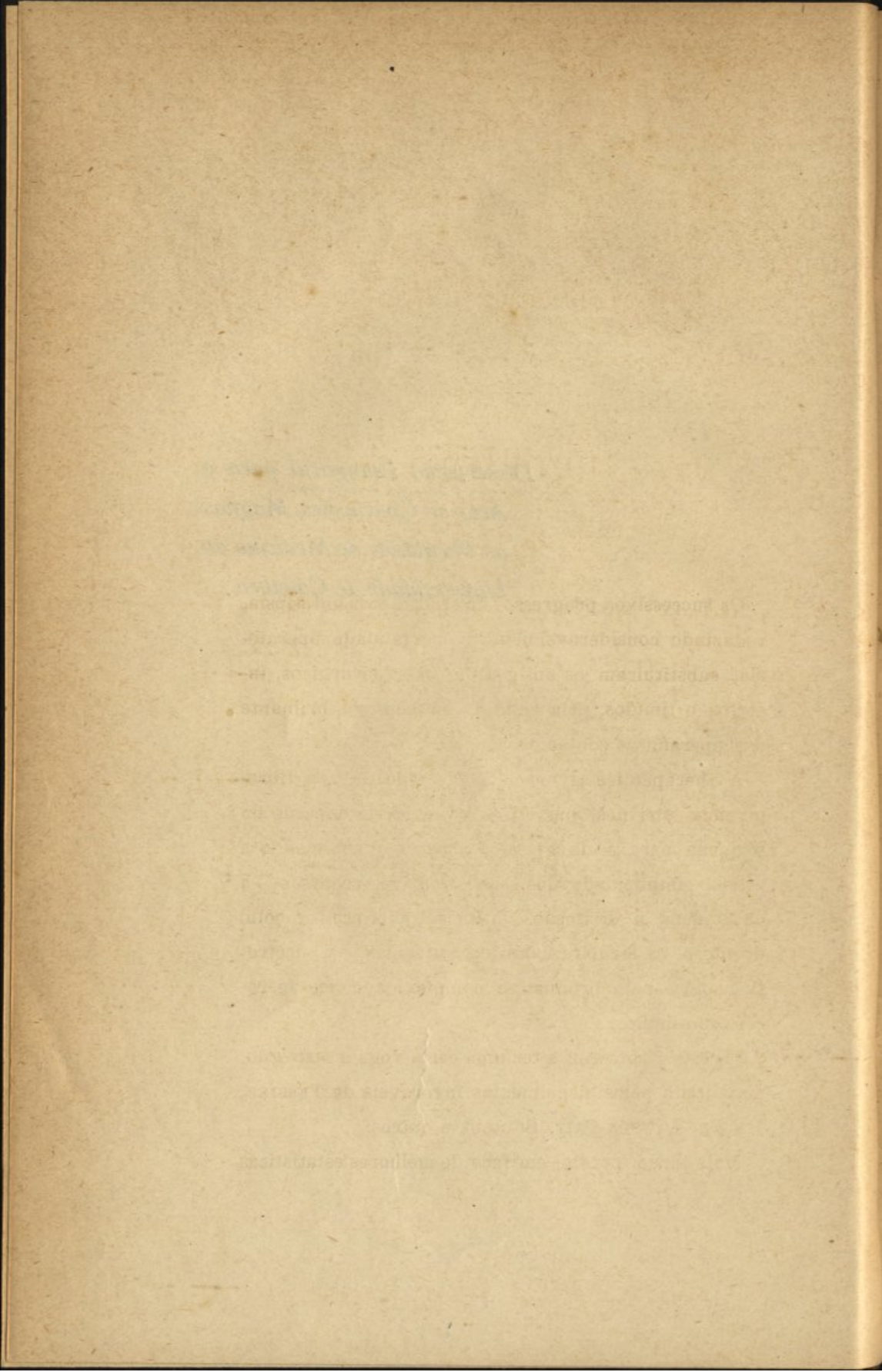
FIBROMYOMAS

UTERINI

o. n. r. q. p. a. n. o.
s. o. n. g. n. s. M. a. g. n. a. s.
M. a. g. n. a. s. M. a. g. n. a. s. M. a. g. n. a. s.
M. a. g. n. a. s. M. a. g. n. a. s. M. a. g. n. a. s.



Dissertação Inaugural para o
Acto de Conclusões Magnas
na Faculdade de Medicina da
Universidade de Coimbra.



PREFACIO

Os successivos progressos da asepsia e da antisepsia, reduzindo consideravelmente a mortalidade operatoria, substituiram os antigos processos c irurgicos, incertos e timidos, pela cirurgia methodica e brilhante dos operadores contemporaneos.

A therapeutica gynecologica applicada aos fibromyomas uterinos, passou afoitamente do dominio da pequena para o da grande cirurgia, abandonando a esteril simplicidade dos seus primitivos recursos — a curetagem, a dilata o e a incis o bilateral do collo do utero, as escarifica es intra-uterinas e a electrotherapia — pela productiva complexidade das opera es mutilantes.

D'estas, come ou a ter uma certa voga a *castra o*, acreditada pelos depoimentos favoraveis de TESSIER, HEGAR, LAWSON-TAIT, BOUILLY e outros.

Mais tarde, por m, em face de melhores estatisticas

e da verificação ulterior dos seus resultados therapeuticos, esta intervenção cirurgica foi perdendo os primitivos credits e o seu emprego ficou reduzido aos casos em que o estado da doente torna perigosa uma intervenção mais radical.

Actualmente reinam em gynecologia, com o attributo de suprema efficacia, as operações de exereses — ou só do neoplasma (*myomectomy*) ou do utero neoplasico (*hysterectomy*).

Divergem as opiniões sobre quem foi o cirurgião que, com diagnostico prévio de fibromyomas e com fim therapeutico assente, effectuou a primeira hysterectomy. Mas, ou fosse KIMBALL em 1853, como dizem uns, ou fosse HEATH em 1843, como affirma BAROZZI, fundado nas especiaes indagações que a tal respeito fez, o que é certo é que a technica da hysterectomy foi, pela contribuição scientifica de muitos, melhorando progressivamente até attingir a perfeição actual, que o professor FAURE didacticamente regista no seu livro «*L'Hysterectomie*».

No que respeita á applicação therapeutica da hysterectomy, ha entre os cirurgiões actuaes divergencias varias, dando uns preferencia á vaginal, votando outros porque se faça sempre a abdominal e, ainda neste ultimo caso, opinando uns pela total e outros pela sub-total.

Mas tambem o dilemma enunciado na interrogação que serve de sub-titulo a este trabalho traz extremados em dois campos os operadores contemporaneos. Querem uns — os conservadores — que sempre que haja de extirpar-se um utero fibromyomatoso se conservem os ovarios, ao menos parcialmente; pretendem outros — os radicaes — que se abranjam sempre os ovarios na exeresse genital, isto é, que em vez da hysterectomia se faça a castração utero-annexial.

Assenta a opinião dos primeiros em que os ovarios são órgãos de secreção interna, que não podem suprimir-se sem grave perigo para a saude das operadas; contestam os segundos esta supremacia funccional e alegam que as intervenções conservadoras são insufficientes e expõem quasi sempre as doentes á necessidade de uma nova operação.

Eu vi operar cirurgiões conservadores e cirurgiões radicaes: d'aquelles — ROUFFART e POZZI; d'estes — VAN ENGELEN, FAURE e SOULIGOUX.

Vi nuns o maximo cuidado em conservar ás doentes uma parcella, ao menos, de tecido ovarico; vi noutros a preocupação constante de eliminar todo esse tecido.

E vi em presença as duas opiniões. Foi no hospital COCHIN, numa das sessões operatorias de FAURE, com assistencia de varios medicos, entre elles DARTIGUES, um gynecologista considerado, com especial educação

anatomo-pathologica e convicto partidario do valor physiologico da secreção interna do ovario. FAURE, como sempre, com a mais elegante e rigorosa precisão, abriu em segundos o ventre da operada; afastou os intestinos, olhou rapidamente, palpou um instante e decidiu-se por uma *degolgação posterior*; seccionou o isthmo e, interrompendo o trabalho operatorio, voltou-se para DARTIGUES e perguntou:

— *Dartigues, sains ou malades, ces ovaires?*

— *Mais tout-à-fait sains!* — exclamou DARTIGUES, deixando transparecer no tom da resposta uma certa estranheza pela duvida de FAURE.

E este, sorrindo-se, pediculou com a mão o ligamento largo e, com uma rapidez que se não descreve, deu uma tesourada á direita, outra do outro lado, e apresentou na mão esquerda o bloco anatomico utero-annexial pendente de uma pinça!

Quem tinha razão? De quem ouvira eu a verdade? Onde vira eu realizado o preceito tecnico de maior vantagem, de mais certo e efficaz alcance? Como procederia eu quando houvesse de hysterectomisar uma fibromyomatosa?

Comprehende-se a minha duvida que é a justificação d'este livro, em que pretendi resolvê-la por meio de uma investigação scientifica serenamente feita, sem

preconceitos de escola, liberto da suggestão visual da elegancia óperatoria que tanto admirei, sem a coacção, emfim, de qualquer sympathia.

Os fibromyomas uterinos deixam os ovarios sem repercussão anatomo-pathologica ?

A castração importa para as operadas uma vida de soffrimento ?

Quando haja de hysterectomisar-se uma fibromyomatosa devem conservar-se-lhe os ovarios ?

Não — foi a resposta que, na minha investigação, colhi para cada um dos tres quesitos que, por sua ordem, correspondem aos tres capitulos em que vae dividido o livro.

E eu enfileirei, modestamente, mas com uma convicção segura, ao lado dos radicaes.

Coimbra, maio de 1910.

Sergio Calisto.

FIBROMYOMATOSE GENITAL

Os fibromyomas uterinos, tumôres benignos, essencialmente constituídos por tecido conjuntivo fibroso e por fibras musculares lisas, occupam, na generalidade dos casos, o corpo do utero, affectando todavia com este orgão relações topographicas que variam conforme o sentido em que, no seu crescimento, mais se desenvolvem.

Originados na espessura das paredes uterinas, — onde frequentemente se conservam e desenvolvem (fibromyomas intersticiaes) —, evolucionam por vezes para a cavidade abdominal (fibromyomas sub-serosos), para a cavidade uterina (fibromyomas sub-mucosos), ou crescem entre os dois folhetos do ligamento largo (fibromyomas intra-ligamentares).

Mas, qualquer que seja a sua séde, qualquer que seja o sentido do seu crescimento, provocam, nas diferentes partes que constituem o aparelho genital interno da mulher, intensas alterações anatomicas e funcionaes.

O utero fibromyomatoso, essencialmente congestivo, determina perturbações circulatorias da pequena

bacia, dando inicialmente origem a uma congestão passiva que se revela pela existencia do chamado varicocello pelvico e de edemas sub-serosos no utero e nos annexos.

As veias da trompa e do ligamento largo tornam-se flexuosas, dilatam-se e ingurgitam-se de sangue, dando ao tacto a sensação de cordões duros analogos ao varicocello do homem. Mais tarde, as arterias, lutando contra a estase sanguinea, tornam-se mais numerosas, hypertrophiam-se á custa dos seus elementos elasticos e contracteis, e á estase venosa inicial junta-se a congestão activa secundaria.

As mucosas uterina e tubar soffrem uma hyperplasia consideravel; o ovario, volumoso e congestionado, edemacia-se no seu estroma e, por excesso de actividade funcional, produz um numero exagerado de kistos folliculares.

Estas lesões, que caracterisam a primitiva phase de evolução dos fibromyomas uterinos, rariissimas vezes se mantem; na maioria dos casos, este typo anatomopathologico primitivo — a hyperplasia — que parece ser o resultado das perturbações circulatorias causadas pelo processo fibromyomatoso, soffre alterações diversas, geralmente devidas a um processo infeccioso secundario.

São estas diferentes alterações, quer primitivas e dependentes do tumôr fibromyomatoso, quer secundarias e tambem dependentes do tumôr, ou mais geralmente de origem infecciosa, que analysarei neste capitulo, expondo successivamente as lesões do utero e dos annexos e relacionando, a seguir, com os dados da anatomia pathologica, um certo numero de signaes que clinicamente traduzem os fibromyomas.

*

* * *

O utero é de todos os órgãos genitais da mulher aquelle que, durante a evolução dos fibromyomas, soffre mais intensas modificações. Além dos deslocamentos consideraveis a que está sujeito e que variam com a séde inicial e com os acasos do desenvolvimento do tumôr, o utero é, por vezes, sobretudo no caso de grandes fibromyomas intersticiaes, completamente envolvido e deformado pelo processo fibromyomatoso (BOURSIER).

As paredes uterinas soffrem, seja qual fôr a situação dos tumôres fibromyomatosos, uma hypertrophia, associada a um enorme desenvolvimento vascular; a cavidade uterina, consideravelmente augmentada, attinge por vezes, embora excepcionalmente, 20 centímetros de comprimento.

A estas modificações que facilmente se reconhecem pelo exame macroscopico, correspondem outras, que unicamente se revelam á analyse histologica e que desempenham um papel consideravel na pathogenia das annexites: — são as lesões da mucosa.

As modificações histologicas da mucosa uterina das fibromyomatosas podem apresentar-se sob dois aspectos inteiramente diversos, correspondendo a dois

typos anatomo-pathologicos nitidamente distinctos — o *typo hypertrophico* e o *typo atrophico*.

Na fórma *hypertrophica*, a mucosa apresenta-se consideravelmente augmentada na sua espessura que oscilla geralmente entre 5 e 8 millimetros (1). Excepcionalmente lisa, tem, na maioria dos casos, um aspecto irregular devido a pequenas saliencias que correspondem ás glandulas consideravelmente augmentadas de volume. Estas, manifestamente hypertrophizadas, multiplicam-se, e como consequencia d'esta hyperplasia que lhes difficulta o alojamento no estroma, comprimem-se, tornando-se sinuoso o seu trajecto primitivamente rectilineo.

O tecido conjunctivo intersticial é tambem a séde d'uma hyperplasia analoga á que se passa no aparelho secretôr. Os capillares, mais numerosos do que normalmente, mostram-se geralmente dilatados, flexuosos, ingurgitados de sangue; as suas paredes, quando se alteram, — o que só excepcionalmente acontece —, dão logar a hemorragias intersticiaes nas camadas superficiaes da mucosa (2).

As cellulas da camada epithelial participam tambem da hypertrophia dos outros elementos da mucosa; augmentadas de volume, encerram nucleos circulares e maiores do que normalmente.

(1) Num caso referido por DEMONS (citado por J. ROCHE, *La muqueuse utérine des fibromateuses*. Bordeaux, 1903, pag. 23) a mucosa uterina attingia um centimetro de espessura.

(2) VON CAMPE e ROCHE (obr. cit., pag. 26) referem em algumas das suas observações, a existencia de pequenos fôcos hemorragicos separados da cavidade uterina pelo revestimento epithelial da mucosa.

Na fôrma *atrophica* o revestimento epithelial é constituído por cellulas de minimas dimensões, sensivelmente cubicas, com nucleos normaes. As glandulas, muito pouco numerosas, constituídas por cellulas de pequeno volume, estão comprimidas. A atrophia attinge tambem o tecido intersticial que, por vezes esclerosado, é atravessado por numerosos vasos de calibre apertado e cujas paredes são egualmente a séde d'um processo de esclerose.

A natureza d'estas modificações da mucosa, do mesmo modo que as suas relações com a séde dos tumôres fibromyomatosos, é discutida em quasi todos os trabalhos publicados sobre o assumpto.

Em 1878, Gusserow (1), verificando na quasi totalidade dos uteros fibromyomatosos augmento de espessura, congestão e edema da mucosa, sobretudo nitidos nas regiões afastadas da séde dos tumôres fibrosos, filiava estas differentes modificações num processo inflammatorio devido á irritação produzida pelo neoplasma.

No mesmo anno WYDER (2), descrevendo a hyperplasia glandular sob o nome de «adenoma diffuso» parecia não a attribuir a um processo inflammatorio. Todavia, alguns annos depois, (1887), este mesmo autôr concluia, analogamente ao que em 1884 affirmava VON CAMPE (3), que as modificações hyperplasicas

(1) GUSSEROW, citado por J. ROCHE, pag. 3.

(2) WYDER, *Die mucosa uteri bei myomen*, citado por SAINTOT, *L'endométrite et les lésions annexielles de la fibromyomatose utérine*. Paris, 1906, pag. 9.

(3) VON CAMPE, *Über das verhalten des endometriums bey*

eram devidas a uma inflamação chronica do endometrio.

WYDER descrevia sob o nome de «endometrite glandular» a hyperplasia do aparelho secretôr da mucosa e sob a denominação de «endometrite intersticial» as lesões do tecido conjunctivo inter-glandular.

Para elle, o typo anatomo-pathologico constituido dependia essencialmente da séde do tumôr fibroso: — «Quanto mais espessa fôr a parede que separa a cavidade uterina do fibromyoma, tanto mais intensa será a proliferação glandular e tanto menores serão as alterações do tecido conjunctivo intersticial. Quanto mais proximo da mucosa uterina estiver o nucleo fibromyomatoso, tanto maior será a proliferação do tecido conjunctivo intersticial; esta proliferação inter-glandular não attinge as glandulas; estas, geralmente intactas, podem, em alguns casos, encontrar-se atrophadas».

As lesões atrophicas eram filiadas por WYDER num processo de esclerose analogo ao que se produz no tecido uterino para constituir a capsula cellulosa do fibromyoma.

CORNIL (1), insurgindo-se contra estas conclusões de WYDER, e considerando as lesões da mucosa como absolutamente independentes da séde do neoplasma, affirmava todavia a natureza metritica d'estas alterações.

myomen, citado por BOURSIER, *Précis de Gynécologie*, 1903, pag. 507.

(1) CORNIL, *Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites et du cancer de l'utérus*. Paris, 1889, pag. 54.

RUGE (1), PAUL PETIT (2), LÉOPOLD (3) e CURATULO (4), confirmando a opinião de WYDÉR sobre a natureza inflamatória das lesões da mucosa, affirmavam também que, nos fibromyomas sub-serosos ou intersticiaes, as modificações da mucosa uterina consistiam essencialmente numa hyperplasia intersticial e sobretudo glandular; nos tumôres que cresciam para a cavidade uterina, o tecido intersticial e glandular, atrophiado na região do neoplasma, era a séde d'uma manifesta hypertrophia em todos os pontos afastados.

Vê-se portanto que, até 1891, em todos os trabalhos publicados sobre o assumpto, se affirmava a natureza inflamatória das lesões do endometrio; neste mesmo anno, porém, SCHMAL (5) baseando-se no estudo de 15 uteros fibromatosos provenientes da clinica do prof. TREUB, concluia que, sendo a hypertrophia diffusa da mucosa uterina *um estado pathologico independente das inflamações do endometrio*, a denominação de endometrite até ahi consagrada devia ser substituida pela de «hypertrophia da mucosa»; e, referindo-se á influencia da séde do neoplasma sobre as modificações da mucosa, concluia, analogamente aos seus predecesores, que nos fibromyomas sub-serosos ou intersticiaes, a mucosa, por vezes normal, se apresentava num

(1) RUGE, citado por J. ROCHE, pag. 4.

(2) PAUL PETIT, *Diagnostic histologique des curettages utérins*. Paris, 1890, pag. 30.

(3) LÉOPOLD, citado por SAINTOT, pag. 10.

(4) CURATULO, *Ricerca istologica e considerazioni cliniche sulle alterazioni della mucosa uterina nei tumori della matrice*. *Annali di ostetricia e ginecologia*, 1891, n.º 1 e 2.

(5) SCHMAL, *L'anatomie pathologique de l'endométrium*. *Archives de tocologie et de gynécologie*, 1891, T. XXIII.

grande numero de casos levemente hypertrophiada ; e que nos tûmôres fibrosos que attingiam a cavidade uterina, a mucosa, atrophiada na parte correspondente ao tumôr, se mostrava hypertrophiada no resto da sua extensão.

Como explicar esta enorme divergencia entre as conclusões de SCHMAL quando nega a natureza inflammatoria das lesões do endometrio e as affirmações categoricas de todos os seus predecessores ? A meu vêr, a razão está em que, como foi admiravelmente demonstrado por SEMB, MARCHEZI, RIZZUTI e ainda ultimamente por J. ROCHE, além do processo fibromyomatoso que produz modificações independentes de qualquer estado inflammatorio, existem outras causas capazes de, por seu turno, modificar tambem a mucosa uterina e de imprimir ás lesões iniciaes um caracter puramente inflammatorio. Os resultados das observações de SEMB são, a tal respeito, absolutamente demonstrativos.

Para este autôr (1) existe uma alteração primitiva e caracteristica, unicamente dependente da existencia do neoplasma, — a hyperplasia glandular e conjunctiva, — já assignalada pelos seus predecessores. Todavia, este typo inicial pôde alterar-se secundariamente. Todas as causas susceptiveis de anemiar a mucosa (compressão exercida pelo tumôr sobre a mucosa, sobre os vasos e nervos da região lesada, mudança de posição do utero) podem transformar a fôrma primitiva numa fôrma secundaria, sem apparencia inflammatoria — a

(1) SEMB, *Über das verhalten der uterusschleimhaut bey myom*, citado por J. ROCHE, pag. 8.

atrophia pura e simples da mucosa. Em algumas das suas observações, SEMB, á semelhança de WYDER, encontrou nesta fórma atrophica e só excepcionalmente na fórma hypertrophica, vestígios d'uma inflamação antiga, que attribua a um processo inflammatorio secundario de origem exterior.

Esta concepção de SEMB é, como faz notar ROCHE, aquella que melhor explica o polymorphismo anatomopathologico da mucosa dos uteros fibromatosos.

Com effeito, nos fibromyomas afastados da cavidade uterina encontrar-se-ha a lesão primitiva — a hyperplasia conjunctiva e glandular — emquanto não sobrevier uma causa proveniente do exterior ou do proprio utero que altere este typo inicial.

Se a causa secundaria fôr de natureza infecciosa, as lesões inicialmente observadas, com manifesta tendencia para a fórma atrophica, apresentarão todos os caracteres d'um processo inflammatorio.

Nos fibromyomas volumosos, fazendo saliencia na cavidade uterina, o typo primitivo será com probabilidade alterado, quer por influencia da compressão do tumôr, produzindo atrophia simples, quer por influencia d'uma inflamação exogena, produzindo atrophia com esclerose. «Nesta ultima hypothese, diz ROCHE (1) a atrophia pôde generalizar-se a toda a mucosa, mas pôde tambem apresentar o seu maximo de intensidade no ponto em que esta, anemiada pela compressão que sobre ella exerce o neoplasma, offerecer um terreno mais favoravel á infecção».

(1) ROCHE, obr. cit., pag. 10.

Os trabalhos de MARCHESI (1) confirmam as conclusões de SEMB.

Da analyse de 14 uteros fibromatosos MARCHESI conclue que :

1) — A presença d'um fibromyoma ou a degenerescencia fibromyomatosa do utero produz na mucosa uterina alterações simplesmente hyperplasicas ou hypertrophicas, que affectam principalmente as glandulas, sem contudo poupar o tecido conjunctivo intersticial. *O aspecto da mucosa não póde de modo algum ser comparavel ao da endometrite chronica.*

2) — A inflamação que acompanha por vezes estas alterações manifesta-se principalmente no limite inferior da mucosa e é, com toda a probabilidade, devida a uma causa infecciosa secundaria.

3) — Os fibromyomas sub-mucosos produzem inicialmente, e antes de se tornarem endocavitarios, alterações semelhantes ás que se observam nos fibromyomas intersticiaes; todavia, pela compressão que exercem na mucosa visinha, transformam secundariamente o typo hypertrophico num typo atrophico. As regiões afastadas do tumôr conservam a fórma hypertrophica. Quando os tumôres fibrosos passam ao estado de polypos e tenham dilatado o orificio do collo para penetrar na vagina, a sua porção externa adquire um epithelio de revestimento analogo ao do focinho de tenca. Estes polypos, mais do que quaesquer outros tumôres, estão sujeitos á influencia de causas inflammatorias provenientes do exterior e que vão consecutivamente contribuir para modificar o typo inicial das lesões.

(1) MARCHESI, *Le alterazioni del endometrio nei casi di fibromiomi del utero. Ann. di ost. e gin.*, 1894, n.º 12.

Em 1898 RIZZUTI (1), na memoria que publicou sobre as alterações da mucosa uterina das fibromatosas, considera igualmente a proliferação do tecido conjuntivo e das glandulas como primitiva, podendo todavia ser posteriormente alterada por simples compressão ou por infecção exogena.

Com os trabalhos de SEMB, MARCHESI e RIZZUTI parecia estar finalmente reconhecida a natureza das alterações da mucosa uterina nos fibromyomas. As modificações hyperplasicas ou hypertrophicas primitivas eram consideradas como a consequencia de alterações nutritivas (congestão) da mucosa em relação intima com o processo fibromyomatoso; a inflamação, quando existia, reputava-se um epiphenomeno, uma simples causa secundaria, que teria como resultado necessario e immediato a alteração do typo hypertrophico ou hyperplastico primitivo.

Todavia, em 1900, surge a these inaugural de CLAISSE (2), em que o autôr, baseando-se em 24 casos que observara, contesta as conclusões de SEMB, MARCHESI e RIZZUTI, affirmando a origem inflammatoria das lesões da mucosa. Descrevendo successivamente o typo anatomo-pathologico caracterisado pela hypertrophia da mucosa e a fórma atrophica, o autôr affirma que no primeiro caso, — o que mais frequentemente se observa —, a mucosa é espessa, as glandulas dilatadas, e o epithelio glandular activamente proliferante; a camada epithelial cylindrica é substituida por varias camadas de cellulas cylindricas; o tecido conjuntivo

(1) RIZZUTI, *Ricerche istologiche sulla mucosa uterina nei fibromiomi*. *Arch. ital. de ginec.*, abril, 1898.

(2) CLAISSE, *Développement des fibromyomes*. Paris, 1900.

interglandular é invadido por *cellulas redondas inflammatorias*. Os vasos de pequeno calibre teem aspecto normal, mas em alguns casos, em que as alterações são comparaveis ás lesões da endometrite hemorragica, adquirem dimensões exageradas.

A *fórma atrophica*, menos frequente, e que deve ser considerada como alteração secundaria do typo hypertrophico primitivo, é, segundo CLAISSE, essencialmente caracterizada pela existencia d'um processo inflammatorio chronico, esclerosante. Neste caso, a mucosa, reduzida a minima espessura, é pouco vascularizada e não infiltrada por *cellulas redondas*. Os vasos são envolvidos por tecido fibroso. «Em resumo, diz CLAISSE, no primeiro typo encontram-se lesões de endometrite; no segundo, lesões de esclerose. O primeiro é um utero inflamado; o segundo é um utero escleroso».

SAINTOT (1), na sua these publicada em 1906, perfilha esta opinião de CLAISSE e affirma o caracter inflammatorio das lesões da mucosa, que, e não obstante a ausencia de microorganismos, reproduzem os traços essenciaes das alterações descriptas por todos os autôres sob a denominação de endometrite.

As lesões por elle observadas no tecido conjunctivo intersticial da mucosa consistem essencialmente numa *infiltração intensa por cellulas que apresentam todos os caracteres dos elementos embryonarios* e que formam grupos nitidamente distinctos. Estas modificações primitivas evolucionam para uma fórma mais diferenciada, apparecendo posteriormente, em diversas re-

(1) SAINTOT, obr. cit., pag. 22.

giões, cellulas ramificadas que, em transições insensíveis, se approximam do typo histologico das cellulas embryonarias inicialmente observadas. Os capillares, mais numerosos e dilatados, dão logar a pequenas hemorragias que attingem a cavidade uterina, quer directamente, quer seguindo os canaes excretôres das glandulas. Por vezes tambem, os capillares, cujas paredes, adquirindo maior espessura, soffrem um processo de esclerose, obliteram-se completamente.

Além d'estas modificações observam-se ainda frequentemente numerosos exsudados serosos e sero-albuminosos.

«O conjuncto de todas estas lesões do tecido conjunctivo interglandular caracteriza nitidamente a endometrite intersticial» (SAINTOT).

Entre as lesões do aparelho glandular o autôr descreve a hypertrophia e a multiplicação das glandulas, a proliferação do revestimento epithelial e a hypersecreção; e, depois de considerações diversas, termina por affirmar que todas as modificações do aparelho secretôr correspondem nitidamente á descripção classica da endometrite glandular.

As lesões hyperplasicas e hypertrophicas das glandulas e do tecido conjunctivo intersticial deverão portanto ser consideradas segundo SAINTOT, não como o producto de alterações nutritivas produzidas pelo neoplasma, mas unicamente como a resultante d'um processo inflammatorio, a *endometrite mixta sub-aguda*.

Conhecidas as transições insensíveis que ligam a fôrma hypertrophica ou hyperplastica á fôrma atrophica, elle considera estes dois typos anatomo-pathologicos como phases diversas na evolução do mesmo processo morbido: — á *infiltração embryonaria que*

caracterisa o typo inicial, hypertrophico, succede a endometrite esclerosante que caracteriza o typo secundario, atrophico.

Sem querer contestar as observações de CLAISSE e de SAINTOT, julgo todavia que os uteros por elles observados eram já a séde d'um processo inflammatorio secundario que tinha manifestamente alterado as lesões iniciaes. Com effeito, a affirmação categorica de ROCHE (1), quando diz que nada revela na mucosa uterina a existencia d'um processo inflammatorio; a ausencia completa, nos uteros cuidadosamente observados por este autôr d'essa abundante infiltração embryonaria que caracteriza uma inflamação aguda, e de tecido cicatricial de esclerose que caracteriza a inflamação chronica, parece-me sufficiente para regeitar as conclusões de CLAISSE e de SAINTOT.

Que os autôres que teem estudado as lesões da mucosa uterina tenham observado, por vezes, e até com bastante frequencia, vestigios d'um processo inflammatorio, comprehende-se. O utero fibromatoso, pelas alterações caracteristicas da sua mucosa, é um terreno favoravel á infecção. E se assim é, as lesões primitivas serão, na maioria dos casos, alteradas por causas infecciosas secundarias. Mas, depois das affirmações d'aquelles que, em dezenas de observações rigorosamente feitas, conseguiram verificar a existencia d'essas lesões de hyperplasia primitiva sem character inflammatorio, como affirmar que se trata d'uma endometrite?

Não; para mim, a mucosa uterina das fibromatosas não apresenta inicialmente lesões inflammatorias; estas,

(1) ROCHE, obr. cit., pag. 29.

quando existem, — o que frequentemente acontece —, são secundarias e exclusivamente devidas a causas independentes do fibroma.

○ Admittindo portanto com ROCHE que a lesão inicial — a hyperplasia — é independente d'um processo inflammatorio, e unicamente de causa congestiva, accrescentarei todavia que esse typo primitivo favorece consideravelmente o desenvolvimento d'uma endometrite secundaria.

Existe portanto uma hyperplasia primitiva, não inflammatoria, caracteristica do processo fibromyomatoso. Este typo primitivo é, como affirma DANIEL (1), resultante da alteração vascular, da congestão, provocada pelo neoplasma. A fórma atrophica é sempre secundaria; por vezes a simples compressão que o tumôr exerce é sufficiente para a produzir; mas, na maioria dos casos, resulta d'uma inflamação secundaria.

*

*

*

As trompas, num certo numero de casos macroscopicamente sãs ou simplesmente congestionadas, são tambem a séde de lesões microscopicas analogas ás da

(1) CONSTANTIN DANIEL, *État des annexes dans les fibromes utérins*. *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, março de 1903.

mucosa uterina. Na ausencia de glandulas, a hyperplasia attinge unicamente o estroma, cujas numerosas franjas, excessivamente desenvolvidas, obliteram completamente o orificio tubar. A este estado hyperplastico da mucosa junta-se, e não raramente, a hyperplasia do tecido muscular e o augmento consideravel de espessura das paredes dos vasos tubares, que se encontram volumosos e ingurgitados de sangue.

Estas lesões são principalmente nitidas na porção intra-uterina da trompa; é que, na realidade, não só pela sua visinhança com a mucosa uterina, mas tambem e principalmente por occupar a espessura da parede do utero, ella deverá resentir-se, mais profundamente do que o segmento extra-uterino, da influencia do processo fibromyomatoso.

Nos fibromyomas intersticiaes, que augmentam consideravelmente a espessura das paredes uterinas, esta porção intersticial, que por vezes se encontra completamente obliterada, attinge frequentemente um comprimento notavel, chegando a medir o duplo ou o triplo do normal (1).

Este typo primitivo — a hyperplasia do estroma e do tecido muscular — rarissimas vezes se observa no estado de pureza que acabei de descrever. Na maioria dos casos, e analogamente ao que se dá com a mucosa uterina, a esta primitiva fôrma pathologica juntam-se

(1) GRECO (*Le alterazioni degli annessi nei fibromiomi dell'utero*. Palermo, 1899, pag. 10, observ. 3) refere um caso em que o segmento intersticial da trompa media 4 centimetros de comprimento.

alterações diversas indubitavelmente devidas a um processo inflammatorio secundario proveniente do exterior (1).

Divergentes são as opiniões sobre a via de infecção.

No seu tratado de gynecologia POZZI (2), referindo-se á propagação do processó inflammatorio, invoca, para a sua explicação, a continuidade utero-tubar.

«Para bem comprehender a solidariedade existente entre o utero e as trompas é necessario não esquecer que a origem embryonaria d'estes orgãos é commum. Ao fim do segundo mez da vida intra-uterina, os canaes de MÜLLER, fundidos inferiormente para formar

(1) D'ANNA, num artigo sobre lesões das trompas nos tumôres do utero (Nota prev. POLICLINICO, abril, 1896), nega a influencia da endometrite na producção das alterações das trompas, com o fundamento de que, na maioria dos casos, as lesões tubares são simplesmente unilateraes, ao contrario do que se daria se fossem devidas á propagação da infecção uterina.

A meu vêr e analogamente ao que affirma GRECO (obr. cit., pag. 116), o facto de serem, por vezes, unilateraes as lesões tubares não é sufficiente para excluir a hypothese da contaminação das trompas pela infecção do endometrio. MARTIN, citado por GRECO, em 1484 casos de salpingite acompanhada de endometrite, verificou que, em 520-casos as lesões inflammatorias attingiam as duas trompas, em 548 casos só a trompa esquerda estava alterada, e em 441 casos era a trompa direita a única lesada. Mas, sem recorrer a estas observações de MARTIN, quantos casos não conhecemos nós de metrite gonococcica acompanhada de lesões unilateraes da trompa? De nenhum valor é pois a objecção de D'ANNA.

(2) POZZI, *Traité de gynécologie*, 1907, pag. 791.

o utero e a vagina, conservam-se inteiramente distinctos na sua parte superior para constituir as trompas. Ha uma continuidade immediata entre as tunicas d'estes differentes orgãos, d'onde a possibilidade d'uma salpingite ascendente consecutiva á metrite, do mesmo modo que existe uma pyelite ascendente consecutiva á cystite inveterada».

Esta fórmula de propagação por invasão da contiguidade, egualmente sustentada por QUÉNU, TERRIER, ROUTIER, TRÉLAT, TERRILLON e tantos outros, é, a meu vêr, a que menos frequentemente se dará na fibromyomatose uterina, visto que, como affirma GRECO (1), a porção intersticial da trompa se encontra, na maioria dos casos, completamente obliterada. Sendo assim, e não podendo rejeitar a existencia d'uma verdadeira diffusão do processo inflammatorio, d'uma invasão progressiva na continuidade estructural, que será facil quando a obliteração da trompa não fôr completa, julgo todavia que, na grande maioria dos casos, é por via lymphatica que se propaga á trompa a infecção que acompanha os fibromyomas uterinos.

Tal era tambem a opinião já em 1870 sustentada por LUCAS CHAMPIONNIÈRE. Tal é ainda a fórmula de propagação admittida por GRECO, GARTNER, GIGLIO, REYMOND e outros (2).

Por vezes a salpingite é simplesmente catarral.

(1) GRECO, obr. cit., pag. 56.

(2) Vej. os trabalhos de POIRIER sobre o papel dos lym-

A mucosa tubar, inicialmente hyperemiada, é séde d'uma intensa infiltração embryonaria, nitida sobretudo na porção intra-uterina da trompa. Na porção extra-uterina as prégas da mucosa augmentam de numero e de volume; em muitos casos o epithelio perde as celhas vibrateis; a serosa peritoneal augmenta consideravelmente de espessura. A trompa, frequentemente englobada em adherencias que a fixam em posição anormal, torna-se volumosa, flexuosa e congestionada. O pavilhão, inflamado, perde a nitidez das suas franjas que se agglutinam sem ordem aparente e, em alguns casos, adherem intimamente ao ovario. Por vezes tambem, embora mais raramente, e não obstante a inflamação de que é séde, a trompa, longe de engrossar, adelgaça-se e torna-se mais comprida, em resultado das trações exercidas pelos fibromyomas com evolução abdominal (1).

Algumas vezes tambem, observam-se na superficie externa da trompa pequenas nodosidades, mais numerosas e nitidas nas proximidades das paredes uterinas, frequentes vezes adherentes ao epiploon e a ansas intestinaes, de côr geralmente branca, de aspecto fibroso e encerrando um liquido seroso, mais raramente purulento. É a variedade *nodulo-kistica* da salpingite.

phaticos nas inflamações uterinas. — (*Progrès Méd.*, 1889 n.º 47, pagg. 491 e 492; n.º 48 pag. 509; n.º 49, pag. 527; n.º 52, pag. 590; — 1890, n.º 3, pagg. 41 e 42 e n.º 4, pag. 56). Vej. tambem a recente these de MARCILLE sobre *lymphaticos e ganglios ilio-pelvicos*. Paris, 1902.

(1) FABRICIUS, citado por GRECO (obr. cit., pag. 32), refere um caso em que a trompa media 23 centimetros de comprimento.

REYMOND (1) descreve estes nodulos como lesões primitivas e unicamente devidas ao processo fibromyomatoso. Todavia GRECO, que nas suas 20 observações não conseguiu encontrar esta forma anatomo-pathologica, affirma que ella depende essencialmente do processo inflammatorio secundario. É esta tambem a opinião de CHIARI, SCHAUTA e JAYLE, que a attribuem, na maior parte dos casos, a infecção blennorrhagica (2).

Além da salpingite catarral, acompanhada ou não de alterações nodulo-kisticas, observa-se tambem, por vezes, a salpingite purulenta aguda, a pyosalpingite, a hydrosalpingite e a hematosalpingite.

A salpingite purulenta aguda rarissimas vezes se

(1) REYMOND, *Contribution à l'étude de la bacteriologie et de l'anatomie pathologique de la salpingo-ovarite*. Paris, 1895.

(2) GRECO, FABRICIUS, PROCHOWNIK e outros, assignalam ainda, além d'estas alterações nodulo-kisticas, a existencia de tumôres fibrosos que, embora excepcionalmente, pôdem attingir consideraveis dimensões.

A sua pathogenia é ainda bastante discutida. Emquanto alguns, com ROBERT BARNES, sustentam serem estes tumôres devidos á emigração dos fibromyomas uterinos, outros, com SIMPSON, baseando-se na presença de tecido muscular na trompa, sustentam a sua existencia independentemente do processo fibromyomatoso uterino. E na realidade, se casos ha em que o fibromyoma é originario do utero, outros se teem

encontra, poisque, se, como diz Pozzi(1), na ausencia de fibromyomas uterinos, ella dá necessariamente logar, pela difficuldade com que o pús se escôa pelo orificio uterino da trompa inflamada e pela rapida obliteração do ostium abdominal, á pyosalpingite, de presumir será que, durante a evolução dos tumôres fibromyomatosos do utero, pela hyperplasia da mucosa, pela infiltração do estroma e ainda e principalmente pela compressão exercida pelo neoplasma sobre a porção intersticial da trompa, — causas estas que produzem não só a diminuição do calibre do canal tubar, mas até e não raramente a obliteração completa do canal, — ella dê logar, com maioria de razões, a uma collecção purulenta (2).

Assim constituida, a pyosalpingite — affecção tubar

visto de tumôres da trompa sem ligação alguma com a fibromyomatose uterina e até mesmo na ausencia de tumôres do utero.

(1) Pozzi, obr. cit., pag. 809.

(2) Para REYMOND (obr. cit., pag. 51) a obliteração do ostium uterino não é necessaria para que se produza a pyosalpingite. Em 94 casos de salpingite purulenta enkistada, observados por este autôr, só uma vez existia a obliteração completa do canal tubar. MARTIN perfilha tambem esta opinião. GRECO objecta ás observações e á conclusão de REYMOND que é, não na porção extra-uterina da trompa, como fazia este autôr, que se deverá procurar a oclusão, mas sim no segmento intra-uterino. Com effeito, nas suas numerosas observações, GRECO verificou, ao lado d'uma perfeita permeabilidade da porção extra-uterina da trompa, a obliteração completa do segmento intra-uterino. Quando a obliteração não fôr completa póde, é certo, existir uma pyosalpingite, mas então trata-se da chamada *salpingite profluente*, que precede a salpingite enkistada definitiva.

que mais frequentemente acompanha os fibromyomas uterinos (1), — attinge, por vezes, consideraveis dimensões. Geralmente unilateral esquerda, mais raramente bilateral (2), occupa, na maioria dos casos, os dois terços externos da trompa.

«Logo que, pela destruição espontanea dos germens, o trabalho phlegmasico estaciona, a pyosalpingite, analogamente ao que se dá com os abscessos frios, transformar-se-ha numa collecção serosa, por uma especie de *clarificação do pús*, cujos elementos solidos se depositam sobre as paredes, ao passo que a parte serosa augmenta».

D'este modo, como consequencia da pyosalpingite, se constituem, segundo POZZI, a maior parte das hydrosalpingites.

Alguns autôres todavia, e ainda ultimamente POMPE VAN MEERDERWORT (3) e ROLLAND (4), pensam que a

(1) CONSTANTIN DANIEL (*Revue de gyn. et de chir. abdominale*, março de 1903) reuniu 20 casos de fibromyomas acompanhados de pyosalpingite.

Observações numerosas teem sido tambem publicadas por HALL, MIZUCH, RUSSEL, MONLONGUET, MARTIN, DEVAUX, OUI, JESSET, etc.

Durante o tempo em que segui a clinica gynecologica do Prof. ROUFFART (Bruxellas) tive tambem occasião de observar dois casos de tumôres fibrosos do utero acompanhados de pyosalpingite esquerda.

(2) DEVAUX, *Lésions des annexes durant l'évolution des fibromes utérins*. Paris, 1903, observ. 35, pag. 86.

(3) POMPE VAN MEERDERWORT, *Rev. de gyn. et de chir. abdominale*, 1901, n.º 4, pag. 589.

(4) ROLLAND, *Des processus pathologiques non infectieux des annexes et du bassin chez la femme*. Paris, 1907, pag. 38.

hyperemia da mucosa tubar, com simultanea obliteração do *ostium uterino*, — modificações que frequentemente se dão nos fibromyomas uterinos, — são condições pathogenicas bastantes para a hydrosalpingite.

POZZI, e com elle a maioria dos autôres, julgam, porém, que nos poucos casos em que a hydrosalpingite não é o resultado d'uma collecção purulenta enkistada anterior, é condição necessaria para que esta collecção serosa se constitua a intervenção d'uma intensa hypersecreção catarral da mucosa tubar, por vezes talvez de origem simplesmente congestiva, mas, na maioria dos casos, de natureza inflamatória.

A hydrosalpingite pôde ser, como a pyosalpingite, unilateral (casos de MERMET, BERNARD, MARTIN e WOOD) ou bilateral (casos de WHEMER, CHIARLEONI e SIMS).

A hematosalpingite, que por vezes acompanha os fibromyomas uterinos (1), parece ser, na maioria dos casos, a consequencia d'uma infecção ascendente da trompa.

Obliterado o *ostium uterino* e obliterado tambem o *ostium abdominal*, a destruição das paredes dos vasos tubares por influencia do processo inflamatório ou por torção da extremidade interna da trompa dá logar a uma pequena hemorragia, que terá como resultado necessario e immediato a formação d'uma collecção sanguinea enkistada e definitiva.

(1) DEVAUX, obr. cit., observ. 7 e 16 e CONSTANTIN DANIEL, obr. cit., observ. 36 e 37.

Todavia, se é certo que, num grande numero de casos, a hematosalpingite é o resultado d'uma infecção ascendente, é necessario admittir tambem que, por vezes, esta collecção sanguinea é de origem puramente congestiva.

Acontece, com effeito, que durante o periodo menstrual se dá na trompa uma extravasação sanguinea analoga á da mucosa uterina. Se o sangue extravasado na cavidade das trompas fôr em pequena quantidade, é provavel que desapareça sem deixar vestigios, quer vasando-se no utero, quer no abdomen; todavia, se a quantidade de sangue fôr consideravel, — o que, com toda a probabilidade, se dará quando fôr intensa a congestão provocada pelos fibromyomas uterinos, — formar-se-ha um coagulo intraperitoneal que, englobando por vezes as franjas do pavilhão, fechará o orificio abdominal da trompa.

Esta, com a sua extremidade uterina tambem obliterada pela compressão exercida pelo neoplasma e pela hyperplasia do estroma, transformar-se-ha assim numa cavidade fechada, encerrando no seu interior uma collecção sanguinea enkistada — a hematosalpingite.

*
* *
*

Analogamente ao que se observa nas mucosas uterina e tubar, no ovario dão-se tambem modificações de origem puramente congestiva, posteriormente alteradas por um processo infeccioso secundario.

Estas lesões ovaricas eram já consideradas por POPOFF e BULIUS como absolutamente constantes e GRECO affirmava egualmente que no estroma de ovarios mesmo com apparencia de normaes não seria difficil reconhecer lesões de esclerose multiplas e extensas.

Esta esclerose ovarica, acompanhada de um numero por vezes consideravel de kistos folliculares, constitue a affecção mais frequente e que alguns consideram como a resultante immediata do processo fibromyomatoso. Eu julgo porém que, ao contrario do que affirma FRAIKIN (1) e outros, esta ovarite esclerokistica, independente da fibromyomatose, é já uma alteração de natureza inflammatoria de um primitivo typo anatomo pathologico.

Com effeito, analogamente ao que se observa nas mucosas uterina e tubar, no ovario dá-se primitivamente um conjuncto de lesões que constituem certo typo primitivo, independente da infecção e devido unica e simplesmente ás perturbações circulatorias da pequena bacia determinadas pelos fibromyomas uterinos.

O ovario com este typo anatomo-pathologico, denominado por J. ROCHE (2) — ovario *micro-poly-kistico*, — é essencialmente caracterizado por um augmento consideravel de volume, por uma diminuição numerica das fórmas folliculares embryonarias e adultas, pela producção exaggerada de kistos folliculares e pelo augmento quantitativo e dilatação progressiva dos vasos do estroma.

(1) FRAIKIN, *L'ovarite scléro-kystique*. Paris, 1899, pag. 90.

(2) J. ROCHE, *L'ovaire des fibromateuses*. Bordeaux, 1903, pag. 149.

Este *ovario micro-poly-kistico* é, por vezes, séde de um processo inflammatorio agudo, dando logar a abcessos dos kistos folliculares ou dos corpos amarellas; na maioria dos casos, todavia, esse processo inflammatorio, evolucionando lentamente, produz a esclerose do estroma, transformando assim o typo inicial num outro de caracteres inteiramente differentes, — o *ovario esclero-kistico*.

Alguns autôres suppõem antes que as lesões de esclerose precedem e occasionam o apparecimento dos kistos folliculares; o ovario micro-poly-kistico seria portanto, e necessariamente, um ovario esclero-kistico. Julgo todavia as recentes observações de ROCHE sufficientemente demonstrativas para permittirem affirmar que os kistos folliculares são independentes da esclerose e que esta é sempre secundaria e devida a um processo inflammatorio.

Durante a evolução dos fibromyomas uterinos, o ovario, lesado por influencia exclusiva da congestão pelvica, torna-se portanto um ovario micro-poly-kistico. É o typo anatomo-pathologico primitivo que, mais tarde, quando sobrevenha um processo infeccioso, se modificará, passando a uma fórma anatomo-pathologica secundaria — o ovario esclero-kistico.

O ovario tornado micro-poly-kistico abandona, na quasi totalidade dos casos, a fosseta ovarica e vae occupar uma posição anormal. Os fibromyomas intersticiaes volumosos, de séde inferior á inserção das trompas, avolumando por crescimento, arrastam os

anexos, que deixam a excavação pelvica para ir occupar no abdomen uma situação que varia com as dimensões do neoplasma.

Em algumas observações de ROCHE esta mudança de situação dos ovarios era devida á rotação axial do utero fibromyomatoso; o ovario esquerdo, approximando-se do plano sagittal, occupava a face anterior do utero, tornando-se perceptivel por simples palpação abdominal.

Frequentes vezes tambem, sobretudo nos fibromyomas de pequenas dimensões, o augmento de volume e de peso força os ovarios a descer para a betesga de DOUGLAS. Este augmento de volume era attribuido por POPOFF e BULIUS (1), CONZETTE (2) e FRAIKIN (3) á hypertrophia do estroma e á existencia de kistos folliculares. VAN MEERDERWORT (4) accrescentava a estes dois factores a presença de corpos amarellos hypertrophicos. ROCHE considera-o como essencialmente devido á infiltração edematosa do estroma intersticial.

Os kistos folliculares, geralmente situados á periphèria dos ovarios, constituem ahí pequenas saliencias cuja côr azul sobresaie nitidamente na superficie branca e lisa do ovario. Todavia, nem todos são superficiaes; verifica-se pela secção do tecido ovarico que elles occupam tambem, embora menos frequentemente, a parte profunda da zona cortical e a substan-

(1) POPOFF e BULIUS, citados por J. ROCHE, obr. cit. pag. 16.

(2) CONZETTE, *Ovaires à petits kystes*. Paris, 1890, pag. 17.

(3) FRAIKIN, obr. cit., pag. 66.

(4) VAN MEERDERWORT, obr. cit., pag. 595.

cia medullar. Nestes casos o aspecto interior do ovario é absolutamente característico. Quando pouco numerosos, os kistos constituem pequenos vacuolos disseminados no parenchyma. Pelo contrario, quando são muito numerosos, o estroma ovarico é constituido por enorme quantidade de alveolos, de dimensões variaveis, separados por septos de pequena espessura. Algumas vezes até, embora raramente, a parede que separa dois kistos folliculares rompe-se e as duas cavidades kisticas communicam entre si.

Estes kistos folliculares, de volume extremamente variavel e contendo um liquido seroso ou hematico, ou mais raramente uma massa caseosa, são muito adherentes ao estroma e portanto de enucleação muito difficil.

A estas modificações macroscopicas correspondem outras, não menos nitidas, que só a analyse histologica revela e que occupam o epithelio de revestimento, o estroma e os aparelhos follicular e vascular.

O epithelio de revestimento ovarico encontra-se quasi sempre destruido, a não ser na parte correspondente ás invaginações normaes, onde geralmente se conserva integro.

Esta ausencia de revestimento epithelial, bem ao contrario do que seria de suppôr, não é um facto pathologico (1). Dada a extrema fragilidade d'esse re-

(1) WALDEYER, em artigo publicado em 1870, considerava

vestimento, é muito provavel que a sua destruição seja simplesmente a consequencia do traumatismo operatorio necessario para a ablação do ovario. Na realidade, a persistencia de epithelio nas invaginações, que mais facilmente escapam á acção do traumatismo, parece confirmar esta hypothese.

As modificações do estroma foram admiravelmente estudadas por J. ROCHE (1) num trabalho recentemente publicado sobre o ovario das fibromyomas.

As alterações do estroma cortical são, na phase inicial, relativamente insignificantes. Na generalidade dos casos essas modificações reduzem-se a um augmento quantitativo dos elementos do estroma, já assignalado por POPOFF e BULIUS e que, analogamente ao que se observa nas mucosas uterina e tubar, participam tambem da hyperplasia caracteristica do processo fibromyomatoso. As cellulas fusiformes que entram na constituição do estroma cortical apresentam-se augmentadas de volume, e os seus prolongamentos estrellados, anastomosados com as cellulas visinhas, formam um tecido muito denso que, em alguns casos, é séde de uma ligeira infiltração edematosa.

O estroma medullar, constituido por elementos histologicos analogos aos que formam a zona cortical, soffre mais intensas modificações. As cellulas fusiformes, comprimidas pelos vasos dilatados, são séde

já esta ausencia de epithelio como normal (ROCHE, obr. cit., pag. 110).

(1) ROCHE, obr. cit., pag. 112.

de uma consideravel hyperplasia. A infiltração edematosa attinge aqui enormes proporções. O tecido conjuntivo, distendido e lacerado, é constituído por cellulas edematosas, de nucleo pouco visivel e ligadas umas ás outras por delgadas anastomoses (1).

Vejamos agora quaes as modificações assignaladas no aparelho follicular.

Os primeiros autôres que se occuparam do assumpto citavam, como alteração constante, a diminuição numerica dos folliculos primordiaes, chegando POPOFF e VAN MEERDERWORT a affirmar que, num grande numero de casos, poderia dar-se o seu desapparecimento completo.

PILLET, FRAIKIN, CONZETTE e muitos outros, affirmam egualmente que o desapparecimento total dos folliculos primordiaes se observa com extrema frequencia.

Da leitura das numerosissimas observações publicadas sobre o assumpto não será difficil concluir que, ao contrario do que affirmam estes autôres, o desapparecimento total dos folliculos primordiaes só excepcionalmente se dá no ovario micro-poly-kistico; na grande maioria dos casos este desapparecimento coin-

(1) BULIUS (obr. cit. pag. 115) assignalava tambem no estroma bulbar volumosas cellulas ovoides com um ou dois nucleos e um protoplasma grosseiramente granuloso, cuja significação lhe era todavia absolutamente desconhecida.

ROCHE, tendo encontrado frequentemente estas cellulas na ausencia de fibromyomas uterinos, considera-as como elementos normaes do ovario.

cide com vestígios nítidos de um processo inflamatório agudo ou chronico. É o que se deduz claramente de algumas das observações publicadas por J. ROCHE e CONZETTE. Na phase micro-poly-kistica, de origem simplesmente congestiva, só, em regra, se observa uma diminuição numerica dos folliculos primordiaes, diminuição, por vezes, é certo, extremamente consideravel.

Para ROCHE esta diminuição numerica não constitue um phenomeno pathologico; dá-se no ovario das fibromyomasas como em qualquer ovario de evolução physiologica normal.

«Se compararmos, diz o autôr (1), o numero de folliculos primordiaes que povôam o ovario da creança com o numero relativamente restricto dos que attingem a maturação, não se poderá deixar de concluir que esta diminuição numerica, esta atresia, é um processo normal, physiologico».

É tambem a opinião de TESTUT.

Com effeito, a duração media da vida genital da mulher, é, em regra, de 35 annos. Sendo assim e admittindo com SAPPEY que o numero de folliculos primordiaes existente no ovario da creança de dois ou trez annos é de 400:000, chegar-se-ha necessariamente á conclusão de que, rompendo-se geralmente um só folliculo de GRAAF em cada periodo menstrual, só 450 ou 500 folliculos são chamados a preencher o seu destino physiologico e a percorrer as differentes phases da sua evolução. «Os outros não se desenvolvem; desapparecem como elementos inuteis, por uma especie de regressão ou de

(1) ROCHE, obr. cit., pag. 137.

atresia. Até mesmo entre aquelles que começam a desenvolver-se alguns ha cuja evolução estaciona e que desaparecem, quer por uma atresia devida a um processo analogo ao que conduz á formação dos corpos amarellos (SLAVIANSKY), quer por um processo puramente degenerativo (PALADINO) (1).

Mas, se é actualmente opinião unanime que, no ovario normal, os folliculos diminuem em numero sem intervenção pathologica, não quer isto dizer, como pretende ROCHE, que a atrophia dos folliculos nos ovarios das portadoras de fibromyomas seja perfeitamente analogo á de um ovario normal. Muito ao contrario: as observações de BULIUS vieram demonstrar que a diminuição numerica dos folliculos primordiales é muito mais intensa no ovario das fibromyomatosas do que em todos os outros de evolução normal. O ovario, sem o mais ligeiro signal de esclerosis, sem o mais insignificante vestigio de um processo inflammatorio, e simplesmente congestionado e edematoso, chega, por vezes, a não conter mais do que algumas dezenas de folliculos primordiales.

E esta atresia não attinge unicamente os folliculos primordiales; vae mais longe, pois attinge muitos outros em completo estado de desenvolvimento.

Não vi registado em nenhuma das observações publicadas sobre o assumpto um numero de folliculos adultos superior a 30. Se compararmos este numero com o de 50 a 100 fixado por OLSHAUSEN para o ovario normal, ver-se-ha que no ovario micro-poly-kistico

(1) TESTUT, *Traité d'anatomie humaine*, 1905, 4.º vol., pag. 693.

que acompanha a evolução dos fibromyomas uterinos, a atresia attinge, ao contrario do que se observa no estado physiologico, os elementos folliculares nas diversas phases da sua evolução. Á atrophia da quasi totalidade dos folliculos primordiaes corresponde uma diminuição consideravel dos folliculos adultos (1).

Os folliculos primordiaes persistentes não soffrem notaveis modificações. As suas dimensões são normaes e o diametro do ovulo corresponde precisamente ao que, por NAGEL, é considerado como normal. A granulosa é tambem, como normalmente, constituída por uma só camada de cellulas epitheliaes, cylindricas ou cubicas (2).

Ao desaparecimento e á atrophia da maioria dos

(1) Esta diminuição dos folliculos adultos era tambem já assignalada por BULIUS quando dizia que, (obr. cit., pag. 117), na zona cortical existiam *corpora fibrosa*, indubitavelmente devidos á atrophia dos elementos folliculares na ultima phase do seu desenvolvimento.

(2) Factos ha que fazem prever esta ausencia de lesões dos folliculos primordiaes.

Com effeito, embora muitas das fibromyomas sejam estereis, outras ha que teem nos seus ovarios elementos susceptiveis de fecundação, provenientes certamente da evolução physiologica dos folliculos primordiaes persistentes. Por outro lado ainda, conhecida a analogia entre o ovario micro-polykistico que acompanha os fibromyomas uterinos e os ovarios micro-poly-kisticos independentes d'esta affecção, como admitir que, naquelle, os folliculos primordiaes persistentes soffram alterações, quando é certo que nestes elles fornecem até uma idade avançada fórmias intermediarias ou adultas clinicamente provadas por gestações successivas e histologicamente demonstradas por analyses minuciosas?

folliculos corresponde, ao contrario, a hypertrophia de alguns outros que constituem verdadeiros kistos.

A presença de kistos folliculares no ovario das fibromyomasas foi successivamente assignalada por VIRCHOW, SCHÜCKLING, MÜLLER, DUPLAY, CORNIL, LAWSON TAIT, MALCOLM, ROKITANSKY, POPOFF, BULLIUS, GRECO, VAN MEERDERWORT e mais recentemente por CONSTANTIN DANIEL, DEVAUX e ROCHE.

Este ultimo, em 20 observações publicadas no seu recente trabalho, assignala 18 vezes a existencia de kistos, por vezes bastante numerosos, disseminados á superficie do ovario, onde constituem saliencias de volume variavel.

Occupando geralmente a substancia cortical, estes kistos folliculares existem tambem, na maioria dos casos, na substancia medullar.

O seu conteúdo é geralmente seroso, raramente hematico.

Quando seroso, é transparente, fluido, excepcionalmente espesso e caseoso, tendo em suspensão cellulas de fórma irregular, volumosas, com nucleo envolvido por granulações gordurosas. Com estas cellulas, vestigios da membrana granulosa, vêem-se outras, redondas, mais pequenas, tambem granulosas, que deverão corresponder aos leucocytyos provenientes dos vasos que irrigam as paredes kisticas.

Quando hematico, — o que, repito, menos frequentemente se observa, — o conteúdo dos kistos é sempre liquido, jámais coagulado.

«Ao liquido já existente no folliculo mistura-se um derrame sanguineo, por vezes consideravel, que vae assim constituir um verdadeiro kisto sanguineo do ovario. No interior dos folliculos nunca se encontra

sangue puro, nem mesmo coagulos fibrinosos, mas unicamente um liquido sanguinolento (ROLLIN) (1)».

Seroso ou hematico, o liquido contido nos kistos folliculares é, na phase micro-poly-kistica, absolutamente aseptico. De 72 ovarios examinados por FRAIKIN, só um continha kistos de conteúdo septico (2).

Todavia, analysando a observação em que o autôr assignala o resultado positivo do exame bacteriologico revelando a existencia de estaphylococcus, será legitimo concluir que no ovario examinado se estava passando um processo inflammatorio agudo e recente.

O numero de kistos folliculares existente num ovario é extremamente variavel. Variaveis são tambem as suas dimensões; áparte os casos excepcionaes em que chegam a ter o volume de uma noz, o seu diametro oscilla entre 3 e 10 millimetros (ROCHE).

Os kistos folliculares resultam, segundo ROKITANSKY, VIRCHOW, RINDFLEISCH, BEIGEL, HÉGAR, KATENBACH, PROCHOWNICK, MARTIN, CONZETTE e FRAIKIN, de modificações pathologicas do folliculo de GRAAF.

Pelo contrario, para NAGEL, OLSHAUSEN, ZIEGLER, LÉOPOLD, DÉLAUNAY e PICHEVIN, a presença de kistos folliculares no ovario é um estado puramente physiologico.

Os trabalhos recentes de ROCHE parecem confirmar esta ultima opinião, estabelecendo uma completa analogia entre o kisto follicular e a vesicula de GRAAF quando em estado de completo desenvolvimento.

(1) ROLLIN, *Hémorragies dans les ovaires kystiques*—*Annales de gynécologie*, novembro de 1893.

(2) FRAIKIN, obr. cit., observ 31, pag. 61.

Vejamos a descripção que faz este autôr da estrutura do kisto follicular.

Histologicamente, diz ROCHE (1), pôde distinguir-se nestes kistos folliculares, além do *cumulus proliger* e do *ovulo* que se apresentam com caracteres de perfeita normalidade, *uma parede propria e um envolucro*.

A *parede propria*, desprovida de vasos e constituida por um numero variavel de camadas de cellulas polyedricas por pressão reciproca, com protoplasma pouco abundante e com grande nucleo central, circumda internamente toda a periphéria do kisto.

Em alguns kistos folliculares esta parede propria tem um aspecto inteiramente differente. Algumas das suas cellulas, completamente desagregadas e fluctuando no interior do liquido follicular, são muito mais volumosas, arredondadas ou ovoides, com protoplasma granuloso e com nucleo pouco visivel.

O *envolucro* do kisto follicular é constituido por duas tunicas: — *uma interna e outra externa*.

A *tunica interna*, vascularisada e com espessura variavel entre 35 e 70 μ , é constituida por uma camada de cellulas fusiformes, muito delgadas, com prolongamentos ramosos; estas cellulas, com nucleo muito visivel e de direcção geralmente parallela ao contorno do kisto, anastomosam-se entre si, formando um reticulo cujas malhas alongadas encerram cellulas muito semelhantes ás da parede propria. Esta analogia é por vezes tão nitida que é difficil saber onde começa a tunica interna e onde acaba a granulosa.

No interior d'estas cellulas existem pequenos vacuo-

(1) ROCHE, obr. cit. pag. 122.

los, por vezes muito numerosos, separados por delgadas trabeculas de protoplasma. Para VAN DER STRICHT (1) representam, como nos folliculos normaes, pequenas gottas de gordura que os reagentes ordinarios dissolvem, mas que são nitidamente visiveis depois de fixadas pelos reagentes osmicos.

Em certos kistos, quando as cellulas da granulosa se encontram desagregadas e augmentadas de volume, as cellulas intersticiaes da tunica interna apresentam um aspecto sensivelmente analogo, podendo até, por vezes, espalhar-se na tunica externa e no estroma ovarico.

A *tunica externa*, que contém capillares, por vezes muito dilatados, que rastejam á superficie do kisto antes de penetrar na zona interna, é egualmente constituida por uma camada fibrillar, composta de cellulas semelhantes ás d'esta e formando tambem feixes pouco espessos, com direcção parallela ao contorno do kisto. Nos intervallos d'estes feixes veem-se espaços alongados, vasioes ou contendo alguns leucocytos.

A espessura e a densidade d'esta tunica externa são extremamente variaveis de um kisto para outro; em geral é mais espessa do que a interna, podendo attingir 250 μ .

Os limites entre as duas tunicas são geralmente pouco nitidos e, como acabamos de vêr, encontram-se numa d'ellas os mesmos elementos cellulares existentes na outra.

Em volta d'esta tunica externa existe uma zona de

(1) VAN DER STRICHT, *La ponte ovarique et l'histogénèse des corps jaunes* — *Bulletin de l'académie de médecine de Belgique*, 1901, pag. 216.

estroma ovarico, cortical ou medullar conforme a situação do kisto, mais denso do que o resto do estroma, mas tendo a mesma constituição histológica. Esta zona é muito rica em vasos que formam uma verdadeira corôa em torno do folliculo e que, mais numerosos e de maior volume no pólo interno do kisto, diminuem de numero e de espessura á medida que se approximam da superficie do ovario, desaparecendo por completo no pólo externo do kisto.

Se compararmos esta minuciosa descrição histológica com a que os histologistas fazem da estrutura do folliculo maduro, encontraremos uma perfeita analogia.

FRAIKIN affirma que a desaggregação, que por vezes se observa na camada granulosa e na tunica interna do kisto, jámais se encontra no folliculo maduro; mas NAGEL, VAN BENEDEM e muitos outros citam modificações analogas nos folliculos em completo estado de desenvolvimento, parecendo que realmente não existe differença alguma entre a estrutura do kisto follicular e a da vesicula de GRAAF.

O que é que distingue então o kisto follicular do folliculo maduro, para que não deva considerar-se a presença d'estes kistos folliculares como um facto puramente physiologico?

Para CONZETTE, RITCHIE e WEBB é a ausencia do ovulo; para PILLET e VAN MEERDERWORT são as dimensões exageradas; para PETIT, FRAIKIN e outros é o modo de formação e a evolução futura.

Vejamos o que se deverá pensar d'estas differentes opiniões.

A ausencia do ovulo não póde ser invocada para distinguir o kisto follicular do folliculo maduro, visto

que, ROCHE, nas suas numerosas observações, conseguiu por vezes verificar a existencia d'este elemento absolutamente intacto; e, se compararmos, como diz este autôr (1), as dimensões do ovulo com as do kisto follicular, quantas vezes não terá aquelle passado despercebido aos que assignalam a sua ausencia (2)?

Não me parece tambem que o volume do kysto follicular deva ser considerado como anormal.

As dimensões do folliculo maduro oscillam, segundo LUQUET, entre um centimetro e centimetro e meio; SAPPEY considera ainda como normaes os folliculos do volume de uma noz. Se alguma differença existe então entre o volume dos kistos folliculares e o dos folliculos maduros, *será a favor d'estes, isto é, os kistos são mais pequenos do que os folliculos.*

Vejamos agora se poderá assignalar-se alguma differença no modo de formação e na evolução futura.

Na puberdade, e durante a vida genital da mulher, um certo numero de folliculos primordiaes, desenvolvendo-se, augmentando consideravelmente de volume e modificando-se na sua estrutura, vae constituir os folliculos maduros. A simples camada de cellulas epitheliaes, que primitivamente entrava na sua constituição, soffrendo durante este periodo numerosas

(1) ROCHE, obr. cit., pag. 123.

(2) COYNE, (*Traité elementaire d'anatomie pathologique*, 1903, pag. 886) aconselha, para conseguir descobrir o ovulo, que se lave o interior do kisto com uma solução de sulfato de magnesia e que se deixe depositar o liquido proveniente da lavagem. No deposito encontrar-se-ha, com toda a probabilidade, o ovulo com todos os caracteres de perfeita normalidade.

modificações, vae constituir a membrana granulosa follicular.

Na parte interna do folliculo, esta membrana granulosa augmenta consideravelmente de espessura e fórma um tecido verrugoso — *cumulus proliger* — no interior do qual se encontra o ovulo que, primitivamente nú, está já agora revestido de uma membrana propria — *a membrana vitellina*.

Á medida que as cellulas, que inicialmente envolviam o ovulo, se vão multiplicando para constituir a granulosa, algumas d'ellas, mais profundamente situadas, soffrem grandes modificações na sua estrutura. O seu protoplasma liquefaz-se e vae constituir o liquido follicular, amarello, albuminoso, que occupa a cavidade central do ovisaco.

Ao mesmo tempo o folliculo vae pouco a pouco adquirindo um envolvero conjuntivo — *a théca follicular* — constituido por uma camada externa, de natureza fibrosa, e por uma tunica interna, vascular.

O folliculo adulto assim constituido, approximando-se lentamente da superficie do ovario, onde constitue uma saliencia arredondada, cujo ponto culminante — o *stigma* — representa a parte menos espessa da parede follicular, é, na época menstrual, séde de uma intensa hyperemia que se manifesta pela dilatação dos capillares que occupam a camada interna ou vascular. Como consequencia d'esta hyperemia, produz-se um augmento brusco do liquido follicular, devido não só á fusão das cellulas da granulosa, mas tambem e principalmente á transudação através das paredes dos capillares dilatados da tunica vascular; o stigma rompe-se e o ovulo é expulso pela abertura assim constituida.

Tal é a evolução histologica do folliculo primordial para o folliculo maduro e tal é o mecanismo invocado por todos os physiologistas para explicar a dehiscencia.

Vejamos agora como se constituem os kistos folliculares e qual a sua evolução.

Para RINDFLEISCH, VIRCHOW, TRÜKMULLER, BISHOP, PILLET, GALLARD, LAWSON TAIT, etc., o kisto follicular constitue-se á custa do folliculo, quando o envolucro d'este se tenha esclerosado. Esta esclerose, residuo de um processo inflammatorio anterior, impedindo a evolução normal do folliculo até á dehiscencia, transforma-o num kisto follicular.

FRAIKIN perfilha esta opinião.

«Quanto a nós, diz o autôr (1), o elemento preexistente, importante, o factor essencial, é a esclerose. O ovario esclero-kistico é, antes de tudo, um ovario esclerosado; a hydropisia follicular é devida á esclerose em torno do folliculo.

«É certo, todavia, que a theoria que explica por uma retenção a formação dos kistos tem, na época actual, muitos adversarios, e ainda ultimamente DELBET se insurgia contra ella quando affirmava que a obliteração dos canaes excretôres produz sempre e necessariamente a atrophia da porção secretante; mas o ovario não é uma glandula em cacho e, portanto, parece-nos razoavel admittir que, não podendo o folliculo distendido, romper-se, como acontece no estado normal, por causa da esclerose que o envolve, os productos de secreção devidos á degenerescencia das cellulas da granulosa se accumularem na sua cavidade».

(1) FRAIKIN, obr. cit., pag. 98.

Da mesma opinião é também ROUSSAN (1):

«...Esta esclerose, irradiando em todos os sentidos na espessura do ovario, enkista os folliculos já completamente desenvolvidos».

Não julgo accetavel tal opinião.

Com effeito, se a esclerose fosse primitiva e peri-follicular era provavel que fosse sobretudo nitida em torno do folliculo. Ora em nenhuma das 20 observações publicadas por J. ROCHE, referentes a ovarios micro-poly-kisticos, se verificava a esclerose peri-follicular. É certo que alguns kistos folliculares são como que envolvidos por um ou dois *corpora fibrosa*, — elementos normaes do ovario —, que num exame superficial podem ser considerados como zonas de esclerose.

Se notarmos que FRAIKIN e os seus adeptos nem sequer assignalam a existencia d'estes *corpora fibrosa*, não repugna admittir que as zonas por elles observadas e descriptas como sendo de esclerose sejam elementos normalmente existentes no ovario.

Mas ainda, admittindo mesmo a possivel existencia d'uma esclerose primitiva, não julgo possivel conciliar esta hypothese com a affirmação que faz FRAIKIN (2) quando diz que «a quantidade de esclerose não está em relação directa com o volume do kisto follicular; kistos relativamente volumosos, são pouco envolvidos pela esclerose; outros, mais pequenos, teem em torno um verdadeiro anel, como se a esclerose, depois de ter causado a dilatação kistica, conseguisse, pelo seu exagerado desenvolvimento, destruir o kisto».

(1) ROUSSAN, *Varicocèle pelvien*. Paris, 1892, pag. 17.

(2) FRAIKIN, obr. cit., pag. 75.

Se, como affirma FRAIKIN, ha kistos volumosos envolvidos por uma esclerose delgada, e se ha pequenos kistos envolvidos por uma espessa camada de esclerose, não será mais logico concluir que esta, pelo seu desenvolvimento ulterior, longe de provocar a hydrophisia follicular, tem pelo contrario, como consequencia immediata e necessaria a atrophia do kisto? E tambem como explicar que a esclerose, aceite como causa efficiente dos kistos folliculares, possa successivamente produzir a dilatação dos folliculos e a sua atrophia?

Positivamente eu não vejo, e aqui concordo com GHAZAROSSIAN (1), pelos caracteres da esclerose, que mecanismo natural possa explicar este facto.

ZIEGLER, PETIT, SEGOND, DÉLAUNAY, BERLIUS e POZZI, rejeitando a hypothese de uma esclerose perifollicular primitiva, affirmam que o enkistamento follicular é o resultado de um trabalho de peri-ovarite, que, produzindo uma camada fibrosa, uma espessura anormal da albuginea, impede a dehiscencia dos folliculos.

CONZETTE (2), e a meu ver com justa razão, combate esta theoria affirmando que nada ha mais frequente do que a existencia de numerosos kistos folliculares fazendo saliencia á superficie do ovario e revestidos de uma delgadissima parede, por vezes de tão pequena espessura que não será difficil reconhecer por simples transparencia o liquido follicular.

É certo que, numa das observações de PETIT, parece que os folliculos se não romperam por causa de

(1) GHAZAROSSIAN, *La pathogénie de l'ovaire scléro-kystique*. Paris, 1903, pag. 49.

(2) CONZETTE, obr. cit., pag. 40.

uma espessa camada de peri-ovarite; mas ainda assim como explicar, por este mecanismo, todos os outros casos em que os kistos existem não obstante a ausencia de qualquer causa mecanica peripherica que impeça a dehiscencia (1) ?

Mais razoavel e logica me parece a hypothese emitida por CONZETTE (2) de serem as congestões repetidas que tem o principal papel etiologico na formação dos kistos folliculares. «É nas affecções que congestionam os órgãos genitales da mulher que se produz a chamada degenerescencia micro-poly-kistica do ovario, congestões passivas resultantes da presença d'um tumor no utero ou no ligamento largo, congestões activas provenientes de doenças infecciosas (febres eruptivas), de coitos immoderados, ou até mesmo da perversão do instincto sexual como MARTIN e LAWSON TAIT tem observado.

«Anatomicamente os ovarios micro-poly-kisticos apresentam todos os caracteres de uma congestão intensa ou de congestões repetidas e chronicas. Os vasos sanguineos, muito mais numerosos do que normalmente, e envolvendo por completo as vesiculas de GRAAF, dão frequentes vezes logar, pela ruptura das suas differentes tunicas, a pequenas hemorragias intersticiaes, vestigios evidentes de uma congestão intensa. Os

(1) Para COYNE (obr. cit., pag. 886), a indehiscencia do folliculo, e consequentemente a sua transformação em kisto follicular, é devida á secreção insufficiente do *liquor folliculi*. Não é provavel que assim seja, poisque, coexistindo os ovarios micro-poly-kisticos com uma congestão pelvica, de presumir será que o liquido follicular seja, como consequencia do processo congestivo, sufficientemente abundante.

(2) CONZETTE, obr. cit., pag. 41.

folliculos maduros soffrem lesões irritativas diversas, successivamente caracterisadas por alterações epitheliaes, alterações da membrana granulosa, infiltração nuclear na parede dos folliculos, e por ultimo esclerose.

«Tal é a marcha provavel das lesões. Taes são as provas que nos fazem pensar que a degenerescencia micro-poly-kistica é o resultado de congestões repetidas».

FRAIKIN insurge-se contra esta maneira de ver de CONZETTE. «Não vemos, diz o autôr (1), como se possa admittir que um folliculo, por simples congestão, se torne kistico. O mesmo phenomeno se passa no periodo menstrual; é então, quando se produz o erethismo ovarico, que o liquido follicular, accumulado no ovisaco, o distende e rompe.

«Não se comprehende portanto que, rompendo-se este folliculo no periodo menstrual, se não rompa tambem quando outras congestões se produzem. Desde que um folliculo se distende, e que nenhum obstaculo peripherico se oppõe á sua dehiscencia, não ha razão physiologica alguma para que elle se conserve intacto; a consequencia fatal e immediata será a ruptura».

Não me parece de valor a objecção de FRAIKIN.

Na época menstrual a congestão pelvica é muito intensa e extremamente rapida; as paredes folliculares, surprehendidas pelo augmento exagerado e quasi instantaneo do liquido follicular, não offerecem grande resistencia e, consequentemente, rompem-se.

Ora o que é que se passa na congestão chronica ?

(1) FRAIKIN, obr. cit., pag. 97.

Nesta, menos intensa e mais lenta, a produção de liquido follicular deverá ser menos rapida tambem, e as paredes dos folliculos poderão adquirir uma maior resistencia que, na generalidade dos casos, as impedirá de ceder. Na tunica interna do kisto follicular a circulação é extremamente activa. Esta super-actividade circulatoria, actuando sobre as fibras conjunctivas que constituem a tunica externa, deverá, analogamente ao que se passa nas mucosas uterina e tubar, produzir uma ligeira hyperplasia e, consequentemente, um augmento de espessura d'esta parede. É o que se poderá verificar por uma analyse histologica minuciosamente feita.

É este ligeiro augmento de espessura, que certamente se não dá na congestão physiologica, que, a meu vêr, deverá explicar a indehiscencia do folliculo. Não se julgue no entanto que considero este augmento de espessura como sufficiente para evitar sempre a dehiscencia. Não e convenço-me até que mais tarde a ruptura se fará. Terá sido assim apenas retardada. Effectivamente, se assim não fosse, se admittissemos, como affirma a maioria dos autôres, que o kisto follicular, uma vez constituido, jamais chegaria á dehiscencia, como explicar então a existencia dos innumerous corpos amarellos que povoam o ovario das fibromyomas?

A duração dos kistos folliculares, exceptuados os casos, não raros é certo, em que o ovario é posteriormente séde de um processo de esclerose, não será indefinida; poderá ser um pouco mais prolongada do que a duração dos folliculos maduros, mas nem por isso o kisto deixará de abrir-se.

Vê-se portanto que, ainda no modo de constituição

como na evolução futura, o kisto follicular é sensivelmente analogo ao folliculo maduro.

Não ha portanto razões de ordem physiologica ou anatomica que me impeçam de concluir com ROCHE, que não existe differença sensivel entre o que os histologistas chamam folliculo maduro, e os anatomo-pathologistas kisto follicular (1).

É certo todavia que, como diz POZZI (2), «se estas pequenas hydropisias folliculares não teem significação alguma pathologica, podem comtudo criar, pela sua multiplicidade, uma verdadeira vulnerabilidade do orgão».

Esta multiplicidade observa-se indubitavelmente no ovario das fibromyomatosas, o que conduz necessariamente á affirmacão, já por mim feita, de que o ovario *micro-poly-kistico* é um orgão em actividade funcional exagerada.

Em resumo: — *a existencia de kistos folliculares no ovario das fibromyomatosas não constitue uma affecção e só a multiplicidade d'estes kistos deverá ser considerada como phenomeno pathologico.*

Para terminar o estudo do apparelho follicular do ovario que acompanha a evolução dos fibromyomas uterinos, resta-me fallar das modificações dos *corpos amarellos* e dos *corpora fibrosa*.

(1) Era esta tambem a opinião de PETIT (A. MONJARDINO, *Da conservação em gynecologia*, Lisboa, 1904, pag. 39), quando admittia a existencia de kistos folliculares em ovarios perfeitamente sãos.

(2) Pozzi, obr. cit., pag. 826.

Para PILLET (1), a existencia de kistos folliculares é acompanhada da hypertrophia dos corpos amarelos da gravidez e sobretudo dos corpos amarelos da menstruação (2).

Por vezes, a cicatrização — processo regressivo normal — não se faz; frequentemente, tambem, observa-se na cavidade do *corpo amarello* um derrame, ás vezes fibrinoso, mas geralmente sanguineo, que, em alguns casos, irrompe para o tecido ovarico determinando um verdadeiro fóco de apoplexia.

Os *corpos amarelos*, assim modificados, continuam por vezes a sangrar, podendo attingir, excepcionalmente é certo, o volume de um ovo, de uma laranja, ou até mesmo o volume de uma cabeça de adulto (3).

(1) PILLET, *Note sur l'état des corps jaunes dans la fibromatose utérine*, — *Bull. de la soc. anat.*, 1897, pag. 368, e 1898, pag. 293.

(2) As expressões «*corpo amarello* da gravidez ou *corpus verum*» e «*corpo amarello* da menstruação ou *corpus spurium*» tendem a desaparecer. Desde os trabalhos de TOUPET, LUQUET, BEIGEL SOBOTTA e KREISS-RABL, todos os autôres accitam como unica differença entre estas duas ordens de *corpos amarelos*, as dimensões e a duração da evolução: — o *corpo amarello* da gravidez é maior e de evolução mais lenta do que o *corpo amarello* da menstruação.

Conhecidas as dimensões enormes que, fóra da gravidez, e unicamente como consequencia das congestões pelvicas, podem attingir os *corpos amarelos*, demonstrada ainda a existencia de *corpora spuria* com evolução extremamente lenta, a distincção deixa de ter logar.

(3) Nas observações publicadas por HUGUIER, NÉLATON, BECKEL e DENONVILLIERS, (ROCHE, obr. cit., pag. 135), este derrame sanguineo, muito abundante, constituia um verdadeiro hematocello.

Em communicações feitas em 1897 e 1898 á Sociedade de Anatomia de Paris (1), PILLET refere o exame de tres corpos amarellos provenientes de ovarios de fibromyomatosas; como consequencia das congestões ovaricas permanentes, todos se apresentavam hypertrophiados e hemorragicos.

Numa das observações publicadas por CONSTANTIN DANIEL (2), encontra-se tambem referencia a um corpo amarello consideravelmente hypertrophiado e hemorragico.

ROCHE (3) dá a seguinte descripção dos corpos amarellos por elle observados: «... parecem formados por um envolucro de côr branca ou levemente amarelada e de dois a tres millimetros de espessura.

«Este envolucro, sensivelmente circular, circumscreve uma cavidade cheia por um enorme coagulo que, a maior parte das vezes francamente hemorragico, apresenta algumas vezes, depois da fixação, o aspecto de uma massa gelatinosa, turva, separada do envolucro por uma zona nitidamente hemorragica».

Para VALENTIN, POUCHET, CORNIL, LUQUET e RACIBORSKY, esta hemorragia que se dá nos corpos amarellos não deverá considerar-se um phenomeno pathologico, pois é constante nos corpos amarellos de ovarios absolutamente normaes.

A verdade é, porém, que se a presença de coagulos sanguineos nos corpos amarellos do ovario normal deve ser considerada como um phenomeno physiolo-

(1) *Journal de l'anatomie et de la physiologie normales et pathologiques*, 1897 e 1898.

(2) CONSTANTIN DANIEL, *obr. cit.*, observ. 2.

(3) ROCHE, *obr. cit.*, pag. 132.

gico, a hemorragia que se dá nos corpos amarelos do ovario *micro-poly-kistico*, deverá, todavia, pela sua maior abundancia, ser considerada como pathologica.

É, na realidade, indiscutivel que, nestes ovarios, ha uma enorme tendencia para as hemorragias, como provam os focos hemorragicos intersticiaes observados por PILLET e ROCHE.

Os *corpora fibrosa*, — ultima phase de evolução dos corpos amarelos —, mais volumosos do que normalmente, são por vezes nitidamente visiveis a olho nú. Muito numerosos e occupando geralmente a zona medullar, perdem, por vezes, a fórma arredondada ou ovalar, tornando-se alongados e estendendo-se em fórma de crescente em volta da superficie dos kistos folliculares. É esta disposição que, como já foi dito, os faz, por vezes, considerar como zonas de esclerose envolvendo o folliculo.

BULIUS (1) descreve tambem, além d'estes *corpora fibrosa* volumosos, outros, mais pequenos, occupando a zona cortical, e tambem mais numerosos do que normalmente, devidos á atresia dos folliculos que não attingiram a maturação. «Compõem-se d'um tecido sem estructura, tendo soffrido a degenerescencia hyalina, e atravessado por um numero consideravel de cellulas fusiformes».

Vejamos agora, para terminar esta já longa referencia ao ovario *micro-poly-kistico*, as modificações do aparelho vascular.

(1) BULIUS, obr. cit., pag. 141.

As lesões vasculares do ovario das fibromyomas foram estudadas pela primeira vez por BULIUS que as considerava como absolutamente constantes e características.

O autôr descreve, como propria da phase inicial, uma intensa hyperemia arterial e venosa. Á medida que esta hyperemia se accentua, as paredes vasculares soffrem intensas modificações, essencialmente caracterizadas pelo augmento de espessura e pela degenerescencia hyalina da tunica media e por uma manifesta proliferação endothelial, por vezes acompanhada de uma infiltração por cellulas redondas inflammatorias.

Nas observações referidas por BULIUS, as lesões vasculares eram principalmente nitidas no hilo do ovario.

GRECO, um pouco mais minucioso nas suas observações, chega a conclusões sensivelmente analogas ás de BULIUS.

Para elle (1), as modificações vasculares que acompanham a evolução dos fibromyomas uterinos, consistem na dilatação e augmento numerico das arterias e das veias, que chegam, por vezes, a constituir a quasi totalidade da substancia medullar.

Os vasos, turgidos, tortuosos, com dilatações aneurismaticas, de paredes excessivamente espessas, são séde d'uma proliferação endothelial que, frequentes vezes, dá logar á sua obliteração completa.

São estas diferentes alterações vasculares que, no dizer de GRECO, occasionam a diminuição numerica dos folliculos primordiaes, a formação dos kistos folli-

(1) GRECO, obr. cit., pag. 78.

culares, e a atresia das vesículas de GRAAF com produção de corpos amarelos e de *corpora fibrosa*.

PUIG (1) e VAN MEERDERWORT (2) fazem analogas descrições.

ROCHE (3), no seu trabalho sobre o ovario das fibromyomas, dá-nos uma descrição mais completa e muito mais precisa das alterações vasculares.

Segundo este autôr, as modificações differem consideravelmente nos systemas arterial e venoso.

As arterias, mais numerosas do que normalmente, augmentam de espessura á custa da camada de fibras circulares que entra na constituição das suas paredes; este augmento de espessura parece depender essencialmente dos elementos conjunctivos e elasticos d'esta tunica.

As arterias mais volumosas, que occupam o hilo do ovario, conservam muito tempo um calibre normal; nas arterias menos volumosas, o augmento de espessura das paredes é de tal modo consideravel, que o calibre vascular chega a ser um quarto ou um quinto do calibre normal; as paredes arteriaes são anhystas, hyalinas, com um endothelio constituido por volumosas cellulas em descamação que contribuem para completar a obliteração da lumen vascular quando ainda permeavel.

Estas arteriolas, espessas e obliteradas, disseminadas sem ordem apparente no interior da substancia medullar e attingindo tambem a zona cortical, occupam

(1) PUIG, *Lésions inflammatoires de l'ovaire*. Paris, 1893, pag. 35.

(2) VAN MEERDERWORT, obr. cit., pag. 593.

(3) ROCHE, obr. cit., pag. 144.

frequentemente a periphéria dos *corpora fibrosa* e as trabeculas protoplasmaticas que penetram nestas formações.

As lesões venosas são muito menos nitidas do que as arteriaes.

As veias, por vezes muito numerosas, dando ao ovario um aspecto cavernoso, são dilatadas, flexuosas. As suas paredes, á parte uma leve descamação endothelial, são geralmente normaes.

Os lymphaticos encontram-se geralmente dilatados, formando, por vezes, verdadeiros vacuolos alongados e fusiformes, contendo numerosos leucocytos degenerados.

BULIUS, FRAIKIN e PUIG, vêem nestas alterações vasculares o resultado d'um processo nitidamente inflammatorio.

Para confirmar esta opinião fundam-se na existencia d'uma infiltração das paredes vasculares por cellulas redondas inflammatorias.

GRECO, VAN MEERDERWORT e ROCHE combatem esta afirmação. As modificações venosas e lymphaticas são, para estes autôres, de ordem puramente mecanica e causadas por perturbações circulatorias da pequena bacia dependentes da existencia dos fibromyomas uterinos.

Nas arterias ovaricas, ROCHE distingue, no ponto de vista pathogenico, dois grupos.

O primeiro é constituído pelos grossos troncos arteriaes do hilo e pelas arterias do estroma ovarico. Estes vasos, para luctarem contra a estase venosa inicialmente existente, soffrem primitivamente um consideravel augmento de espessura devido á hypertrophia da sua camada muscular; a sua lesão primitiva é portanto

uma hypertrophia de compensação; posteriormente distendem-se e as suas paredes degeneram.

O segundo grupo é constituído pelas arterias do envulcro follicular. Estas, muito activas no momento da maturação e da dehiscencia dos folliculos e da evolução dos corpos amarellos, obliteram-se na passagem d'estes ultimos para o estado de *corpora fibrosa*; esta obliteração é devida á diminuição e consecutiva supressão da sua actividade circulatoria. A parede muscular d'estas arterias obliteradas, desprovida de funcções, soffre a degenerescencia hyalina.

Estas diferentes modificações que, devidas unicamente á intensa congestão pelvica, acompanham a evolução dos fibromyomas uterinos, dando origem ao chamado ovario *micro-poly-kistico*, rarißimas vezes conservam a fórma que acabo de descrever.

Na generalidade dos casos, á semelhança do que se observa nas mucosas uterina e tubar, estas modificações primitivas soffrem alterações intensas, por influencia d'um processo inflammatorio secundario que transforma assim o typo anatomo-pathologico inicial, num outro, de caracteres inteiramente differentes.

O processo infeccioso, por vezes muito intenso, produz, rarißimas vezes, a suppuração dos kistos folliculares (1).

(1) CONSTANTIN DANIEL, que nunca conseguiu verificar esta suppuração dos kistos folliculares, refere, todavia, no seu trabalho, dois casos devidos a JONES e JACOBS. MAUGER, num

Na quasi totalidade dos casos trata-se d'uma inflamação chronica produzindo esclerose do estroma ovarico e transformando assim o ovario *micro-poly-kistico* num ovario *esclero-kistico*.

Esta ovarite esclero-kistica encontra-se com enorme frequencia durante o desenvolvimento dos fibromyomas uterinos. Se é certo que DANIEL e ainda ultimamente DEVAUX, não conseguiram verificá-la em mais de 56 0/0 dos casos, GRECO considera-a, todavia, como absolutamente constante, não hesitando em afirmar que, *até mesmo em ovarios considerados normaes, não seria difficil reconhecer, no interior do seu estroma lesões de esclerose extensas e multiplas.*

Para SLAVJANSKI (1), ROUSSAN (2), ROLLIN (3), POZZI (4), GHAZAROSSIAN (5) e LAWSON TAIT (6) a ovarite esclero-kistica pôde ser primitiva, independente de um processo inflammatorio, e unicamente devida ao erethismo ovarico, occasionado pela presença dos fibromyomas uterinos.

trabalho sobre ovarite suppurada publicado em 1900 (*Contribution à l'étude de l'ovarite suppurée*. Paris, 1900, pag. 51), cita tambem um caso em que o ovario se tinha transformado num enorme abcesso.

- (1) SLAVJANSKY, *Oophorites—Annales de gynécologie*, 1890.
- (2) ROUSSAN, *Varicocèle pelvien*. Paris, 1890.
- (3) ROLLIN, *Hémorragies de l'ovaire*. Paris, 1899.
- (4) POZZI, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, novembro e dezembro de 1897.
- (5) GHAZAROSSIAN, *Contribution à la pathogénie de l'ovaire scléro-kystique*. Paris, 1903.
- (6) LAWSON TAIT, *Maladies des ovaires*. Paris, 1886.

Para SEGOND (1), DÉLAUNAY (2) e CONZETTE (3), esta congestão inicial teria como consequencia immediata a formação de kistos folliculares; estes, dando logar a uma intensa irritação no tecido conjunctivo intersticial ambiente, provocariam uma esclerose, não inflammatoria, do estroma ovarico.

Não julgo accetaveis taes opiniões.

Das observações publicadas sobre o assumpto deduz-se claramente que, num grande numero de casos, as trompas, embora macroscopicamente sãs, são todavia séde d'um processo inflammatorio, unicamente revellado á analyse histologica e que não tardará a transmittir-se aos ovarios.

O proprio CONZETTE, que affirma não ser a degenerescencia esclero-kistica a consequencia d'uma doença inflammatoria do utero e das trompas, visto que, em muitos casos, estes orgãos se encontram absolutamente sãos, refere todavia, nas suas 37 observações, 28 casos em que as alterações tubares eram manifestas á simples vista.

Se accrescentarmos ainda, com PILLET (4), que as lesões inflammatorias do utero e das trompas podem desaparecer, mantendo-se no ovario o processo pathologico ou as lesões consecutivas, será legitimo con-

(1) SEGOND, *Traité de chirurgie Duplay et Reclus*, tomo VIII, artigo salpingo-ovarite.

(2) DÉLAUNAY, *Des opérations conservatrices de l'ovaire*. Paris, 1893.

(3) CONZETTE. *Contribution à l'étude des ovaires à petits kystes*. Paris, 1890.

(4) PILLET, *Étude anatomo-pathologique de l'ovaire scléro-kystique*, — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 29 de novembro de 1890.

cluir que, na maioria dos casos descriptos de ovarites esclero-kisticas, sem lesões inflammatorias do aparelho genital, se trata, na realidade, d'um processo inflammatorio antigo que desapareceu sem deixar vestigios nitidos da sua passagem.

E ainda, se fosse exacta a opinião de que os kistos, de origem simplesmente congestiva, eram os factores originarios da esclerose, seria de presumir que quanto maior numero de kistos existisse tanto mais extensas seriam as lesões de esclerose; ora é precisamente o contrario que se observa. Todos os autôres concordam effectivamente em que quanto mais extensas forem as lesões de esclerose, tanto menor é o numero de kistos folliculares.

Demais ainda, se o kisto fosse a causa da esclerose, esta deveria ser unicamente peri-kistica. Ora, se assim fôsse, como explicar então a existencia de zonas de esclerose sem relação alguma com os kistos folliculares?

Parece-me portanto que a congestão pelvica não póde, por si só, explicar a existencia de ovarios esclero-kisticos.

É certo que os phenomenos congestivos desempenham um papel consideravel na etiologia da ovarite esclero-kistica, mas não até ao ponto de produzirem a esclerose.

Ao utero fibromyomatoso, essencialmente congestivo, corresponde o ovario micro-poly-kistico. Este, pela congestão intensa de que é séde, torna-se um terreno favoravel para a infecção, mas só por influencia d'esta se transforma em um novo typo anatomo-pathologico — o ovario esclero-kistico.

Em alguns casos a infecção transmite-se por con-

tiguidade. O processo inflamatório attinge o pavilhão da trompa e, por intermédio da franja ovarica, a periphèria do ovario.

Nestes casos, o ovario, de superficie primitivamente lisa, cobre-se de adherencias que o ligam aos órgãos vizinhos, chegando, por vezes, a constituir com a trompa uma massa irregular, sem limites nitidos, e onde só uma dissecção minuciosa conseguirá descobrir o que pertence a um e a outro d'estes órgãos.

Immediatamente abaixo d'estas adherencias, a parte externa da zona cortical é tambem frequentemente lesada. «Numa espessura variavel, podendo attingir alguns millimetros, existe uma camada de tecido escleroso, fibroide, com fibras onduladas, onde quasi não ha cellulas. Esta faixa de esclerose, quasi sempre continua, envolve o ovario até ao hilo» (FRAIKIN) (1).

Muito mais frequente é a transmissão por via lymphatica.

Neste caso não ha esclerose periphèrica e o ovario apresenta os caracteres de uma normalidade perfeita. A esta normalidade apparente correspondem, porém, intensas modificações que attingem os differentes elementos que constituem o ovario.

(1) Para CORNIL e TERRILLON (*Anatomie et physiologie pathologiques de la salpingite et de l'ovaire*, — *Archives de physiologie*, novembro de 1887, pag. 529), estas lesões de esclerose limitam-se, por vezes, a simples adherencias e attingem unicamente a periphèria do ovario. Para LAWSON TAIT (Obr. cit., pag. 202) e ROCHE (Obr. cit., pag. 113), a esclerose invade tambem as camadas profundas da zona cortical, causando frequentemente a destruição completa dos folliculos primordiaes.

O estroma, nas suas porções medullar e cortical, transforma-se num tecido escleroso constituído por placas irregulares, dispostas sem ordem alguma, e por faxas de dimensões variáveis que sulcam o ovario em todos os sentidos.

As tunicas que constituem o envolvero dos folliculos, deformadas, assentam sobre um estroma escleroso, espesso, de dimensões variáveis.

Por vezes, nos ovarios infectados de ha muito ou muito intensamente infectados, os folliculos são completamente destruidos pelas lesões de esclerose, e, o ovario micro-poly-kistico, onde primitivamente existia um numero consideravel de kistos folliculares, torna-se agora um ovario totalmente esclerosado, onde, o exame microscopico, por mais minucioso, não consegue demonstrar a existencia d'um unico folliculo de GRAAF.

Os corpos amarelos são tambem, mais raramente é certo, envolvidos por um verdadeiro anel de esclerose, d'onde irradiam faxas que attingem, por vezes, o seu interior.

As arterias, primitivamente flexuosas e dilatadas, apresentam manifestas lesões de endo-arterite e de peri-arterite.

As veias, menos profundamente affectadas, são todavia séde de lesões de phlebite.

Em artigo publicado em 1888 DIXON JONES e HEITZMANN (1) citam, como complicação frequente da

(1) DIXON JONES, *Removal of the uterine appendages* (cit. por REYMOND, *Anatomie pathologique des salpingo-ovarites*. Paris, 1895).

ovarite esclero-kistica, a compressão dos filetes nervosos que innervam o ovario.

Este facto, absolutamente logico, foi mais recentemente confirmado pelas numerosas observações de FRAIKIN.

Este ultimo autôr (1), tentando tambem investigar se ao lado d'esta compressão existiriam, á semelhança do que SAWINOFF tinha demonstrado para a salpingite parenchymatosa, lesões de peri-nevrite, não conseguiu todavia obter provas evidentes da existencia d'esta ultima affecção.

É muito provavel comtudo que a acção da esclerose se não limite á simples compressão das terminações nervosas, mas que chegue a determinar alterações anatomo-pathologicas dos filetes nervosos.

Ao terminar esta descripção das diversas alterações devidas a um processo de esclerose ovarica, occorre-me um facto, já mencionado por FRAIKIN, e que não devo deixar de accentuar: — *no ovario, estas lesões de esclerose nem sempre são faceis de reconhecer.*

No figado ou no rim, orgãos cujos elementos são altamente diferenciados, nada mais facil do que reconhecer a existencia de um tecido fibro-escleroso; no estroma ovarico, constituido por tecido conjunctivo, algumas fibras musculares e cellulas fusiformes, a esclerose caracteriza-se, por vezes, unicamente pela diminuição ou ausencia d'estas cellulas e pela pequena vascularização do parenchyma.

(1) FRAIKIN, obr. cit., pag. 80.

Mais longe se verá a importancia consideravel que se deverá ligar a este facto para a escolha da interção operatoria.

*
* *

A estas alterações anatomicas dependentes dos fibromyomas uterinos, ou da infecção secundaria, tão frequentemente observada, correspondem modificações funcioaes diversas (hemorragias, leucorreia, hydrorreia, dôr, perturbações por compressão e manifestações nevróticas), cujo conjuncto é designado por Pozzi sob a denominação de *syndroma uterino*.

Na symptomatologia dos fibromyomas uterinos, avulta a *hemorragia* como signal que, na generalidade dos casos, primeiro desperta a attenção das doentes e que, pela sua exagerada abundancia, pôde dar ao fibromyoma, tumôr histologicamente benigno, o caracter d'um tumôr extremamente grave (1).

(1) PELLANDA, (*La mort par fibromyomes utérins*. Paris, 1905, pag. 33 e segg.), cita 9 casos de morte consecutiva a hemorragias uterinas. MATTHEWS DUNCAN (POZZI, obr. cit., pag. 352), cita tambem um caso de morte consecutiva a hemorragias causadas pela existencia d'um fibromyoma uterino.

Inicialmente reduzida a simples *menorragias*, não tarda a apresentar a fôrma *metrorragica* que, primitivamente accidental e irregular, se torna rapidamente habitual.

Qual é a causa d'estas hemorragias?

Para WYDER estariam ligadas á fôrma anatomica das lesões da mucosa.

No typo anatomo-pathologico por elle denominado «metrite glandular», proprio dos fibromyomas afastados da cavidade uterina, as hemorragias são inicialmente pouco frequentes. Só muito mais tarde, quando a multiplicação e o desenvolvimento exagerado das glandulas tiver comprimido os vasos e, consequentemente, occasionado uma estase sanguinea, é que as hemorragias, como consequencia da ruptura das paredes vasculares, se tornarão frequentes.

No typo «metrite intersticial», correspondente aos fibromyomas que occupam as proximidades da mucosa uterina, esta compressão vascular, mais precoce e mais intensa, produzida pela hyperplasia do tecido intersticial, dará causa a hemorragias frequentes e abundantes.

Esta concepção de WYDER, tambem defendida por BATUAUD (1) e mais tarde erigida em lei por BOUILLY, é actualmente aceite pela quasi totalidade dos autôres.

Nesta conformidade, em dois tratados de gynecologia recentemente publicados, escreveu-se:

«Les *hémorragies* deviennent le symptôme prédominant dans la majorité des cas. Elles revêtent la forme

(1) BATUAUD, *Les hémorragies dans les tumeurs fibreuses de l'utérus*. Paris, 1831, pag. 55.

ménorragique ou *métrorragique*, c'est-à-dire survient au moment des règles ou dans l'intervalle. Elles paraissent intimement liées, comme WYDER l'a soutenu, aux lésions de métrite interstitielle qui accompagnent toujours les corps fibreux peu éloignés de la muqueuse; le métrite glandulaire, qui coexiste avec les fibromes qui en sont plus distants, ne donne lieu qu'à de la leucorrhée. En générale, le symptôme hémorragie est d'autant plus accusé que le néoplasme est plus rapproché de la cavité» (POZZI) (1).

«D'ailleurs, l'hémorragie n'est pas absolument constante. Elle manque dans les fibromes sous-séreux et dans certains interstitiels; elle est au maximum dans les sous-muqueux. Elle serait d'autant plus importante que la tumeur se rapproche davantage de la muqueuse» (BOURSIER) (2).

Num estudo sobre endometrite e lesões annexias nos fibromyomas uterinos, SAINTOT (3) affirma também que as *alterações vasculares, as rupturas dos capillares e a existencia de focos sub-epitheliaes*, — modificações tão frequentemente observadas na metrite intersticial dos fibromyomas que atingem a cavidade uterina —, são suficientes para explicar a maior frequência das menorragias e das metrorragias nestes tumôres.

Para CURATULO (4), a estase vascular é, á semelhança

(1) POZZI, obr. cit., pag. 352.

(2) BOURSIER, obr. cit., pag. 511.

(3) SAINTOT, obr. cit., pag. 59.

(4) CURATULO, *Ricerche istologiche e considerazioni cliniche sulle alterazioni della mucosa uterina nei tumori della matrice. Annali de ostetricia e ginecologia*, 1891, n.º 1 e 2.

do que pensam WYDER, BOUILLY, POZZI, BOURSIER e SAINTOT, a causa inicial das hemorragias; todavia, ao contrario do que affirmam estes autôres, essa estase resulta, na opinião de CURATULO, não das alterações da mucosa, mas unicamente da compressão vascular causada pelo fibromyoma.

Como as veias são menos resistentes e, consequentemente, mais compressiveis do que as arterias, a compressão exercida pelo neoplasma não tardará a produzir uma congestão intensa e a ocasionar assim a ruptura dos capillares.

Opinião analoga era emittida por RIZZUTI (1) que, não tendo reconhecido na mucosa dos uteros fibromyomatosos, por elle observados, lesões susceptiveis de explicar as hemorragias, considerava como principaes factores d'este phenomeno pathologico, a presença do fibromyoma e a estase consecutiva.

SEMB, numa memoria publicada em 1893 (2), sem rejeitar abertamente a influencia que, no mecanismo das hemorragias, possa ter a estase vascular produzida na mucosa uterina pela hypertrophia do tecido intersticial ou glandular, affirmava todavia que a hypertrophia das paredes musculares do utero e a hyperplasia vascular que acompanham os fibromyomas são, independentemente da séde do tumôr, as causas mais frequentes das perturbações menstruaes symptomaticas do processo fibromyomatoso.

Nesta rapida exposiçãõ de opiniões quanto á origem e mecanismo das hemorragias, vê-se que todas são con-

(1) RIZZUTI, obr. cit., pag. 15.

(2) SEMB, obr. cit., pag. 37.

cordes em afirmar que o sangue provem da mucosa uterina e não do proprio tumôr (1) — exceptuando, é claro, os polypos fibrosos ulcerados em que o processo inflammatorio, destruindo as paredes vasculares, é a causa de hemorragias abundantes — mas que divergem quanto á interpretação do mecanismo d'estas hemorragias, do motivo por que a mucosa uterina sangra.

Emquanto que para WYDER, BATUAUD, BOUILLY, POZZI, BOURSIER e SAINTOT, as hemorragias estão sob a dependencia immediata das lesões vasculares produzidas pela metrite intersticial ou glandular; para CURATULO, RIZZUTI e SEMB, é a estase vascular, devida á acção directa do fibromyoma, a causa das hemorragias.

Estas hypotheses, exclusivamente fundadas em dados anatomo-pathologicos, estão, frequentes vezes, em manifesta contradicção com alguns factos clinicos.

Com effeito, acontece, frequentemente, que tumôres de minimo volume, sub-serosos, se acompanham de hemorragias abundantes, ao passo que outros, intersticiaes, volumosos, e em relação intima com a mucosa uterina, evolucionam sem perturbar a menstruação (2).

Ora sendo assim, não poderá invocar-se o volume e

(1) «Cette origine muqueuse du sang est démontrée par un fait de polype fibreux né dans le col d'une femme qui avait subi une hysterectomie sus-vaginale et qui malgré son polype n'avait jamais éprouvé d'hémorragie» (BOURSIER, obr. cit., pag. 511).

(2) No anno lectivo de 1905-1906 tive occasião de observar, na clinica escolar do Prof. Dr. DANIEL DE MATTOS, uma doente, com um fibromyoma sub-seroso de pequeno volume, que soffria de enormes hemorragias.

a situação do tumôr como causas necessarias e suficientes dos phenomenos hemorragicos.

Mas, admittindo mesmo que a estase sanguinea produzida nos vasos uterinos como consequencia das alterações da mucosa ou da compressão exercida pelo neoplasma fôsse o factor essencial da hemorragia (1), como explicar que esta causa, permanente, provocasse hemorragias periodicas ou mesmo irregularmente espaçadas ?

Não; para mim, se é certo que o sangue provem da mucosa uterina, o mecanismo das hemorragias deverá ser differente do que invocam os autôres que, limitando-se apenas ao exame histologico da mucosa, acceitam, sem discussão, como causa das perturbações menstruaes, a estase sanguinea que alli se dá.

Admittindo com LAWSON TAIT «que ha hemorragias no utero fibromyomatoso do mesmo modo e pelas mesmas razões que ha hemorragias no utero a que estão annexos ovarios esclero-kisticos», julgo poder affirmar que são os ovarios doentes que, produzindo excitações anormaes, dão causa ás menorragias e sobretudo ás metrorragias tão frequentemente companheiras dos fibromyomas uterinos.

As alterações da mucosa unicamente poderão explicar a abundancia das hemorragias; a excitação ema-

(1) Para ROCHE (obr. cit., pag. 39), a existencia de hemorragias intersticiaes, por vezes observadas na mucosa uterina das fibromyomatosas, não parece intimamente ligada á das hemorragias uterinas. Num caso por elle observado, em que existiam multiplos fôcos hemorragicos sub-epitheliaes, tratava-se d'uma mulher que nunca tinha apresentado perturbações menstruaes.

nada do ovario, quer nas epochas menstruaes, quer nos seus intervallos, encontra um utero muito rico em vasos esclerosados e uma mucosa alterada; é evidente que um órgão assim modificado sangrará mais facilmente e mais abundantemente do que um órgão normal.

Se esta hypothese da origem ovarica das hemorragias não fosse exacta, e se, pelo contrario, a estase vascular produzida pela hyperplasia da mucosa ou pela compressão que o neoplasma exerce fôsse a causa immediata das perturbações menstruaes, como explicar que deixem de ter hemorragias, — facto aliás de observação corrente —, as portadoras de fibromyomas em cujos ovarios se interrompeu a actividade physiologica ou a quem se fez a castração bilateral?

Não subsistirão nestes casos as lesões da mucosa e a compressão exercida pelo neoplasma? Não continuará, consequentemente, a subsistir a estase vascular uterina?

Contra esta theoria ovarica das hemorragias teem-se levantado como objecções: — os resultados inconstantes da ablação bilateral dos annexos e a suppressão das hemorragias pela simples curetagem da mucosa uterina ou pela simples myomectomia.

A estas objecções respondo eu:

1.º Que quando, depois da castração ovarica, persistem as hemorragias, a ablação bilateral dos ovarios não foi, na maioria dos casos, completa.

Nos casos em que se tem a certeza absoluta de ter feito uma ablação completa dos ovarios, as hemorragias, se persistem, por pouco tempo será.

2.º Que os resultados da curetagem, quanto á suspensão das hemorragias, são pouco duradouros.

3.º Que os resultados favoráveis da myomectomia são naturais, visto que, na grande maioria dos casos, esta operação conservadora do útero é acompanhada de operações conservadoras nos ovários. Todavia, não raras vezes acontece que, não tendo estas operações conservadoras dos ovários sustado o processo de esclerose, as hemorragias reaparecem passado algum tempo.

De modo que, a despeito dos argumentos até aqui invocados para combater a theoria ovarica das hemorragias, concordo plenamente com LAWSON TAIT quando diz que a causa primitiva das hemorragias das fibromyomas reside numa excitação pathologica originaria d'um ovario alterado; as alterações vasculares da mucosa uterina e a estase sanguinea concomitante, só poderão explicar a sua abundancia.

Sempre que um fibromyoma se acompanhe de hemorragias poder-se-ha portanto affirmar que os ovários são séde de lesões esclero-kisticas.

Além d'estas hemorragias, que acompanham a evolução dos fibromyomas uterinos, observa-se tambem, na quasi totalidade dos casos, um corrimento mucoso ou muco-purulento, por vezes espesso, incolôr ou sanguinolento — é a *leucorreia*.

Frequentemente tambem, existe um corrimento aquoso, inodoro, muito abundante (*hyrorreia*) e que, como a *leucorreia*, se distingue facilmente do corrimento fetido que acompanha o cancro do útero.

A hyrorreia, que sobrevem geralmente sem signal

premonitorio, pôde ser abundante, intermittente e de curta duração, ou, pelo contrario, continua. Observa-se fóra do periodo menstrual, mas, na generalidade dos casos, está em relação intima com a menstruação, apparecendo quer durante os dias que precedem, quer, de preferencia, durante os 5 ou 6 dias que seguem o fluxo menstrual.

A quantidade de liquido, muito variavel, pôde chegar a attingir um litro ou mais (BOURSIER).

A causa da leucorreia parece residir no enorme desenvolvimento glandular e na existencia, em certos casos, d'uma endometrite secundaria.

É muito mais frequente e abundante — facto que corresponde á concepção de WYDER — nos fibromyomas afastados da cavidade uterina.

De bem mais difficil averiguação é a causa da hydrorreia.

Para HÉGAR, NÈGRE e BOURSIER, é a consequencia da hypersecreção das glandulas hypertrophiadas. Para CHASSINAT resulta da ruptura dos vasos lymphaticos volumosos e dilatados. COUTZARRIDA, fundando-se na ausencia de muco e de destroços epitheliaes no liquido hydrorreico, suppõe tratar-se d'uma transudação do sôro sanguineo atravez das paredes dos capillares dilatados.

Esta ultima hypothese parece-me a mais accetavel.

O apparecimento da hydrorreia na visinhança da epoca menstrual, em que os capillares se deverão encontrar mais ingurgitados de sangue, é, a meu vêr,

um argumento de valor para corroborar tal opinião (1).

Muito menos constante do que as hemorragias, a leucorreia e a hydrorreia, é a *dôr*.

Excepcionalmente devido á compressão dos órgãos pelvicos, particularmente do plexo sagrado, e ás contracções uterinas provocadas pela existencia de *polypos volumosos*, o *symptoma dôr* é, como affirmam BOULLY (2), CONSTANTIN DANIEL (3) e FRAIKIN (4), devido, na quasi totalidade dos casos, á existencia de lesões annexiaes.

É necessario todavia não esquecer que, nem todos os fibromyomas que se acompanham de lesões annexiaes são dolorosos; estas, embora extensas e profundas, podem evolucionar silenciosamente (5).

Quando existentes, os phenomenos dolorosos, sensivelmente analogos aos da ovarite esclero-kistica, come-

(1) DUBOURG e PEPIN, citados por BOURSIER (obr. cit., pag. 512), referem um caso em que a hydrorreia tinha sido a consequencia da evacuação d'uma volumosa hydrosalpingite.

(2) BOULLY, *Manuel de pathologie externe*, t. IV, pag. 417.

(3) CONSTANTIN DANIEL, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, março de 1903.

(4) FRAIKIN, obr. cit., pag. 195.

(5) CONSTANTIN DANIEL cita a tal proposito uma observação de MONLONGUET em que se verificava a coexistencia d'um fibromyoma uterino com uma volumosa pyosalpingite dupla.

Não obstante a lesão annexial, a doente não sentia a mais insignificante dôr localisada no aparelho genital.

çam habitualmente um pouco antes do apparecimento da menstruação, attingem o auge em pleno periodo menstrual, e diminuem em seguida, chegando frequentes vezes a desaparecer por completo.

Todavia, nem sempre assim acontece. Numa doente por mim examinada ainda ha pouco na clinica escolar, estes phenomenos dolorosos, persistentes e intensos nos intervallos das epochas menstruaes, exacerbavam-se pelo apparecimento da menstruação, pelo mais insignificante esforço e só desapareciam pelo repouso completo e prolongado.

É mais raro o caso inverso, do desaparecimento da dôr no periodo menstrual e de crises dolorosas maximas nos periodos intermenstruaes (*dôr intermenstrual*).

A dôr localisa-se geralmente nas regiões annexiaes, ao meio d'uma linha que une a espinha iliaca antero-superior á symphise pubica e a trez dedos acima da arcada crural (BOUILLY).

Se os dois ovarios estão affectados, a doente queixa-se de um e outro lado da linha média.

Se as lesões são unilateraes, a dôr, geralmente localisada no orgão doente, póde ser todavia bilateral e até, embora mais raramente, occupar a região opposta ao orgão lesado (*dôr paradoxal de LABBADIE-LAGRAVE*). Este facto é sobretudo frequente nos fibromyomas uterinos que se acompanham de lesões dos annexos direitos, poisque, como affirma FRAIKIN, os phenomenos dolorosos tem uma notavel preferencia pelo lado esquerdo, embora as lesões occupem o lado opposto.

Na generalidade dos casos as dôres irradiam para a linha média,—facto que facilmente se explica pela exis-

tencia da endometrite concomitante —, para os rins, para a região lombar, para a região sagrada, — sobretudo na vizinhança da parte supero-interna das articulações sacro-iliacas —, para a parte superior das coxas, para as nadegas, perineo, anus e coccyx (*coccygodinia* de SIMPSON e SCANZANI) (1).

Como consequencia da ptose dos ovarios que, durante a evolução dos fibromyomas uterinos, abandonam frequentemente a fosseta ovarica para descer para a betesga de DOUGLAS, as dôres são por vezes intoleraveis durante o coito (*dispareunia* dos autôres inglezes) e durante a defecação (*dischezia* de RIGBY). É na realidade facilimo comprehender que a compressão exercida no ovario deslocado pelo contacto sexual mediato ou pelo bolo fecal, duro e volumoso, occasionese esses phenomenos dolorosos intensissimos.

A existencia d'estas dôres annexiaes, indubitavelmente dependentes das salpingo-ovarites que acompanham a evolução dos fibromyomas uterinos, é facilmente explicavel pelos dados anatomo-pathologicos já estabelecidos neste capitulo.

Os filetes nervosos que innervam as trompas são, como consequencia do processo inflammatorio que attinge estes orgãos, séde de manifestas lesões de perinevrite, já mencionadas e descriptas por SAWINOFF; estas lesões, de origem puramente inflammatoria, auxiliadas pela compressão resultante da hyperplasia ou da esclerose dos elementos conjunctivos, deverão contribuir consideravelmente para o apparecimento dos

(1) As irradiações para a região lombar são frequentemente dispertadas pela compressão dos ovarios.

phenomenos dolorosos. Mas, além d'isto, o ovario é, como ficou demonstrado, séde de manifestas alterações que, na generalidade dos casos, correspondem á existencia d'uma ovarite esclero-kistica. O tecido esclerosado, por vezes consideravelmente desenvolvido, comprimindo as terminações nervosas intra-ovaricas, contribuirá tambem poderosamente para o apparecimento dos phenomenos dolorosos.

Conhecidas as relações do plexo nervoso genital com o grande sympathico, por intermedio do plexo hypogastrico, e com a medulla, pelo nervo vergonhoso interno, não será para estranhar que esta compressão dos filetes nervosos do ovario se acompanhe de diversas irradiações dolorosas.

Ao contrario do que se dá nas salpingites, em que a analyse histologica das trompas revela a existencia d'uma manifesta nevrite, os estudos anatomo-pathologicos de DIXON JONES e mais recentemente de FRAIKIN não permitem affirmar a existencia de lesões analogas nas terminações nervosas intra-ovaricas.

Mas, a despeito d'estas verificações anatomicas extremamente difficeis num orgão como o ovario em que as terminações nervosas são ainda tão mal conhecidas, inclino-me todavia a acceitar, como muito provavel, que os nervos, primitivamente comprimidos pela esclerose, degenerem e sejam, posteriormente, séde de uma nevrite que poderá, por vezes, alcançar os troncos nervosos do hilo e do ligamento largo.

Na realidade, se estas lesões de nevrite se encontram nas trompas lesadas, porque não existirão ellas tambem nos filetes nervosos do ovario? Sendo assim, facil será comprehender que este processo degenerativo ascendente atinja não só os troncos nervosos do

hilo, mas tambem os que occupam o ligamento largo. Esta hypothese, que julgo muitissimo provavel, coaduna-se com o facto da persistencia das dôres depois da ablação bilateral dos ovarios (1).

Contra este mecanismo (compressão e nevrite) que, á semelhança de FRAIKIN e outros, invoco para explicar os phenomenos dolorosos, poder-se-ha objectar que doentes com lesões de esclerose ovarica pouco extensas soffrem horrivelmente, ao passo que outras, cujos ovarios estão totalmente esclerosados, não sentem a mais insignificante dôr.

Se a esclerose, dir-se-ha, pela compressão e degenerescencia consecutiva dos filetes nervosos, fosse a causa da dôr, os phenomenos dolorosos deveriam ser, nestas ultimas, com ovarios completamente esclerosados, bem mais intensos do que nas primeiras.

A esta objecção responderei, todavia, que é necessario attender ao temperamento das doentes, ao terreno mais ou menos irritavel sobre que se desenvolvem as lesões.

É, com effeito, muitissimo provavel que, em doentes facilmente impressionaveis, lesões, por minimas que

(1) A persistencia dos phenomenos dolorosos depois da ovariectomia dupla, excepção feita das doentes hystericas, parece, com effeito, dever explicar-se pela existencia de lesões degenerativas nos filetes nervosos que, atravessando o ligamento largo, penetram no hilo do ovario. Duas razões militam em favor d'esta hypothese. Por um lado, as dôres são sobretudo nitidas de um e de outro lado do utero, á altura dos côtos da oophorectomia; por outro lado ainda, quando á ablação dos ovarios se junta a hysterectomia, isto é, quando se faz a ablação total dos nervos que se distribuem á trompa e ao ovario, as dôres não persistem.

sejam, produzam uma reacção excessiva, enquanto que noutras, menos excitaveis, lesões mais intensas evoluem silenciosamente.

Os *phenomenos de compressão*, quasi constantes nos volumosos fibromyomas pelvicos, são, pelo contrario, extremamente raros nos fibromyomas com evolução abdominal.

A compressão attinge, na maioria dos casos, a *urethra* e a *bexiga*, dando logar a retenção de urina, dysuria e cystalgia com pollakyuria.

É principalmente no momento da congestão periodica resultante da menstruação que estas perturbações vesicaes se accentuam, adquirindo, por vezes, quer pela estagnação permanente da urina, quer pelos catheterismos repetidos e não rigorosamente asepticos, a importancia de verdadeiras cystites (POZZI) (1).

A *compressão dos ureteres*, bastante frequente nos volumosos fibromyomas intraligamentares ou intersticiaes, foi assignalada em 1849 por MURPHY (2) e posteriormente estudada por POZZI (3) e HUBERT (4).

(1) Num caso referido por BUDIN (POZZI, obr. cit., pag. 353), a compressão do collo da bexiga tinha produzido uma distensão chronica d'este orgão que simulava um volumoso kisto do ovario.

(2) MURPHY, cit. por Pozzi, obr. cit., pag. 353.

(3) POZZI, *Annales de gynécologie*, julho de 1884 pag. 1.

(4) HUBERT, *De l'albuminurie dans les fibromes utérins*. Bordeaux, 1898.

Na quasi totalidade dos casos, esta compressão tem como consequencia immediata o apparecimento de lesões renaes, por vezes extremamente graves (1), traduzidas clinicamente pela existencia de albuminuria.

Esta póde ser devida a uma simples congestão renal causada pela compressão incompleta do uréter (experiencia de HUBERT), ou, pelo contrario, occasionada por lesões renaes extremamente graves causadas por compressões ureteraes completas e prolongadas (BOURSIER).

A compressão do intestino e principalmente do recto produz frequentemente uma tenaz prisão de ventre, hemorroidas, por vezes mesmo, pela reabsorpção das toxinas fecaes, uma verdadeira toxemia (*copremia* de BARNES).

Por vezes tambem, esta compressão póde dar logar a oclusões intestinaes extremamente graves.

Em communicação feita em 1873 á Sociedade de ci-

(1) MURPHY (PELLANDA, obr. cit., pag. 154), cita um caso de uremia mortal causada pela compressão exercida sobre os uretères por um volumoso fibromyoma.

LEE e SKENE (*Amer. Journ. of Obstetr.*, junho de 1886, pag. 606), SALIN e WALIS (*Centr. f. Gyn.* 1887, n.º 25, pag. 407), CABOT (*Boston medical and surg. journ.*, junho de 1887, pag. 517) e outros, citam casos de uremia, de pyelites, e de pyelonephrites ascendentes, provenientes da compressão ureteral exercida pelos fibromyomas uterinos.

HUBERT (obr. cit., pag. 71 e segg.) e PELLANDA (obr. cit., pag. 165 e segg.), publicam tambem varias observações de accidentes uremicos mortaes consecutivos á compressão bilateral dos uretères.

rurgia de Paris, FAUCON (1) refere cinco casos de oclusão intestinal consecutiva a compressões exercidas por volumosos fibromyomas pelvicos.

Factos semelhantes foram referidos por SCHWARTZ, FOURESTIÉ, GUÉNIOT, LAMARRE, ROUTIER, PERCY PATON, DELORE, CULLINGWORTH, DUCHAUSSOY, GINGEOT, PÉAN, BOEKEL, BOYER e outros.

Mas, embora a compressão exercida pelos fibromyomas uterinos sobre os órgãos pelvicos e particularmente sobre o recto, seja um phenomeno pathologico de mecanismo facilmente comprehensivel, é certo, todavia, que os casos de oclusão intestinal referidos na litteratura medica são, felizmente, bastante raros (2).

Esta oclusão intestinal, resultante na maioria dos casos da simples compressão exercida pelo fibromyoma sobre o recto (casos de BOEKEL, BOYER, FOURESTIÉ (3)

(1) FAUCON, *D'une variété d'étranglement interne qui reconnaît pour cause la compression de l'intestin par les hystéromes*, cit. por PELLANDA, pag. 173.

(2) PELLANDA, (obr. cit., pag. 183 e segg.) só conseguiu reunir vinte casos de oclusão intestinal produzida por fibromyomas.

Este numero parece corresponder á totalidade dos casos publicados até 1905.

(3) Julgo interessante transcrever a observação de FOURESTIÉ, não só pelo facto da oclusão intestinal ter sido produzida por um fibromyoma de pequeno volume, — facto sem duvida excepcional—, mas tambem e principalmente pela existencia de lesões concomitantes na bexiga, nos uretères e nos rins.

«Pequeno fibromyoma intersticial, occupando a face posterior do utero. Retroversão uterina ; compressão do recto e

e LAMARRE), ou sobre o intestino delgado (casos de CULLINGWORTH e ROUTIER), é por vezes devida também á acção de pregas ou de adherencias creadas pela existencia de phenomenos inflammatorios peri-uterinos (casos de GINGEOT, PÉAN e PERCY PATON).

A compressão dos vasos iliacos, que por vezes se observa durante a evolução dos fibromyomas uterinos, traduz-se frequentemente, por edemas dos membros inferiores e por varizes.

Algumas vezes tambem, embora mais raramente, observam-se tromboses venosas que, segundo BASTARD (1), se localizam, de preferencia, na veia iliaca externa, na femural e na saphena esquerdas (2).

da bexiga. Paralysis do intestino por distensão excessiva; meteorismo.

«Lesões verificadas pela autopsia: O intestino grosso distendido por gazes, attingia enormes proporções. A bexiga, volumosa e congestionada, estendia-se desde o pubis até tres centímetros abaixo da cicatriz umbilical. O uréter esquerdo, de calibre muitissimo elevado, communicava livremente com o rim. Este era séde de uma hyperemia intensa e de multiplos focos de suppuração. O uréter direito, tambem augmentado de volume, fluctuava na cavidade abdominal, ao lado do rim; este, completamente transformado num enorme abcesso, constituia um tumôr fluctuante de volume 5 ou 6 vezes maior do que o normal».

(1) BASTARD, *De la thrombose veineuse dans les tumeurs fibreuses de l'utérus*, cit. por PELLANDA, obr. cit., pag. 123.

(2) A pathogenia d'estas tromboses tem sido objecto de numerosas discussões.

A theoria mais antiga, invocada tambem para explicar a maior parte das phlebites e ainda ha poucos annos defendida por BASTARD, é a da *trombose marastica*.

«Para explicar a coagulação do sangue que, por vezes, se

Como consequencia racional d'estas tromboses, surgem embolias mortaes. Foi o que aconteceu em dez doentes referidas por PELLANDA (1).

dá, durante a evolução dos fibromyomas uterinos, nas veias iliacas, nas femuraes e nas saphenas, não se póde invocar a compressão exercida pelo neoplasma ou a inflamação originada nas veias uterinas e propagada ás veias iliacas. A causa principal, senão unica, dos accidentes, reside nas *alterações do sangue* occasionadas pela anemia profunda das doentes.

Para fazer esta affirmação BASTARD funda-se em que: — 1.º a trombose venosa pode dar-se durante a evolução dos fibromyomas pouco volumosos e que só produzem uma compressão incompleta dos vasos iliacos; 2.º a autopsia de fibromyomas attingidas de tromboses não consegue, na maioria dos casos, revelar a existencia de phenomenos inflammatorios peri-uterinos; as veias uterinas e hypogastricas encontram-se quasi sempre sãs.

Estas conclusões de BASTARD teem sido ultimamente combatidas por VAQUEZ, DOLÉRIS e WIDAL.

Na epoca actual, conhecida a extrema frequencia com que as lesões inflammatorias attingem, durante a evolução dos fibromyomas uterinos, o apparelho genital interno da mulher, demonstradas por HAYEM e MAYET as *alterações humoraes* consecutivas a perturbações diversas (*copremia, leucorreia, hemorragias*) occasionadas pelos fibromyomas uterinos, a doutrina marastica foi totalmente supplantada pelas theorias chimica e infecciosa.

É todavia necessario não esquecer que a acção mecanica exercida pelos fibromyomas desempenha tambem um papel importante na pathogenia das tromboses venosas.

Tal é a opinião ainda ultimamente sustentada por MICHEL num trabalho sobre embolias pulmonares (MICHEL, *Fibromes et embolies pulmonaires — Revue de Gynécologie*, 1900).

(1) PELLANDA, obr. cit., pag. 131 e segg.

Felizmente estes casos, extremamente raros, podem entrar no quadro das verdadeiras curiosidades científicas.

*
* *
*

Não terminarei este capítulo sem me referir, embora superficialmente, a um conjuncto de perturbações que, por vezes, se observam durante a evolução dos fibromyomas uterinos, e que parecem estar intimamente ligadas ás alterações do apparatus genital que acompanham o processo fibromyomatoso:— são as manifestações nevróticas.

Todos os autôres que descrevem as metrites, as salpingites e as ovarites, assignalam como symptomas quasi constante estas perturbações; natural será pois que, sendo aquellas affecções tão frequentes no apparatus genital fibromyomatoso, essas mesmas perturbações se possam aqui encontrar.

É certo que as portadoras de fibromyomas nem sempre apresentam esse luxo de phenomenos nevróticos que constituem o cortejo symptomatico habitual das inflamações do apparatus genital; todavia, em alguns casos e não raros, já tive occasião de observar, nestas doentes, phenomenos d'essa ordem extremamente accentuados.

FRAIKIN, ROCHE e CONZETTE citam casos de fibromyomas uterinos acompanhados de evidentes manifestações nevrósthénicas.

Em cinco doentes examinadas por FRAIKIN (1), o cortejo symptomatico era sensivelmente analogo ao que o mesmo autôr descreve como correspondendo á ovarite esclero-kística. Era de esperar este facto desde que sabemos que esta affecção ovarica se encontra frequentemente nas fibromyomas.

«L'état mental des malades est presque toujours altéré. Elles deviennent neurasthéniques à forme hypochondriaque. De la neurasthénie, elles ont certains stigmates : — les céphalées, le tremblement et surtout l'idée fixe. Leur maladie devient leur préoccupation dominante (obsession génitale); elles y pensent sans cesse, elles ne vivent que pour elle.

«Elles assaillent le médecin, lui décrivent avec un luxe de expressions, une variation de termes extraordinaires (même les femmes du peuple), les troubles en partie réels qu'elles ressentent, et le tyrannisent pour qu'il leur fasse quelque chose, pour qu'il les opère. Ce n'est pas là un tableau imaginaire, chargé à plaisir; et nous avons observé plusieurs fois ces faits chez nombre de malades que nous avons suivies.

«Il existe chez les malades atteintes d'affections utéro-ovariennes un état mental pathologique pour lequel une étude de psychologie morbide complète serait nécessaire, et dont on s'occupe peu d'ordinaire, car il est mal connu, mais qui au même titre que les douleurs locales demande un traitement curatif.

(1) FRAIKIN, obr. cit., pag. 117, 119, 133, 165 e 166.

«L'état mental est quelquefois excité; mais le plus souvent les phénomènes dépressifs dominant.

«Parfois le caractère devient très mobile, changeant, susceptible, irritable et émotif, impatient, primesautier, contradictoire d'un moment à l'autre, acerbe puis tendre, renfrogné puis rieur.

«C'est quelquefois une dépression générale de tout le système nerveux qui rend la femme incapable de tout effort sans cependant que l'affaiblissement musculaire ou l'altération de la santé soient en rapport avec cet état de langueur» (FRAIKIN) (1).

O autôr termina por denominar estas doentes *neurasthenicas utero-ovaricas*.

É assim tambem que se exprime POZZI (2) quando diz: — «C'est un état de neurasthénie particulière, de dépression excessive, qui rend la femme incapable de tout l'effort».

Uma das doentes examinadas por FRAIKIN (3) apresentava uma manifesta tendencia para o suicidio.

O mesmo se observava tambem num caso referido por CONZETTE (4).

Estas manifestações nevróticas estão, indubitavelmente, sob a dependencia das alterações do aparelho genital.

Todos nós sabemos que as lesões genitales, por insignificantes que sejam, podem provocar na mulher, como no homem, a maioria das vezes por uma pre-

(1) FRAIKIN, obr. cit., pag. 199.

(2) POZZI, obr. cit., pag. 267.

(3) FRAIKIN, obr. cit., observ. 73, pag. 182.

(4) CONZETTE, obr. cit., observ. 23, pag. 64.

ocupação moral, as mais extravagantes perturbações nervosas. Facil será portanto comprehender que, quando estas lesões genitales se acompanham, como por vezes acontece nas fibromyomas, de dôres, de hemorragias, de impossibilidade de exercer o coito, etc., as doentes venham a apresentar intensas perturbações psychicas. «On deviendrait quelquefois névropathe pour moins que cela» (FRAIKIN).

As affecções utero-ovaricas coincidem tambem, frequentemente, com a hysteria.

D'esta coexistencia, assignalada por todos os que se occuparam do assumpto, nasceu a theoria ovarica d'esta nevrose.

Em artigo publicado em 1846, SCHÜTZENBERGER (1) emittia a opinião de que a hysteria tinha fundamentalmente por causa uma excitação com ponto de partida no ovario.

Alguns annos mais tarde (1858 e 1870), NÉGRIER e CHAIROU (2) affirmavam tambem que a irritação ovarica era a causa determinante dos phenomenos hystericos.

Para TILT (3), a hysteria estava sob a dependencia d'uma ovarite. Suppunha, á semelhança do que affir-

(1) SCHÜTZENBERGER, citado por AMSELLE, *Concéption de l'hystérie*. Paris, 1907, pag. 16.

(2) NÉGRIER e CHAIROU, cit. por PICHEVIN, *Des abus de la castration chez la femme*. Paris, 1890, pag. 70.

(3) TILT, cit. por CONZETTE, obr. cit., pag. 46.

mavam ROBERT LEE e NÉGRIER, que as perturbações de origem ovarica se transmittiam ao systema cerebrospinal pelo systema ganglionar.

BOWEL, num trabalho sobre epilepsia e hystero-epilepsia (1), citava varios casos em que os accidentes convulsivos pareciam estar em intima relação com uma perturbação da sensibilidade ovarica e principalmente com a ovaralgia.

HEGAR, em artigo publicado em 1886 e transcripto por GHAZAROSSIAN (2), considerava tambem as affecções genitales como causa efficiente da hysteria. «Sob este ponto de vista, diz o autôr, é necessario citar a degenerescencia micro-kistica que, por vezes latente, produz, em regra, perturbações nervosas. Em alguns casos trata-se de verdadeiros phenomenos hystericos».

TISSIER, citado pelo mesmo autôr, (pag. 13), affirmava tambem que entre o ovario e certos accidentes hystericiformes, existia um correlação positiva, evidenciada pelas investigações de CHARCOT, pelas demonstrações de BARADUC (Sessão da Sociedade de biologia de 25 de fevereiro de 1882), pela suspensão das crises de hysteria á pressão sobre a região ovarica e ainda pelos phenomenos de *aura* partindo do hypogastro.

CONZETTE (3) cita tambem a opinião de LUCAS CHAMPIONNIÈRE, expressa num artigo sobre ovarites e salpingites publicado em 1889. «As lesões dos annexos affectam quasi sempre o systema nervoso e não é raro

(1) BOWEL, cit. por FERRAND, *Dict. des sciences médicales*, vol. 18, artigo «Ovaire», pag. 757.

(2) GHAZAROSSIAN, obr. cit., pag. 22.

(3) CONZETTE, obr. cit., pag. 47.

observar nas doentes todos os accidentes, desde um simples exagero da sensibilidade, até aos symptomas da grande hysteria. Estas perturbações vão-se accentuando á medida que a doença progride. Não se trata do estado moral ou do estado nervoso que se observa nos individuos que soffrem d'uma doença chronica vulgar ; nestas doentes hystericas trata-se d'uma irritação habitual do ovario.

«Tive até occasião de observar um caso em que, não obstante as dôres moderadas, existia, todavia, uma ovarite nitida com a qual tinham principiado os accidentes nervosos. Estes phenomenos são particularmente frequentes nos casos de ovarite esclero-kistica».

Em artigo publicado em 1881, LAWSON TAIT (1) invocava, para provar a origem ovarica da hysteria, o facto da cura d'esta nevrose pela ablação bilateral dos ovarios.

O mesmo fazia BATTEY em artigo publicado nos anaes de gynecologia do mesmo anno e transcripto por PICHEVIN (2).

Esta concepção ovarica da hysteria, defendida pelos autôres citados, era já combatida por BERNUTZ quando, num artigo do Diccionario de medicina e cirurgia (3), affirmava que, em os numerosos casos por elle observados, se tratava apenas d'uma simples coincidencia entre as lesões genitae e a hysteria. Esta não podia, de

(1) LAWSON TAIT, *Revue de chirurgie*, 1881, pag. 431.

(2) PICHEVIN, obr. cit., pag. 85.

(3) BERNUTZ, *Dict. de médecine et de chirurgie*, artigo «Hystérie».

modo algum, ser attribuida á existencia das primeiras.

Fundando-se na existencia de manifestações hystericas no homem, BERNUTZ negava ás lesões ovaricas o papel de causa efficiente dos phenomenos hystericos.

Mas, considerações d'outra ordem vieram fazer naufragar por completo esta theoria ovarica da hysteria.

Uma das provas da origem ovarica da hysteria, dizia TISSIER, é a interrupção das crises, a suspensão dos ataques, pela compressão das regiões annexiaes.

Admittindo mesmo, — embora trabalhos posteriormente publicados tivessem estabelecido a existencia d'uma zona hysterogenea na pelle da região que responde ao ovario —, que a cura do ataque hystericico era devida á compressão do ovario, este facto não poderia de modo algum servir de argumento a favôr da origem ovarica da hysteria, visto que é tambem de observação corrente o desapparecimento da crise de hysteria por simples compressão da laringe ou dos globos oculares.

Sendo assim, aquelles que, com TISSIER, sustentavam ainda ha poucos annos, baseados na suspensão do ataque hystericico pela compressão das regiões annexiaes, a origem ovarica da hysteria, seriam necessariamente conduzidos a concluir pela existencia de uma nova hysteria de origem laringea e ocular.

Ás curas obtidas pela castração ovarica a que se referiam LAWSON TAIT e BATTEY foi tambem negado valor comprovativo desde que se conheceram os innumeros insuccessos d'esta operação verificados por FOREL, SIMS, CARTENS, VERNEUIL, BURKART, LIPPMANN,

RIESTLEY, PLAYFER, REAMY, MONTGÓMERY, REMARK, SPIEGELBERG e tantos outros.

PÉAN (1), desejando todavia conciliar a fallibilidade operatoria com a origem ovarica da hysteria, invocava, ao lado da hysteria essencial, uma outra de origem genital.

E assim, numa das suas lições no hospital de Saint-Louis, dizia :

«Ha duas variedades bem nitidas de hysteria, variedades differentes pela sua symptomatologia, differentes sobretudo pela sua causa e pelo seu modo de apparecimento.

«A primeira, essencialmente nervosa, reconhece por causa uma disposição anatomica especial ou uma perturbação funcional do systema cerebro-espinal.

«A segunda está sob a dependencia de uma affecção do aparelho genital, de tal modo que basta fazer desaparecer a causa para obter a cura. Esta variedade, que não tinha passado desapercebida aos antigos observadores, é, todavia, muito menos conhecida dos medicos do que a precedente, com a qual, na generalidade dos casos, se confunde.

«A hystérica genital não tem antecedentes morbidos; a hereditariedade nervosa não existe, ao passo que a nevrose da hystérica cerebro-espinal reconhece quasi sempre por causa um vicio hereditario que as doentes não deixam de confessar. Além d'isso, ao passo que esta occasiona desde a infancia desordens que, embora menos accentuadas do que depois da primeira menstruação, não deixam todavia de ser evidentes, na hys-

(1) PÉAN, cit. por PICHEVIN, obr. cit., pag. 78.

rica ovarica, pelo contrario, as perturbações nervosas apparecem, pela primeira vez, com a doença local. Antes d'isso, nada de extraordinario se observa; a menstruação foi sempre regular.

«Todavia, depois d'um tempo mais ou menos prolongado d'esta existencia normal em que nada fazia prevêr o apparecimento de phenomenos hystericos, surgem, como consequencia d'um parto, ou sob a influencia de uma pronunciada fadiga sexual, as perturbações genitales: dôres lombares, leucorreia, dysmenorreia, etc.

«Frequentes vezes a doente refere que, um dia, estando menstruada, *commetteu uma imprudencia* e que, desde esse momento, se sentiu perturbada.

«Em resumo, a affecção tem nitidamente principiado por uma desordem genital que constitue inicialmente o unico symptoma.

«Passado pouco tempo sobreveem as nevralgias que, primitivamente localizadas nos ovarios com irradiações para o abdomen e para as côxas, não tardam a attingir o trigemeo, os nervos intercostaes e os ramos do plexo lombar.

«Mais tarde, estas dôres, exacerbadas nas epocas menstruaes e tendo o maximo de intensidade á altura do ovario, acompanham-se de syncopes e de verdadeiros ataques de hysteria.

«Emfim, ao passo que nas nevropathas se observa a partir d'uma certa idade, uma tendencia para um estado estacionario ou até mesmo uma certa melhora, o contrario se dá nas hystericas ovaricas. As primeiras conservam a sua nutrição habitual; as segundas emmagrecem consideravelmente e a tuberculose é frequentes vezes a terminação funesta d'este emmagrecimento progressivo. É nestes casos que o cirurgião

deverá intervir, é nestas hystericas ovaricas que se obterá a cura pela intervenção cirurgica, pela castração».

Contra esta distincção entre hysteria genital e hysteria essencial insurgiram-se desde logo numerosos autôres affirmando que, se o que caracterisava a hysteria ovarica era o emmagrecimento notavel que terminaria frequentemente pela morte se a castração redemptora não fosse executada a tempo, como explicar então as curas obtidas em doentes, cujo cortejo symptomatico correspondia precisamente ao quadro descripto por PÉAN na hysteria genital, pela simples faradisação uterina como observou APOSTOLI, pela applicação d'um pessario como num caso citado por BROWNE, pela simples mudança de ares como em algumas observações de BIGELOW, e unicamente pela suggestão como referia SCHEIRON?

Estes factos eram o golpe de misericordia na origem ovarica da hysteria e as lesões annexiaes observadas em doentes hystericas foram, desde então, consideradas como simples coincidencias.

Na epoca actual, não se podendo portanto admittir que a causa efficiente da hysteria resida nos ovarios, nas trompas ou no utero, quer estes orgãos estejam doentes, quer estejam sãos; se ligar a hysteria ao ovario é uma nova edição da theoria hyppocratica, uma applicação a esta theoria dos conhecimentos modernos, o que equivaleria a modificar muito superficialmente a antiga doutrina, não se deverá todavia deixar de concordar em que as lesões genitales são frequentemente a causa occasional actuando num organismo já predisposto.

Estas perturbações do apparelho sexual são, na

phrase de GUINON, a pedra que faz tombar a mulher predisposta.

As affecções genitae (fibromyomas com degenerescencia esclero-kistica dos ovarios, metrites, salpingites, etc.) e a hysteria constituem portanto estados pathologicos que, — factio que convém accentuar —, embora frequentemente coexistentes, não teem todavia intimas relações de causa efficiente para effeito.

CASTRACÃO OVARICA (1)

A castração ovarica, como aliás a maior parte das intervenções cirurgicas, é operação que se pratica desde a mais alta antiguidade.

ANDROMEDES, rei da Etiopia, não hesitava em mandar castrar algumas das mulheres dos seus harens, na esperança de lhes supprimir as tendencias lascivas.

GIGES, rei da Lydia, mandava tambem ovariectomisar as suas numerosas amantes, convicto de que assim lhes conservava a belleza: «*Ut iis semper cõtate et forma florentibus uteretur*».

Em epochas tambem muito remotas, a castração, ovarica ou testicular, era ainda considerada como a therapeuticamente ideal de doenças variadissimas.

Para HYPOCRATES era um preservativo certo da gotta: «*Eunuchi non laborant podagra*».

GALENO e FRACASTORUS consideravam-na como meio

(1) A designação «castração ovarica» significa a ablação dos ovarios sãos; todavia, em linguagem corrente, emprega-se tambem como synonymo de ovariectomia dupla (ablação dos ovarios doentes). É com esta significação que aqui é empregada.

curativo da lepra: «Antipathia vero elephantiasis veneno resistit, hinc eunuchi et quicumque sunt mollis, frigidæ et effeminatæ naturæ, nunquam at vero, lepra corripiuntur et quidem quibus imminet lepræ periculum de concilio medicorum sibi virilia amputare permittitur».

Os padres de Cybele affirmavam tambem ser a castração o remedio infallivel da loucura: «... qui ante castrationem maniaci erant, sanam aliquando mentem ab illo recuperant».

Mas, áparte estas tentativas operatorias, simplesmente citadas a titulo de curiosidade, a ovariectomia dupla só foi praticada com um fim verdadeiramente scientifico por ASTLÉE que, em 1843, a executou numa doente que soffria d'um kisto do ovario (1).

Desde então até 1889, os numerosos cirurgiões que tiveram occasião de praticar a castração ovarica e de estudar as alterações physiologicas que porventura podessem julgar-se como resultado d'essa mutilação sexual, limitam-se a assignalar algumas perturbações insignificantes, chegando á conclusão de que a ablação bilateral dos ovarios era operação que não perturbava sensivelmente as condições physiologicas do individuo operado.

Em 1873, num trabalho publicado sobre os resultados da ovariectomia dupla, PUECH (2) affirmava que

(1) Em Portugal, a primeira ovariectomia dupla foi praticada em 1866 pelo prof. Barbosa (A. MONJARDINO, obr. cit., pag. 32).

(2) PUECH, *Considérations physiologiques sur la castration chez la femme*, citado por GILBERT, *Étude sur l'opothérapie ovarienne*. Paris, 1889, pag. 16.

a extirpação dos ovarios não produzia modificações notaveis no estado geral das operadas. Se em alguns casos, embora raros, as ovariectomisadas não sentiam uma necessidade erotica imperiosa, os seus orgãos genitales continuavam todavia excitaveis, e nas relações sexuaes não deixavam de manifestar sempre o seu prazer genesico.

Em artigo publicado em 1876, STAHL (1) declarava tambem que a ablação bilateral dos ovarios criava nas operadas um estado analogo ao das mulheres que attingiam a menopausa natural. Áparte ligeiros afrontamentos, nada mais se observava que podesse contraindicar a operação.

Para KEBERLÉ (2), a ovariectomia dupla, geralmente seguida da abolição completa do fluxo menstrual, não exercia influencia especial sobre o estado physico e physiologico da mulher.

Não menos optimista era PÉAN (3) quando affirmava que, contrariamente ao que se observa no homem, a mulher castrada conserva as impulsões sexuaes, o que é sufficiente para explicar que nella se não observe a depressão moral, a melancolia, por vezes mesmo as tendencias suicidas, tão frequentes nos homens castrados.

Com o artigo de GLÆVECKE publicado em 1889 e mais recentemente transcripto por JAYLE (4), o optimismo

(1) STAHL, cit. por FERRY, *Conséquences de l'ablation des ovaires chez la femme*, 1907, pag. 15.

(2) KEBERLÉ, *Dictionnaire de méd. et de chir.* tom. 25, pag. 595.

(3) PÉAN, cit. por GILBERT, obr. cit., pag. 19.

(4) JAYLE, *Revue de Gyn. et de Chir. abdominale*, 1897, pag. 407.

até então partilhado por todos aquelles que tinham estudado os resultados afastados da ovariectomia dupla soffreu um profundissimo golpe e a castração ovarica deixou de ser essa panacea applicada à *outrance*, para entrar no quadro das intervenções cirurgicas de consequencias physiologicas gravissimas.

É necessario que aquelles que defendem a castração ovarica se convençam, dizia SPENCER WELS no congresso francez de cirurgia de 1891 (1), de que, depois da ablação bilateral dos ovarios e das trompas, a doente, ou morre, ou só por excepção deixará de ficar em estado muitissimo mais grave do que antes da operação. As dôres persistem e a ideia d'uma esterilidade futura é a causa das perturbações mentaes graves que muitas doentes apresentam.

A apoiar as ideias de SPENCER WELS surgem os successivos trabalhos de CANU, JAYLE, KAMENETZKY, GRAMMATIKATI, ABRANT, WILIAM LUSK e GOODELL.

Não tardou porém a reacção e ás affirmações d'aquelles que consideravam a ovariectomia dupla como operação perigosa sob o ponto de vista das suas consequencias physiologicas que deviam considerar-se gravissimas, oppuzeram-se os trabalhos successivamente publicados por LAWSON TAIT, RICHELLOT, JEANNEL, MARTIN, PINESSE, CHAVIN, LISSAC, JULIEN e FERRY.

Na epoca actual as opiniões continuam divergentes e, ao lado de FERRY (2) affirmando que as perturbações

(1) SPENCER WELS, *Congrès français de chirurgie*, 1891, pag. 157 e 158.

(2) FERRY, obr. cit., pag. 325.

causadas pela castração ovarica, na grande maioria dos casos insignificantes, se attenuam ou desaparecem com o tempo, continua JAYLE (1) a proclamar que a ablação total dos ovarios, pelas perturbações constantes e graves que occasiona, só em ultimo recurso deverá fazer-se.

Abandonando por completo os entusiasmos irrefletidos e os exageros de todos aquelles que, á semelhança de LAWSON TAIT, preconizam ainda, na epoca actual, a ovariectomia dupla quando mesmo as lesões sejam minimas e insignificantes e só um ovario affectado, e de todos os outros, hoje muito mais numerosos, que não hesitam em affirmar, reproduzindo as ideias professadas por WILIAM GOODELL, ser a ovariectomizada uma victima condemnada durante longos annos a uma vida miseravel, exporei nas paginas que vão seguir-se as perturbações geralmente assignaladas como consequencia da suppressão dos ovarios, tentando demonstrar, á luz de estudos recentes, que algumas d'ellas não teem com o acto cirurgico as relações intimas de supposta dependencia.

FERRY, que mais particularmente tem estudado o assumpto, entre as consequencias da ablação bilateral dos ovarios descreve «modificações psychicas», «alterações do apetite sexual», «phenomenos congestivos e hemorragicos», uma «nevropathia abovarica» (asthenia neuromuscular, cepheleias, insomnias, dyspepsias

(1) JAYLE, *Revue de chirurgie*, 1906, pag. 337.

e palpitações), «perturbações sensoriaes», «modificações de nutrição» e «affecções cutaneas».

Sensivelmente analogo é a ordem adoptada na exposição que faço.

*
* *

Em artigo publicado em 1908 sobre as modificações psychicas nos syndromas ovaricos, LAVASTINE (1) divide estas modificações em *psychoses* e *perturbações psychicas elementares*, agrupando sob esta ultima designação a impaciencia, a irritabilidade, a tristeza e a apathia de algumas doentes.

Entre as consequencias da castração ovarica são as *psychoses* as que numerosos autôres consideram como mais graves e que mais justificam o receio pela ovariectomia dupla. É que em alguns medicos predomina ainda a ideia de que a ablação bilateral dos ovarios é, não raras vezes, a causa efficiente da alienação mental.

(1) LAVASTINE, *Les troubles psychiques dans les syndromes ovariens* — *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, 1908, pag. 592.

E é assim, partilhando esta opinião, que o autôr d'um trabalho recentemente publicado não hesita em affirmar que as mulheres castradas se tornam, na maioria dos casos, pensionistas de manicômios (1).

BALDY, citado por FERRY (2), affirma tambem que a oitava parte das alienadas que existiam nos asylos da Pensilvania tinham soffrido anteriormente uma ovariectomia dupla.

Semelhante era a opinião de THOMAS KEITH quando, em comunicação apresentada a um dos recentes congressos de cirurgia de Paris sobre a frequencia da loucura depois da castração, declarava que 10 0/0 das mulheres ovariectomizadas eram alienadas.

REGIS (3), um pouco menos affirmativo, dizia, todavia, ha bem pouco tempo ainda, referindo-se a quatro casos de loucura consecutiva a salpingo-oophorectomias, que, sem haver factos absolutamente demonstrativos, não se podia excluir de entre as causas da alienação mental a supressão total dos ovarios.

Sensivelmente analogo é a opinião de LAVASTINE (4) quando affirma que a relação entre as psychoses e as outras perturbações mentaes consecutivas á castração e a transição que se estabelece entre ellas por uma serie de perturbações intermediarias parecem dever conduzir-nos a acceitar como causa efficiente a abolição da secreção interna do ovario.

(1) CANU, *Résultats thérapeutiques de la castration chez la femme*. Paris, 1897, pag. 109.

(2) FERRY, obr. cit., pag. 89.

(3) REGIS, *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, 1908, pag. 580.

(4) LAVASTINE, obr. cit., pag. 594.

Muito differente é todavia a opinião d'aquelles que, pondo de parte quaesquer considerações de ordem puramente physiologica, se limitaram — estudo bem mais demonstrativo — á analyse minuciosa dos factos observados.

«Embora tenha feito varias centenas de ovariectomias, diz DELBET (1), nunca consegui verificar um unico caso de psychose consecutiva».

MARTIN (2), depois de examinar 45 doentes ovariectomizadas, termina egualmente por affirmar que, «se é certo que algumas d'ellas apresentam perturbações psychicas insignificantes, a alienação mental não existe em nenhuma».

JAYLE (3), em 57 operadas por elle examinadas, não conseguiu verificar um unico caso de loucura.

De 136 ovariectomizadas observadas por PINESSE (4), só uma apresentava perturbações mentaes graves.

Num trabalho publicado em 1894, BAUDRON (5) affirma tambem que, em 200 casos da sua observação, só conseguiu verificar duas vezes a existencia de accessos de melancolia, que não tardaram todavia a desaparecer.

Das 51 operadas que servem de base ás estatisticas

(1) DELBET, *Revue de chirurgie*, 1899, pag. 511.

(2) MARTIN, *Résultats éloignés de l'ablation des annexes uterins*. Paris, 1893, pag. 58.

(3) JAYLE, *Effets physiologiques de la castration chez la femme — Revue de gyn. et de chir. abdominale*, 1897, pag. 403 a 457.

(4) PINESSE, *Résultats éloignés de l'ablation bilaterale des annexes*. Paris, 1894, obs. 129, pag. 93.

(5) BAUDRON, *Conséquences de la castration chez la femme*. Paris, 1894, pag. 52.

de FERRY (1), nenhuma apresentava signaes de alienação mental.

De todas estas estatisticas, cujo conjuncto se refere a perto de 600 operadas, dever-se-ha indubitavelmente concluir que, bem ao contrario do que affirmam CANU, BALDY e THOMAS KEITH, as psychoses consecutivas á ablação bilateral dos ovarios são extremamente raras e que, portanto, é absolutamente destituida de fundamento a opinião emittida por todos aquelles que querem vêr no perigo de possivel superveniencia de qualquer psychose uma formal contra-indicação da ovariectomia dupla.

Era esta tambem a opinião de LAWSON TAIT (2) quando, referindo-se á affirmação de THOMAS KEITH, declarava que na proporção estabelecida por este autor havia um resultado excepcional que nenhum outro operador tinha conseguido obter. «O numero das minhas operadas, dizia elle, é certamente bem mais elevado que o de KEITH, e, todavia, só uma d'ellas foi internada num manicomio. Mas quem lêr a sua historia certificar-se-ha de que esta doente era já uma louca antes da operação; o proprio Dr. MARIOTTE COOKS, que actualmente a trata, não encontra dado algum que permitta attribuir a loucura á castração».

Mas, accetando o facto, aliás indiscutivel, de, por vezes, embora raramente, apresentarem as mulheres castradas signaes caracteristicos de alienação mental, dever-se-ha por isso considerar como causa efficiente da loucura a ablação bilateral dos ovarios?

(1) FERRY, obr. cit., pag. 191 e segg.

(2) LAWSON TAIT, *Congrès français de chirurgie*. 1891, pag. 171 e 172.

A ovariectomia dupla produz mais frequentemente a loucura do que a ovariectomia unilateral, do que a hysterectomia, ou do que qualquer outra intervenção gynecologica ?

SEARS (1), conseguindo obter 60 casos de perturbações mentaes graves consecutivas a operações gynecologicas, encontrou :

34 casos consecutivos á ovariectomia (2) ;
 9 » » á hysterectomia simples ;
 17 » » a outras intervenções gynecologicas.

LE DENTU (3), reunindo 36 casos de psychoses consecutivas a operações sobre os órgãos genitales da mulher, verificou a seguinte distribuição :

6 casos consecutivos á ovariectomia dupla ;
 14 » » á ovariectomia simples ;
 6 » » á hysterectomia simples ;
 3 » » a operações sobre o collo do utero ;
 3 » » a operações conservadoras dos ovarios ;
 2 » » a intervenções gynecologicas diversas ;
 2 » » a perineorrhaphias.

(1) SEARS, *Insanity following surgical opérations.* — *Boston méd. surgical, Journ.* 1893, pag. 642.

(2) O autôr não especifica se estes 34 casos se referem a ovariectomias simples ou duplas.

(3) LE DENTU, *Des délires post-opératoires.* — *Médecine moderne*, 1891, pag. 53.

WERTH (1) verificou tambem:

- 2 casos de alienação mental em 32 hysterectomias;
2 » » » em 36 ovariectomias du-
plas;
2 » » » em 160 ovariectomias uni-
lateraes.

MARGOLIÈS (2) publica tambem 25 casos assim rela-
cionados:

- 9 casos consecutivos a ovariectomias duplas;
8 » » a ovariectomias unilateraes;
4 » » a hysterectomias simples;
4 » » a intervenções diversas sobre os
orgãos genitales.

Estas differentes estatisticas são certamente suffi-
cientes para destruir por completo a affirmação d'a-
quelles que vêem na suppressão dos ovarios — «orgãos
cuja presença é indispensavel ao equilibrio organico»
— a causa efficiente da alienação mental.

Se operações gynecologicas diversas (hysterectomia
simples, perineorrhaphias, etc.) provocam, por vezes,
o apparecimento de psychoses, para que persistir em
affirmar, á semelhança de LAVASTINE e outros, que a
alienação mental que sobrevem em doentes castradas
é a resultante immediata de perturbações do dyna-

(1) WERTH, *Répert. univ. d'obst. et de gyn.* 1888, cit. por
PICHEVIN, *Des abus de la castration chez la femme.* Paris,
1890, pag. 101.

(2) MARGOLIÈS, cit. por FERRY, obr. cit., pag. 85.

mismo organico, occasionadas pela suppressão d'um mysterioso producto segregado pelo ovario?

Mas ha mais. No seu trabalho sobre perturbações mentaes post-operatorias, SEARS assignala, em 125 casos de psychoses, 62 unicamente devidos á operação da cataracta.

Sendo assim, dever-se-ha tambem considerar o crystallino um orgão cuja presença é indispensavel ao perfeito equilibrio psychico e explicar as psychoses consecutivas á sua ablação pela suppressão d'um producto analogo ao que o ovario elabora?

A meu vêr, o facto, bem conhecido por todos, de serem mais frequentes as psychoses consecutivas á castração ovarica, ou a qualquer outra intervenção gynecologica, do que as psychoses post-operatorias da cirurgia geral (1), depende, não de perturbações funcionaes

(1) LE DENTU (obr. cit.) reuniu 56 casos de psychoses assim distribuidos :

35 consecutivos a intervenções gynecologicas ;
21 consecutivos a operações de cirurgia geral.

SEARS (obr. cit.), em 185 casos, encontrou :

60 devidos a intervenções gynecologicas ;
125 consecutivos a operações de cirurgia geral.

Se compararmos o numero diminuto de operações gynecologicas com as numerosissimas operações que entram no quadro da cirurgia geral, ver-se-ha que as psychoses são bem mais frequentes naquellas do que nestas.

Esta mesma differença se observa tambem entra as operações oculares e a cirurgia geral. Com effeito, em 125 casos de psychoses, SEARS, encontrou :

62 consecutivos á operação da cataracta ;
63 consecutivos a intervenções de cirurgia geral.

causadas pela ablação dos ovários, mas unica e simplesmente da excitabilidade nervosa e das preocupações constantes ocasionadas pela doença primitivamente existente e indubitavelmente agravadas pela intervenção cirurgica. E o que acontece nas intervenções gynecologicas, observa-se tambem na cirurgia ocular; no primeiro caso, as doentes, particularmente nervosas, receiam que a operação as não cure ou as mate (1); no segundo, temem a perda da visão.

A ovariectomia dupla deverá portanto ser considerada unicamente como a causa ocasional do apparecimento da alienação mental num organismo já predisposto pelas preocupações constantes e pelos receios exagerados provocados pelo soffrimento de que é victima. Qualquer relação que se queira invocar entre o apparecimento das psychoses e a suppressão do tecido ovarico é, a meu vêr, simplesmente insustentavel.

Mas, se é certo que a ovariectomia dupla não occasiona, mais do que qualquer outra intervenção gynecologica, verdadeiras psychoses, não poderei todavia deixar de concordar em que ella produz, não raras vezes, as chamadas *perturbações psychicas elementares*.

«Algumas ovariectomisadas tornam-se impacientes, irritaveis, tendo frequentes e injustificaveis accessos

(1) É ainda possivel que, como sustenta SPENCER WELS, o receio de perder as sensações sexuaes e a faculdade de procreação, contribua, em algumas doentes, para o apparecimento da alienação mental.

de cólera; outras são tristes, apáticas, chorando pelo mais insignificante motivo» (FERRY).

Em 57 ovariectomias duplas, JAYLE (1) encontrou:

- 16 vezes — ausencia completa de perturbações psychicas elementares;
- 39 » — perturbações mais ou menos nitidas;
- 2 » — desaparecimento completo das perturbações existentes.

FERRY (2), em 51 ovariectomizadas, verificou:

- 5 vezes — perturbações nervosas accentuadas;
- 30 » — perturbações nervosas ligeiras;
- 12 » — estado normal analogo ao anteriormente existente;
- 4 » — desaparecimento das perturbações primitivamente existentes.

JULIEN (3), em 24 oophorectomias duplas, observou:

- 11 vezes — estado normal;
- 13 » — uma certa irritabilidade.

CANU (4), em 93 observações, verificou:

- 83 vezes — perturbações psychicas elementares;
- 10 » — estado normal.

(1) JAYLE, *Presse médicale*, n.º 71, de 29 de agosto de 1896, pag. 438.

(2) FERRY, obr. cit., pag. 81.

(3) JULIEN, *La castration chez la femme et l'opothérapie ovarienne*. Paris, 1899, pag. 51.

(4) CANU, obr. cit., pag. 102.

ABRANT (1) encontrou em 24 ovariectomizadas :
18 vezes — perturbações psychicas elementares ;
6 » — estado normal.

D'estas estatisticas dever-se-ha necessariamente concluir que, ao contrario do que se dá com as verdadeiras psychoses, extremamente raras, as chamadas « perturbações psychicas elementares » encontram-se em mais de metade dos casos. Mas é necessario todavia não ligar a este facto o valor exageradissimo que lhe attribuem alguns autôres, visto que, como affirmam FERRY (2), MOREAU (3), TZIKLICE (4) e MARTIN (5), baseados em centenas de observações, estas perturbações psychicas são geralmente tão pouco accentuadas, que passariam completamente despercebidas se para ellas se não chamasse a attenção das doentes. A sua duração é tambem, em regra, muito limitada; passados alguns mezes, mais raramente um ou dois annos, desaparecem por completo, e ao estado psychico primitivamente existente succede uma normalidade perfeita.

(1) ABRANT, *Étude comparative des troubles physiologiques consécutifs à l'hystérectomie simple et à l'oophoro-hystérectomie*. Paris, 1899, pag. 15.

(2) FERRY, obr. cit., pag. 81.

(3) MOREAU, *Des essais de traitement de l'insuffisance ovarienne par les greffes de l'ovaire*. Paris, 1905, pag. 18.

(4) TZIKLICE, *Insuffisance ovarienne et greffe ovarienne*. Paris, 1907, pag. 24.

(5) MARTIN, obr. cit., pag. 58.

Não terminarei esta curta exposição relativa ás perturbações psychicas sem me referir especialmente á *amnésia*, phenomeno a que alguns autôres ligam consideravel importancia.

Esta amnésia consiste, diz Ferry (1), no esquecimento dos factos recentes.

«Au milieu d'une conversation l'opérée oublie subitement ce qu'elle veut dire; c'est une absence passagère; dans son ménage, elle ne se souvient plus où elle à réduit les objets.

«Elle oublie en route le but de sa démarche; arrivée dans un magasin, elle ne sait plus ce qu'elle est venue acheter.

«Désireuse de vous entretenir d'une chose quelconque, elle ne se rapelle plus au moment où elle vous aborde, ce qu'elle avait à vous dire.

«L'une de nos malades achète un litre de pétrole au lieu d'un litre de vin et ne s'en aperçoit qu'en portant le verre à la bouche».

GLEWEKE tinha já assignalado, entre as suas operadas, dois casos de ligeira amnésia.

MARTIN (2) encontrou, em 45 ovariectomizadas, 13 com uma diminuição sensível da memoria.

Na these de ABRANT, á excepção de 3 doentes (3), as 16 restantes referem uma amnésia mais ou menos intensa.

(1) FERRY, obr cit., pag. 77.

(2) MARTIN, obr. cit., pag. 67 e seg.

(3) ABRANT, obr. cit., observ 12, pag. 36; 26 pag. 39 e 29 pag. 42.

JAYLE (1) affirma tambem que, de 41 ovariectomizadas, 32 eram amnésicas.

Para JULIEN (2) a amnésia observa-se em 43 % dos casos.

FERRY (3) resume assim as suas observações :

Amnésia intensa em 22 doentes (4).....	43 %.
Amnésia bastante pronunciada em 12 doentes..	23 %.
Amnésia pouco sensível em 2 doentes.....	4 %.
Memoria normal em 15 doentes.....	30 %.

Era interessante e por ventura demonstrativo o conhecimento exacto do estado psychico que apresentavam antes e depois da operação, as doentes que soffrem de amnésia consecutivamente á ovariectomia dupla.

Nas observações de JAYLE, FERRY, JULIEN, ABRANT e MARTIN, não existem, todavia, indicações precisas sobre o estado psychologico das doentes que se sujeitaram a esta intervenção operatoria.

O unico autôr, entre todos os que consultei, que descreve minuciosamente a historia das suas operadas é CANU; mas, lendo attentamente as observações que

(1) JAYLE, *Effets physiologiques de la castration chez la femme* — *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, 1897, pag. 403 a 457.

(2) JULIEN, obr. cit., pag. 60.

(3) FERRY, obr. cit., pag. 79.

(4) Uma das doentes de FERRY (observ. 34, pag. 237), viu-se forçada a abandonar o exercicio de estenographia que tinha como profissão, por se não lembrar dos mais rudimentares elementos de orthographia; passados alguns mezes, a esta amnésia succedeu uma memoria normal.

servem de base ás estatísticas por elle apresentadas, não será difficil concluir que, das 39 doentes examinadas, só 16 não eram hystericas (1).

Não se dará o mesmo nas doentes referidas por JAYLE, FERRY, JULIEN, ABRANT e tantos outros?

Não sei, mas é muito possível que, dada a frequencia com que a hysteria coexiste com as lesões do aparelho genital, o exame minucioso das operadas observadas por estes autôres descobrisse em algumas verdadeiros estigmas d'esta nevrose.

Se assim fôr, e lembrando-nos de que a hysteria se acompanha frequentes vezes d'uma sensível amnésia, o numero de perturbações da memoria dependente da ablação dos ovarios seria consideravelmente reduzido.

Mas, seja como fôr, o que é certo é que a castração ovarica produz, por vezes, uma sensível amnésia que deverá ser considerada como uma das perturbações mais penosas, mais prejudiciaes e mais tenazes, da suppressão dos ovarios.

Esta amnésia que sobrevem algumas semanas depois da intervenção cirurgica, desaparece geralmente passados alguns mezes. Foi o que aconteceu com a doente referida por FERRY e já por mim citada em nota de pag. 107. Casos ha, no emtanto, em que amnésia é bem mais persistente, não deixando, todavia, ao contrario do que affirma ABRANT, de se attenuar ou desaparecer com o tempo.

(1) As doentes a que se referem as observações 2, 4, 5, 6, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 26, 31, 33, 34, 35, 36, e 37, da these de CANU, apresentam, com effeito, verdadeiros estigmas de hysteria.

Á ablação bilateral dos ovarios tambem se attribuiu, desde muito remotas épocas, a abolição do apetite sexual.

Cita-se o caso d'un antigo pastor da Hungria que, na esperanza de moderar as tendencias lascivas d'uma filha, a mandara castrar.

Era partindo d'este principio que ainda ha poucos annos GOODEL, KYLE, DALLEY, SCHROEDER, BAKER-BROWN e tantos outros, preconisavam a castração como therapeutica ideal da nymphomania e da masturbação.

A este proposito é bastante elucidativa a these de CANU.

«Em 70 mulheres castradas, que tive occasião de examinar, diz o autôr (1), ha apenas 20 que conservam o apetite sexual. D'estas, 7 teem um fluxo menstrual abundante. É portanto natural que se observe nellas a persistencia dos desejos sexuaes, pela simples razão de que não foram completamente castradas (2).

(1) CANU, obr. cit., pag. 103.

(2) Com esta affirmação, o autôr parece partir da hypothese de que a castração ovarica, quando completa, tem sempre como consequencia fatal e immediata a amenorreia.

Admittindo como regra geral a suppressão completa do fluxo menstrual quando praticada a ovariectomia dupla, con-

«Nove outras, amenorreicas, operadas ha menos d'um anno, teem hyper-excitabilidade sexual, cuja causa deverá residir na congestão dos capillares da vagina e do clitoris e ainda na hysteria e no estado nervoso anterior tão frequentemente observados. Estas 9 doentes não teem todavia espasmos normaes e, como diz pittorescamente uma d'ellas, o espasmo é substituido por uma crise nervosa que a torna insaciavel. Mas, geralmente, ao fim d'um anno, esta excitação atroz é substituida, como em dois casos citados por LE BEC, por uma calma absoluta. São casos de loucura genital que constituem verdadeiras excepções, poisque 50 vezes em 70 casos notámos a suppressão completa e immediata dos desejos.

«Restam 4 doentes, operadas ha muito tempo e completamente amenorreicas.

«Uma d'ellas, operada em 1892, e tendo actualmente 40 annos, affirma que as suas relações sexuaes são faceis, agradaveis, e os desejos genesicos conservados «autant qu'il est permis à la quarantaine n'ayant jamais été emportée sur la chose.

«Uma outra, de 46 annos, operada tambem em 1892, dá informações analogas.

«A terceira e a quarta doentes, que dizem tambem ter relações sexuaes agradaveis, teem respectivamente 48 e 50 annos.

«Trata-se portanto de 4 mulheres relativamente ve-

vém todavia não esquecer que, não raras vezes, a despeito da ablação completa dos ovarios, a menstruação persiste, durante alguns mezes, regular e normal.

Terei occasião de me referir á interpretação d'estes factos no capitulo seguinte.

lhas e cujas affirmações não deverão, consequentemente, merecer grande credito.

«Exceptuadas portanto as 7 doentes que teem um fluxo menstrual abundante, restam 50 que não teem desejos sexuaes, 9 que em breve os não terão, e 4 cujas affirmações são suspeitas.

«A castração ovarica produz portanto, na quasi totalidade dos casos, e á *semelhança do que se observa nos animaes*, a abolição do apetite sexual, tornando, consequentemente, a mulher casada hostile ás relações conjugaes.

«Poder-se-ha portanto affirmar que a opinião de LUCAS CHAMPIONÈRE é absolutamente falsa e *que ninguém poderá explicar a persistencia dos desejos sexuaes na mulher, quando é certo que se observa a sua supressão completa nos animaes*.

«Não podendo admittir como, supprimindo uma função, se espere conservar as suas excitações, consideramos a affirmação de que a ovariectomia dupla não produz a abolição do apetite sexual, como uma satisfação moral dada á operada, para a impedir, durante algum tempo, de lastimar a intervenção de que foi victima».

Mais adeante, na mesma these (pag. 124), o autôr não hesita em affirmar que a ovariectomia dupla tem, pela abolição do apetite sexual que occasiona, gravissimas consequencias sociaes.

«A ovariectomia feita em mulheres casadas é a desagregação completa da familia. A supressão das sensações e dos desejos sexuaes tem como consequencia necessaria a indifferença do marido. Os filhos do casamento legitimo não tardarão, consequentemente, a ser lesados nos seus direitos pela influencia d'uma

estranha que, indubitavelmente, se tornará preponderante. Esta olhará para a esposa legitima do seu amante, como se olha para um eunuco ou para um bôbo.

«Mais tarde virá a dissolução do casamento, muitas vezes a ruina dos conjuges, e por vezes a deshonra para todos.

.....
 «Ás mulheres solteiras ovariectomisadas é interdito o casamento, visto que, a maioria dos homens se não pôde contentar com uma satisfação platonica».

CANU estava de um pessimismo infeliz quando escreveu a sua these.

Affirmar, na epoca actual, a impossibilidade absoluta de «explicar a persistencia dos desejos sexuaes na mulher, quando é certo que se observa a sua supressão completa nos animaes», equivale, no ponto de vista physiologico, a proclamar um verdadeiro absurdo.

Com effeito, nos animaes, o appetite sexual é quasi exclusivamente regido pelo *cio*; a femea só no periodo de *cio* permite, em regra, a approximação do macho. A destruição das glandulas que produzem o *œstrus genesico* colloca-a numa constante hostilidade sexual.

Na mulher, a physiologia sexual é inteiramente diferente e a castração ovarica não deverá portanto produzir resultados semelhantes aos que dá nos animaes.

«É um facto bem conhecido, diz GUINARD (1), que

(1) GUINARD, *Dictionaire de Physiologie de Charles Richet*, artigo «Castration».

nos individuos da especie humana a persistencia do apetite sexual depois da castração é incomparavelmente mais frequente do que nos animaes».

Esta opinião de GUINARD é tambem corroborada por todos aquelles que se teem dedicado ao estudo das perturbações consecutivas á ovariectomia dupla.

«Não tenho notado nada de especial, diz ROUTIER (1), nas mulheres ovariectomisadas; parece-me que a extirpação dos ovarios e das trompas não produz mudança sensivel no apetite sexual».

BAUDRON (2), sem ter estudado minuciosamente as modificações genesicas, affirma todavia que o apetite sexual não parece, em regra, ser diminuido pela ovariectomia dupla. Em alguns casos até, o autôr conseguiu verificar uma exaltação manifesta das impulsões sexuaes.

Martin pensa tambem que o apetite sexual, por vezes bastante exagerado (3), não soffre, todavia, na maioria dos casos, modificações sensiveis.

PUECH, citado por FERRY, depois do exame minucioso de numerosas doentes, affirma tambem que a extirpação dos ovarios não produz modificações notaveis no estado physiologico das operadas; «se é certo que algumas não teem, por vezes, uma necessidade erotica imperiosa, nem por esse facto deixam de ser «bonnes et aimantes», conservando a excitabilidade dos seus orgãos genitales».

(1) ROUTIER, *Congrès français de chirurgie*, 1891, pag. 224.

(2) BAUDRON, *Conséquences de castration chez la femme*. Paris, 1894, pag. 75.

(3) MARTIN, obr. cit., pag. 59 e observ. 8 pag. 74 e 18 pag. 84.

LUCAS CHAMPIONNIÈRE (1) tem a mesma opinião: «a nossa experiencia é sufficientemente grande para resolver cabalmente o problema. A ovariectomia dupla não parece modificar consideravelmente os desejos sexuaes; as doentes ficam, depois da intervenção, com uma excitação sexual sensivelmente analoga á que primitivamente tinham».

FERRY (2), menos optimista, dá indicações mais precisas sobre o estado sexual depois da ovariectomia dupla.

Estudando separadamente o apetite e o prazer genesicos, estabelece as seguintes relações:

Apetite sexual em 49 doentes	{	não modificado em.....	12 casos
		augmentado em.....	13 »
		insaciavel em.....	3 »
		diminuido em.....	7 »
		completamente abolido em..	14 »

Prazer sexual em 38 ope- radas	{	não modificado.....	12 vezes
		augmentado.....	7 »
		excessivo.....	3 »
		diminuido.....	5 »
		completamente abolido	9 »
		abolido e substituido por dôr e repugnancia pelo coito..	2 »

(1) LUCAS CHAMPIONNIÈRE, citado por PINESSE, obr cit., pag. 128.

(2) FERRY, obr. cit., pag. 173 e 174.

Resultados sensivelmente analogos foram verificados por GLÖVEKE (1), JAYLE (2) e ABRANT (3).

Transcrevo a seguir as estatisticas publicadas por estes autôres.

Estatistica de Glöeveke

Apetite sexual em 27 ovarie- ctomisadas	}	não modificado em.....	6 casos
		diminuido em.....	10 »
		augmentado em.....	11 »
Prazer sexual em 26 ovarie- ctomisadas	}	não modificado em.....	8 casos
		diminuido em.....	10 »
		augmentado em.....	8 »

Estatistica de Jayle

Apetite sexual em 32 ovarie- ctomisadas	}	não modificado.....	18 vezes
		augmentado.....	3 »
		diminuido.....	3 »
		completamente abolido....	8 »

(1) GLÖVEKE, citado por EGAS-MONIZ, *A vida sexual*, I vol., pag. 126.

(2) JAYLE, *Effets physiologiques de la castration chez la femme* — *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, 1897, pag. 403 a 457.

(3) ABRANT, obr. cit., pag. 18 a 38.

Prazer sexual em 33 ovarie- ctomisadas	}	não modificado.....	17 vezes
		augmentado.....	5 »
		diminuido	1 »
		completamente abolido	4 »
		abolido e substituido por dôr e repugnancia pelo coito..	6 »

Estadística de Abrant

Desejo e pra- zer sexuaes em 13 ovarie- ctomisadas	}	não modificados	2 vezes
		diminuidos.....	5 »
		abolidos	4 »
		augmentados	2 »

Ao contrario, portanto, do que affirma CANU, a ovariectomia dupla não tem como consequencia fatal e immediata a suppressão do desejo e do prazer genesicos; ao lado de operadas com desejo e prazer sexuaes diminuidos ou totalmente abolidos, outras existem que conservam o seu estado sexual anterior ou manifestam até consideravel exaltação d'esse estado.

Para explicar estas differentes modalidades de sensações genesicas consecutivas á ovariectomia dupla torna-se, a meu vêr, necessario conhecer a origem do instincto sexual.

Para BEAUNIS (1), «os orgãos genitales, bruscamente desenvolvidos, tornam-se o ponto de partida de sensações absolutamente novas e até então desconhecidas

(1) BEAUNIS citação de ROUX em *L'instinct d'amour*. Paris, 1904, pag. 35.

que, influenciando o systema nervoso, modificam profundamente a intelligencia, os sentimentos, os habitos e o character.

«A necessidade sexual está ligada á presença dos elementos seminaes masculino e feminino, espermatozoide e ovulo. Todas as causas que, d'um modo ou d'outro, supprimem a producção d'estes dois elementos (castração, idade, doenças, etc.), supprimem necessariamente o desejo sexual».

Para TARCHANOFF(1), a necessidade sexual está intimamente ligada á repleção das vesiculas seminaes. Para elle, a simples dilatação d'estas vesiculas por um liquido inerte basta para produzir uma necessidade sexual artificial.

A excitação sensitiva que desperta o instincto genesico partiria das vesiculas seminaes e transmitir-se-hia, pelos nervos d'estas vesiculas, até aos centros nervosos superiores. Assim se produziria uma excitabilidade especial d'estes centros, correspondente ao instincto sexual e, graças á qual, a menor excitação proveniente da femea determinaria no macho movimentos apropriados para o desempenho das relações sexuaes.

Formuladas em termos physiologicos precisos, estas affirmações de BEAUNIS e de TARCHANOFF podem resumir-se do modo seguinte: quando os orgãos genitales teem adquirido o seu completo desenvolvimento, tornam-se o ponto de partida d'uma impressão nervosa centripeta; esta, trasmittindo-se aos centros, faz apparecer a necessidade sexual.

(1) TARCHANOFF, citado por EGAS-MONIZ, obr. cit., pag. 119.

O instinto sexual sob todas as suas formas, desde o desejo brutal de satisfação genésica até ás manifestações mais delicadas do amor, tornar-se-hia assim completamente analogo ás necessidades physiologicas ordinarias; tudo se resumiria então num órgão que tem necessidade de funcionar, em vesiculas seminaes repletas que necessitam esvasiar-se.

Na epoca actual, depois das estatisticas precedentes em que nitidamente se demonstra a persistencia frequente do desejo e do prazer genésicos depois da ovariectomia dupla (1), e depois dos estudos de ZAMBACO,

(1) Nem só na mulher se observa a persistencia do desejo e do prazer genésicos depois da castração. No homem, a ablação dos testiculos nem sempre tem como consequencia fatal a supressão dos desejos sexuaes. É o que principalmente se observa quando a castração cirurgica tem logar depois da puberdade.

TALLOT e HAVELOCK ELLIS (EGAS-MONIZ, obr. cit., pag. 126), observaram que um homem a quem tinham feito a ablação dos testiculos continuara a ter erecções e a masturbar-se, e não perdendo o vicio de pederasta activo acabou por matar o que tinha escolhido para amante, por este se recusar a satisfazer-lhe os seus pervertidos desejos.

RICHEZ refere tambem o caso de um castrado que, tres annos depois de lhe terem extrahido os testiculos, mantinha relações sexuaes tão facéis como antes da castração.

Entre os Skópezes (seita russa constituida por homens e mulheres castrados) alguns ha que, a despeito do *baptismo do fogo* (destruição dos testiculos com um ferro em braza) conservam a facultade de exercer a cópula.

Alguns dos condemnados pela lei de Missouri (castigo da castração aos que commettessem violações), foram de novo julgados por identicos attentados.

No imperio romano, as damas apreciavam muito os eunucos, pelo facto de com elles poderem manter relações sexuaes sem o receio de fecundar.

LOMBROSO, KRAFFT-EBING, MOLL, MARC, SOLLIER e tantos outros, demonstrando a existencia frequente, nos idiotas e nos imbecis, do desejo sexual antes do desenvolvimento dos orgãos genitales, a theoria sustentada por BEAUNIS e TARCHANOFF parece-me inadmissivel.

As sensações originadas nos orgãos genitales, não obstante o seu papel incontestavel, não poderão todavia ser sufficientes para, independentemente de qualquer outra causa, explicar a necessidade genesica.

O instincto sexual não poderá depender unica e simplesmente de excitações periphericas localizadas nos orgãos genitales.

«As sensações partidas do aparelho sexual completamente desenvolvido, diz ROUX (1), teem indubitavelmente uma enorme importancia na evolução do instincto sexual; mas em a necessidade genesica ha mais alguma coisa do que um orgão que necessita funcionar; ha o grito do organismo que protesta contra a velhice que o ameaça. A necessidade sexual é um esforço para a immortalidade, cuja origem deverá residir não só nos orgãos genitales, mas tambem em todos os elementos anatomicos que entram na constituição do organismo».

Tentando estabelecer nitidamente a differença entre as sensações originadas nos orgãos genitales e as que são produzidas no seio dos differentes elementos anatomicos do organismo, ROUX faz a distincção entre fome sexual e appetite sexual.

A fome sexual é, para elle, uma sensação especifica, originada em todo o organismo.

(1) Roux, obr. cit., pag. 49.

O apetite genésico, não sendo mais do que o desejo da satisfação genital, deverá ter a origem unicamente localisada nas diferentes partes que constituem o aparelho genital.

Analogamente ao que se dá com o apetite nutritivo, que é satisfeito pela repleção do estomago, qualquer que seja o valor alimentar das substancias ingeridas, o apetite genésico é satisfeito pelas relações sexuaes, qualquer que seja o objecto.

A fome verdadeira, pelo contrario, só desaparece quando o empobrecimento do meio nutritivo é corrigido por alimentos apropriados; semelhantemente, a fome sexual só se extingue pela união de dois seres que se escolheram em virtude de affinidades mysteriosas.

Da fome sexual deriva o amor; do apetite sexual deriva o desejo.

Embora esta distincção entre fome sexual — sensação mal defenida originada em todos os elementos anatomicos do organismo —, e apetite sexual — simples desejo de satisfação genésica, resultante da lembrança de contactos agradaveis e deleitosos —, seja puramente artificial, é certo, todavia, que no instincto sexual se associam, por vezes, diversas sensações dependentes da união dos diversos centros sensoriaes com os centros sexuaes.

É o que KRAFFT-EBING (1), exprime em phrases menos philosophicas, mas certamente bem mais physiologicas, quando diz: «a causa do mecanismo sexual

(1) KRAFFT-EBING, *Traité clinique de Psychiatrie* — Traducção Laurent.

reside no cerebro; este, animado por excitações periphericas e centraes, é a séde das manifestações sexuaes, das imagens e dos desejos, o logar de origem de todos os phenomenos psychosomaticos a que ordinariamente se dá o nome de appetite genesico e de instincto sexual».

Sem negar a influencia dos órgãos genitales no appetite sexual, julgo todavia que, num certo numero de individuos, a excitação genesica é simplesmente de origem cerebral, não existindo portanto, na evolução do instincto sexual, uma relação forçada entre os centros nervosos superiores e os órgãos genitales.

Em algumas mulheres, com um systema nervoso mais impressionavel e com uma imaginação viva, a excitação com ponto de partida nos órgãos genitales deverá ter uma importancia insignificante.

A este grupo deverão talvez pertencer aquellas que conservam o appetite sexual depois da menopausa.

Noutras, são as impulsões originadas nos órgãos genitales que desempenham o papel mais importante.

A este segundo grupo pertencem certamente aquellas que só teem desejos na epoca menstrual, isto é, no periodo activo dos seus órgãos genitales (1).

(1) A este proposito é bastante elucidativo um artigo publicado em 1887 num jornal de gynecologia (*Gazette gynécologique*, 15 de abril de 1887, n.º 25, pag. 113) e intitulado — *A propos des règles, confidences d'une femme*.

Para que o leitor possa apreciar o sabor do original, abstenho-me de fazer a traducção.

«Les règles sont à leur début un peu d'humidité, le lendemain, un suintement muqueux, le surlendemain, légère teinte rosée sanguinolente. Et pendant les trois jours d'invasion, des modifications de la plus haute importance se passent dans

«E agora é facil comprehender que nas primeiras a castração não exerça influencia alguma nas sensações

l'organisine. Pendant ce début surgit un état nerveux spécial, vague, inquiet, indéfinissable, une sorte de tristesse sans motifs, de besoin sans but précis, envahit l'être, le domine, le subjuge, l'absorbe. Les fêtes, les réunions, les bals, le théâtre, tout plaisir où l'on se trouve plus de deux devient fastidieux à ce moment.

«Ce besoin indécis, cette sensation spéciale de manque, cet inconnu qui nous attire, ce nuage qui nous appelle à lui en nous voilant la vérité, c'est le désir sexuel. Vague dans son aspiration, le désir devient vif, intense, précis au moment de la réalisation. Le désir assouvi, le calme renaît, la nature a rempli son but.

«Voilà bien cette période de rut si intense chez les animaux, plus ou moins masquée chez la femme par le voile et la gêne de la civilisation. Toutes les cordes de la femme vibrent à ce moment. Les seins sont tendus, saillants, la moindre pression à leur extrémité met l'individu hors de lui-même. Du côté des organes génitaux, de même qu'au niveau des seins, il existe une congestion intense. L'appareil génital est en fête. C'est le moment de l'unisson des deux sexes, la nature y convie l'époux. Mais il n'y a pas de fête sans lendemain, le quatrième jour la scène change complètement.

«Un écoulement sanguin abondant, gênant, vient décongestionner l'appareil génital et toute l'économie. Toutes les cordes de la femme se détendent. L'appétit sexuel disparaît. Au désir, à l'appétence de la précédente période fait place l'indifférence, ordinairement même le dégoût. Le rut est fini, bien fini, l'être devient abattu, malade, refroidi.

«Chez certains animaux, on retrouve une marche analogue; chez plusieurs femelles, dit Raciborski, on n'aperçoit ordinairement au début que des glaires; lorsque le sang apparaît, le rut finit et les rapports sexuels deviennent impossibles.

«Pendant la période intermenstruelle, les sens dorment volontiers. En l'absence de toute excitation la vie génitale pourrait

genesicas e que nas segundas a operação tenha como consequencia a agenesia.

É esta, a meu vêr, a explicação mais racional da agenesia que, por vezes, se observa consecutivamente á ovariectomia dupla.

Aquelles que, com JAYLE, tentam explicar a abolição do apetite e do prazer sexuaes pela auto-sugestão das operadas, teem contra si os casos, não pouco numerosos, em que, doentes que desconhecem por completo a intervenção cirurgica que soffreram, só reconhecem a agenesia quando das primeiras relações sexuaes.

A todos os outros que, com CANU, filiam unicamente esta agenesia na suppressão das funcções ovaricas, responderei simplesmente com as seguintes estatisticas publicadas por GLÆVEKE (1), JAYLE (2) e ABRANT (3), referentes ao estado sexual depois da hysterectomia simples.

Estatistica de Glæveke

Desejo e prazer sexuaes em 10 doentes hyste- rectomisadas	}	não modificados	4 vezes
		augmentados	2 »
		diminuidos	2 »
		completamente abolidos	2 »

se réduire à zéro. Ce n'est pas à dire pour cela que les oubaines soient désagréables, mais pures friandises dont la nature pourrait bien se passer. Le dieu génital sommeille, il lui faut des artifices pour le réveiller».

(1) GLÆVEKE, citado por FERRY, obr. cit., pag. 21.

(2) JAYLE, *Effets physiologiques de la castration chez la femme* — *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, 1897, pag. 403 a 457.

(3) ABRANT, obr. cit., pag. 20.

Estatística de Jayle

Apetite sexual em 11 doentes hysterectomi- sadas.	}	não modificado.....	5 vezes
		augmentado.....	2 »
		diminuido.....	3 »
		abolido.....	1 vez
Prazer sexual em 9 doentes hysterectomi- sadas	}	não modificado.....	4 vezes
		augmentado.....	2 »
		diminuido	2 »
		abolido.....	1 vez

Estatística de Abrant

Desejo e prazer sexuaes em 10 doentes hyste- rectomisadas	}	não modificados	4 vezes
		augmentados.....	1 vez
		diminuidos.....	2 vezes
		abolidos	3 »

Vê-se portanto que, a despeito da conservação das funções ovaricas, a hysterectomia simples produz resultados sensivelmente analogos aos da ovariectomia dupla (1).

Explicadas assim a persistencia e a abolição das

(1) Em artigo publicado em 1905 (*Movimento medico*, n.º 5, pag. 71) o prof. Dr. SOUSA REFOIOS citava a este proposito dois casos bastante elucidativos.

«Numa doente de 30 annos, casada, diz o autôr, e na qual deixei fragmentos dos ovarios e em que a menstruação se manteve durante muito tempo, tornando-se até ás vezes for-

sensações genésicas nas mulheres castradas, resta-me agora, para terminar esta já longa exposição sobre a influencia da ovariectomia dupla no estado sexual, a interpretação dos casos de hypergenesia não raramente observados.

Ao lêr as observações em que se encontra mencionada a exaltação das sensações sexuaes depois da castração ovarica, verifica-se que esta hypergenesia coexiste, na maioria dos casos, com o desaparecimento das dôres.

Não bastará este facto para explicar a reaparição, o augmento mesmo das sensações genésicas, cuja satisfação tinha, precedentemente, como consequencia necessaria e fatal a exacerbação das dôres provocadas pela existencia d'um processo inflammatorio pelvico ou d'uma degenerescencia esclero-kistica dos ovarios?

Creio bem que esta suppressão das dôres primitivamente existentes seja, por vezes, um factor importante da hypergenesia.

Mas ha mais. A proposito das modificações psychicas consecutivas á castração ovarica, tive já occasião de insistir sobre a raridade das psychoses graves e sobre a frequencia das chamadas «perturbações psychicas elementares».

temente menorragica, o coito, segundo a sua phrase simples, mas traduzindo sinceridade, não lhe é indifferente, mas produz-lhe um prazer muito attenuado e muito menor do que antes da operação.

«Uma outra, de 29 annos, solteira, amancebada e tendo já tido filhos do homem com quem vive, ficou com fragmentos ovaricos; affirmou-me que deixou de ter desejos venereos e de sentir prazer no coito e que assim o declarou ao pae de seus filhos».

«Sendo assim, porque não considerar também estas modificações psychicas, frequentemente acompanhadas de manifestações de hysteria, como factores da exaltação das sensações sexuaes ?»

«Em certos casos, são os centros nervosos que, pela sua susceptibilidade exagerada, mantem o individuo em excitação sexual.

«As mais insignificantes impressões visuaes, auditivas e olfactivas produzem uma exaltação do apetite genésico.

«A hyperesthesia genital encontra-se na hysteria e na neurasthenia, poisque numa e noutra o centro psycho-sexual é d'uma susceptibilidade exagerada» (SPASSOF) (1).

Supressão das dôres, «perturbações psychicas elementares» e hysteria — taes deverão ser as causas da hypergenesia de certas ovariectomisadas.

*

*

*

Todos os autôres que teem estudado as chamadas consequencias physiologicas da castração ovarica assignalam, como frequentes, *os phenomenos congestivos e hemorragicos*.

(1) SPASSOF, *Contribution à l'étude de l'instinct sexuel dans les maladies mentales*. Toulouse, 1901.

Os *phenomenos congestivos* mais frequentes são os designados por GLÆVEKE sob a denominação de *perturbações climatericas*.

Para LÉVY (1), que mais particularmente tem estudado o assumpto, estas *perturbações climatericas* de GLÆVEKE consistem em acessos bruscos e repetidos de vaso dilatação dos capillares sub-cutaneos e particularmente da face.

Sobrevindo sem causa apparente, provocadas, por vezes, pela mais ligeira emoção, estas perturbações vaso-motrizas, vulgarmente chamadas *afrontamentos* ou *vapôres*, constituem, sem duvida alguma, o symptoma mais frequentemente observado nas mulheres ovariectomisadas.

Para GLÆVEKE encontrar-se-hiam em 78 0/0 dos casos.

FERRY estabelece uma proporção muito mais elevada; para elle, 96 0/0 das operadas tem affrontamentos.

Sensivelmente analogo é a proporção verificada por ABRANT: em 24 doentes examinadas por este autor, só uma tinha escapado a estas perturbações congestivas (2).

Um mez depois da operação, algumas vezes quinze dias sómente, a doente tem, bruscamente e a maior parte das vezes nos periodos correspondentes ás antigas epochas menstruaes, uma sensação de vertigem occasionada pela intensa hyperemia capillar sub-cutanea localisada na face e parte superior do thorax.

(1) LÉVY, *Les bouffées de chaleur de la ménopause opératoire*. Paris, 1900.

(2) ABRANT, obr. cit., observ. 7, pag. 33.

Passados segundos, quando muito um ou dois minutos (1), tudo volta ao estado normal, quer com o apparecimento de arrepios, quer com uma sudação generalisada, ou mais especialmente localisada na face, pescoço e mãos (2).

A principio muito frequentes, estas *perturbações climatericas* de GLÆVEKE vão successivamente diminuindo de numero, de intensidade e de duração. «On dirait que l'organisme finit par s'habituer à cette ménopause artificielle» (LÉVY).

Exceptuados os casos, bem pouco frequentes, citados por JAYLE, ABRANT, SCHMALFUSS e GLÆVEKE, em que estas perturbações persistiram durante alguns annos, ellas desaparecem geralmente passados seis mezes, quando muito ao fim d'um anno.

É esta a opinião de POZZI, RICHELOT, HEGAR e MARTIN.

(1) Para ABRANT, a duração d'estas perturbações oscilla entre cinco e vinte minutos.

Eu tive, todavia, occasião de presenciar, varias vezes, alguns *afrontamentos* em doentes ovariectomisadas e nenhum d'elles teve uma duração superior a dois minutos.

O proprio LÉVY, que considera *as perturbações climatericas* de GLÆVEKE como uma das consequencias mais incommodas da ovariectomia dupla, affirma que a sua duração é, em regra, de um a dois minutos.

(2) Por vezes, mais raramente, é certo, esta hyperemia sub-cutanea não existe, e em logar do rubôr da face, da vasodilatação dos capillares sub-cutaneos, observa-se uma vasoconstricção—*ischemia capillar*—, que se manifesta apparentemente pela pallidez subita e pronunciada, precedida de uma intensa sensação de frio.

Trata-se portanto de perturbações que, embora frequentes e incommodas durante os primeiros periodos que seguem a operação, não tardam, na maioria dos casos, a desaparecer por completo.

Os phenomenos congestivos nem sempre revestem a modalidade que acabei de descrever.

Se é certo que os afrontamentos ou vapôres são, de todas as perturbações congestivas, as mais frequentes, outras ha tambem que, embora bastante raras, merecem todavia ser mencionadas.

Num trabalho publicado em 1894, LISSAC (1) assignala, numa das suas observações, o apparecimento, nos periodos correspondentes ás antigas epochas menstruaes, d'uma bronchite caracterisada pela existencia de numerosas ralas sibilantes.

MARTIN (2) verificou, numa das suas doentes, a existencia de phenomenos congestivos pulmonares, cujo apparecimento, periodico, correspondia tambem aos antigos periodos menstruaes.

Uma outra doente examinada por este autôr (3) tinha, todos os mezes, durante dois ou tres dias, uma verdadeira fluxão mamaria.

O mesmo acontecia em tres doentes observados por FERRY (4) e em duas outras examinadas por BAUDRON (5).

(1) LISSAC, *Des troubles consécutifs à la castration chez la femme*. Paris, 1894, pag. 51.

(2) MARTIN, obr. cit., observ. 19, pag. 86.

(3) MARTIN, obr. cit., observ. 45, pag. 117.

(4) FERRY, obr. cit., observ. 14, pag. 207, 49, pag. 253 e 50 pag. 254.

(5) BAUDRON, obr. cit., observ. 106, pag. 96 e 111, pag. 99.

Este ultimo refere tambem um caso (1) em que a ovariectomia dupla foi seguida de congestões hepaticas que se repetiram todos os mezes durante dois ou tres annos.

Os *phenomenos hemorragicos* consecutivos á ovariectomia dupla, geralmente considerados como bastante frequentes, são pelo contrario, extremamente raros, podendo entrar até, na phrase de FERRY, no quadro das verdadeiras curiosidades scientificas.

Em artigo publicado na *Gazeta dos Hospitaes*, RAYMOND (2) refere um caso de hemoptises consecutivas á ablação bilateral dos ovarios.

Tratava-se duma doente, de 27 annos, operada por POZZI d'uma salpingo-ovarite dupla.

O fluxo menstrual, completamente abolido depois da intervenção cirurgica, era substituido por uma ligeira leucorreia.

Quatro mezes depois da operação sobrevieram hemoptises abundantes que duraram tres ou quatro dias.

Este caso seria, na realidade, interessante se RAYMOND não terminasse a sua observação por declarar que os pulmões da doente tinham, nos vertices, signaes manifestos de tuberculose.

Conhecido este facto, não se poderá certamente affirmar que as hemoptises tenham sido occasionadas pela ablação bilateral dos ovarios e não pela simples existencia das lesões tuberculosas pulmonares.

(1) BAUDRON, obr. cit., observ. 25, pag. 50.

(2) PAUL RAYMOND, *Gazette des Hôpitaux*, 1890, pag. 1096.

Mas, se é certo que este caso pôde deixar de ser filiado na brusca perturbação funcional consecutiva á ovariectomia dupla, outros ha, todavia, que julgo licito considerar como dependentes da ausencia de descarga sanguinea habitual do organismo.

São verdadeiras *menstruações desviadas*.

PINESSE (1) refere-se a uma ovariectomizada que, todos os mezes, durante dois ou tres dias, tinha uma expectoração nitidamente sanguinolenta.

Uma outra doente, tambem examinada por este autôr (2), teve, um mez depois da operação, uma abundante hemorragia anal.

Uma das doentes observadas por CANU (3) teve trez hematurias mensaes post-operatorias.

Em artigo publicado em 1899, PFISTER (4) cita dois casos de enterorragias e dez de epistaxes consecutivos a ovariectomias duplas.

BAUDRON (5) assignala o apparecimento de trez hematemeses mensaes numa doente ovariectomizada.

JULIEN (6) cita duas ovariectomizadas que tiveram epistaxes.

De 51 operadas observadas por FERRY (7), quatro tiveram tambem menstruações desviadas (epistaxes, hemorragias anaes) post-operatorias.

(1) PINESSE, obr. cit., observ. 65, pag. 55.

(2) PINESSE, obr. cit., observ. 104, pag. 78.

(3) CANU, obr. cit., observ. 28, pag. 55.

(4) PFISTER, *Semaine médicale*, 1899, pag. 54.

(5) BAUDRON, obr. cit., observ. 24, pag. 61.

(6) JULIEN, obr. cit., observ. 21, pag. 52 e 35, pag. 60.

(7) FERRY, obr. cit., observ. 8, pag. 202, 23, pag. 221, 24, pag. 230, 33, pag. 235.

Não menos interessantes são os casos referidos por JEANNEL (1) e HURTAUD (2).

JEANNEL observou uma doente que, a despeito da ovariectomia dupla, continuava a ser menstruada.

Passados alguns mezes, o fluxo menstrual desappareceu por completo. Ao mesmo tempo sobrevieram hemoptises mensaes abundantes.

A observação publicada por HURTAUD refere-se a uma doente operada por DALCHÉ.

Tratava-se d'uma mulher de 27 annos, apresentando lesões tuberculosas pulmonares acompanhadas de hemoptises.

Depois da intervenção cirurgica, as hemoptises, que a principio não tinham character periodico, sobrevieram todos os mezes nas epocas correspondentes aos antigos periodos menstruaes.

Curioso é tambem um caso, cujo conhecimento devo á amabilidade do Sr. DINIZ SEVERO CORREIA DE CARVALHO, alumno do quinto anno de medicina.

Trata-se duma doente, ovariectomizada de longa data, que tem, nos peridos correspondentes ás antigas epocas menstruaes, epistaxes extremamente abundantes.

(1) JEANNEL, *Congrès français de chirurgie*. Paris, 1891, pag. 208 e 209.

(2) HURTAUD, *Des règles supplémentaires ou déviées*. Paris, 1896.

Sob a denominação de «*nevrópathia abovarica*», FERRY descreve um certo numero de perturbações (asthenia neuro-muscular, cephaléias, insomnias, dispépsias e palpitações), que outros autôres, á semelhança de JAYLE, designam por *estado neurastheniforme*.

«Esta ultima designação, diz FERRY (1), não precisa a intima relação que existe entre a suppressão dos ovarios e o character especial das perturbações consecutivas. Estas constituem um verdadeiro syndroma que se encontra, em graus diversos, em quasi todas as doentes, e que é devido á suppressão da secreção interna dos ovarios.

«É por este motivo que prefiro a designação de *nevrópathia abovarica*».

Não desejando entrar por emquanto na discussão da pathogenia d'estas perturbações, — estudo este que a seu tempo será feito —, limitar-me-hei unicamente a descrever a frequencia com que ellas se observam.

A *asthenia neuro-muscular* é um phenomeno muito frequente nas ovariectomisadas.

(1) FERRY, obr. cit., pag. 91.

Para FERRY, encontrar-se-hia em 57 % dos casos; para ABRANT, em 58 %.

Este ultimo autôr (1) descreve, nesta *asthenia neuro-muscular*, dois typos nitidamente distinctos: a *depressão moral* e o *enfraquecimento muscular*.

No primeiro caso, a doente, de aspecto robusto e sanguineo, aparentemente forte e vigorosa, sente-se num estado de profundo abatimento moral, incapaz de qualquer esforço intellectual ou muscular.

No segundo caso, a despeito do seu enorme vigor psychico, a doente, pela diminuição consideravel das suas forças physicas, fatigando-se ao menor esforço muscular, sente-se incapaz de retomar o trabalho que até então executava.

As *cephaleias*, raramente quotidianas, sobrevindo, a maior parte das vezes, de oito em oito ou de quinze em quinze dias, acompanham-se, por vezes, como em algumas observações de CANU e ABRANT, de nevralgias faciaes.

Menos frequentes do que a *asthenia muscular*, encontram-se, simplesmente, em 44 % dos casos.

Bem menos frequentes são ainda as *insomnias*, as *dyspepsias*, e as *palpitações*.

As primeiras, ocasionadas por alguns *afrontamentos* nocturnos e alternando frequentemente com sonhos eroticos, observam-se unicamente em 20 a 30 % dos casos.

As *dyspepsias*, por vezes já existentes antes da ope-

(1) ABRANT, obr. cit., pag. 97.

ração, encontram-se em 8 a 10 % das doentes observadas.

As *palpitações*, também pouco frequentes (16 % dos casos), manifestam-se, por vezes, pela mais insignificante emoção. São simples perturbações funcionaes, sem relação alguma com lesões do coração.

Todas estas perturbações se vão lentamente extinguindo, até que, passados alguns mezes, mais raramente um ou dois annos, tudo volta á normalidade.

*

* *

Nestes últimos annos autôres houve que deram especial attenção ás *perturbações sensoriaes* consecutivas á ovariectomia dupla.

É que, na realidade, entre os órgãos dos sentidos, e mais particularmente o órgão visual, e o aparelho genital parece existir uma íntima correlação, assignalada desde muito remotas épocas.

Já HYPOCRATES affirmava que «a infecção puerperal podia occasionar o estrabismo e a cegueira» e, posteriormente, os seus discipulos declaravam também que «as perdas sanguineas de origem uterina podiam determinar cephaléias e perturbações visuaes».

Na época actual, embora a physiologia pathologica ocular se encontre ainda, por vezes, envolta numa completa obscuridade, os successivos e minuciosos estudos de pathologia visual permitem, todavia, affir-

mar a existencia d'essa intima relação entre as lesões do aparelho genital e certas perturbações oculares.

Em artigo publicado em 1893, MÜLLER (1) declara ter observado uma mulher, irregularmente menstruada, que, havia oito annos, apresentava nos períodos menstruaes uma intensa *chemose conjunctival*.

MEYER (2) cita tambem uma doente de 40 annos que, antes do apparecimento do fluxo menstrual, tinha, durante algumas horas, uma completa *amaurose*.

Algumas doentes examinadas por MOOREN (3) soffriam d'uma ligeira irite, que reaparecia periodicamente nas epochas catameniaes. Numa d'ellas, amenorreica, observava-se a coexistencia d'uma nevrite optica e d'uma estenose cicatricial do collo do utero. O tratamento da estenose produziu uma melhora notavel da visão.

Em algumas doentes dysmenorreicas, COURSSERANT e JURGKEN (4) observaram pequenas hemorragias mensaes na camara anterior do globo ocular.

Em artigo publicado em 1907, BOUCHART (5) cita quatro casos de irido-keratite em doentes dysmenorreicas. A regularização do fluxo menstrual teve como consequencia immediata a cura da affecção ocular.

EWERS (6) refere-se tambem a uma, doente, amenor-

(1) MÜLLER, *Chemosis menstrualis* — *Klin. monatsbl, Augenkeilk.*, 1893, pag. 27.

(2) MEYER, citado por ROBERT LOEVY, *Les troubles oculaires d'origine génitale*. Paris, 1905. pag. 15.

(3) MOOREN, *Semaine médicale*, 1898, pag. 115.

(4) COURSSERANT, *De la choroidite utérine*. Paris, 1900, pag. 94.

(5) BOUCHART, *Presse Médicale*, 1907, n.º 39, pag. 310.

(6) EWERS, citado por FERRY, obr. cit., pag. 130.

reica desde longa data, em que o desaparecimento do fluxo menstrual foi immediatamente seguido d'uma notavel diminuição da agudeza visual que parecia estar ligada á existencia d'uma nevrite optica.

Nestes ultimos annos, BRIERRE DU BOISMONT, MACHEK e ROBERT LOEVY citam varias observações de amblyopia, de choroidite e de hemorragias conjunctivae, coincidindo com a suppressão do fluxo menstrual.

Não obstante o conhecimento d'estes factos que acabo de citar, e cuja existencia parece estabelecer uma intima relação entre as perturbações genitae e oculares, não existia, até 1897, trabalho algum que se referisse á influencia da ovariectomia dupla sobre a visão e sobre as outras funcções sensoriaes.

Foi JAYLE (1) quem primeiro declarou ter encontrado, em algumas das suas doentes, um notavel enfraquecimento da visão, — facto que considerava, todavia, como uma coincidencia bastante rara.

Num trabalho publicado em 1905, ROBERT LOEVY (2) combate qualquer supposta influencia da ablação bilateral dos ovarios sobre a visão. «A pratica da castração nos animaes tem demonstrado desde longa data o que já conhecemos dos numerosos estudos sobre a ovariectomia nas mulheres: — esta operação não tem influencia alguma sobre os orgãos visuaes».

Referindo-se a uma doente em quem a extirpação dos ovarios foi immediatamente seguida do appareci-

(1) JAYLE, *Effets physiologiques de la castration chez la femme—Revue de gyn. et de chir. abdominale*, 1897, pag. 403 a 457.

(2) ROBERT LOEVY, obr. cit., pag. 37.

mento de asthenopia accomodativa, ROBERT LOEVY filia, todavia, este phenomeno na exacerbação das manifestações nevróticas já existentes antes da intervenção cirurgica.

Sensivelmente analogo é a opinião de BERGER (1) quando, em artigo publicado nos *Archivos de ophthalmologia* e referente a um caso de diminuição da agudeza visual consecutiva á ovariectomia dupla, rejeita, todavia, qualquer relação directa entre a intervenção cirurgica e a modificação visual e invoca, como causa d'esta ultima, a exacerbação das manifestações nevróticas já observadas antes da operação.

CAUDRON e DUBOIS (2), apresentando, á *Sociedade de ophthalmologia* de Paris, uma doente, excessivamente nervosa, padecendo de nevríte optica dupla com estase papilar consecutiva á castração ovarica, filiam tambem estas modificações visuaes nas perturbações nervosas concomitantemente observadas.

Todavia, áparte estes factos citados por ROBERT LOEVY, BERGER, CAUDRON e DUBOIS, em que a coexistencia de alterações visuaes com manifestações nevróticas poderá levar á convicção de que aquellas são a consequencia immediata d'estas ultimas, casos ha, todavia, em que as modificações do orgão visual parecem estar intimamente ligadas, á ablação bilateral dos ovarios.

É que, com effeito, nas observações recentemente publicadas, a coexistencia da ovariectomia dupla com as perturbações oculares e especialmente com a asthe-

(1) BERGER, *Archives de ophthalmologie*, 1906, pag. 194.

(2) CAUDRON et DUBOIS, *Annales d'oculistique*, CXXIX, pag. 399.

nopia é tão frêquente, que não repugna acceitar que aquella tenha sido a causa efficiente d'estas ultimas.

Com effeito, das 51 doentes observadas por FERRY, 18 tinham uma sensivel diminuição da agudeza visual acompanhada de asthenopia. O mesmo se observava em 16 das 47 doentes examinadas por CANU.

Dada esta frequencia, não vejo motivos para que se negue á ovariectomia dupla o papel de causa efficiente da asthenopia.

Ha, na realidade, a meu vêr, argumentos de valor que permittem acceitar entre aquella intervenção cirurgica e esta perturbação visual, uma intima relação de causa para effeito.

A coexistencia d'esta asthenopia com as differentes modificações physiologicas ou pathologicas dos órgãos genitales é, hoje, um facto indiscutivel.

O proprio ROBERT LOEVY (1), que nega qualquer relação entre a ovariectomia e as perturbações oculares, concorda em que, durante o periodo menstrual das dysmenorreicas, se observa muitas vezes um enfraquecimento do musculo da accomodação.

HASNER (2) cita tambem um caso de paralyisia periodica do musculo ciliar numa mulher dysmenorreica. Esta asthenopia desaparecia no dia seguinte ao do apparecimento do fluxo menstrual.

Em alguns casos referidos por GEORGEON (3) trata-se de asthenopia consecutiva a metrites agudas e em que

(1) ROBERT LOEVY, obr. cit., pag. 95.

(2) HASNER, citado por FERRY, obr. cit., pag. 134.

(3) GEORGEON, *Rapports pathologiques de l'œil et des organes génitiaux*. Paris, 1906.

a cura d'estas teve como consequencia immediata o desaparecimento da perturbação visual.

Conhecidos estes factos, e, se como tudo nos faz suppôr, a asthenopia está, nestas doentes, sob a dependencia immediata das alterações genitales, não será licito suppôr tambem que a ovariectomia, pela brusca alteração funcional que [provoca no aparelho genital, possa produzir aquella perturbação visual?

Se a existencia d'uma simples dysmenorrea ou de uma metrite parece ter sido a causa da asthenopia, não será rasoavel aceitar, como podendo egualmente provocar o apparecimento d'esta perturbação da accommodação, a supressão brusca do fluxo menstrual consecutiva á ovariectomia dupla?

Mas ha mais. A ovariectomia dupla occasiona a asthenia muscular: — é um facto de cuja existencia ninguem duvida. E, sendo assim, porque não ha de ella ser tambem a causa efficiente da asthenopia accommodativa? O que é esta senão a resultante da asthenia do musculo ciliar?

Embora acceite como exactas as affirmações de ROBERT LOEVY, BERGER, CAUDRON e DUBOIS, quando filiam na hysteria concomitante os casos por elles observados, julgo todavia que, num grande numero de doentes, em que asthenopia se observa independentemente d'aquella nevrose, a sua existencia deverá ser considerada como resultando da intervenção cirurgica.

Nas doentes ovariectomizadas podem portanto existir, a meu vêr, duas variedades de asthenopia. Uma cuja etiologia parece ser a das perturbações hystericas de certas operadas; outra, cuja origem deverá attribuir-se á extirpação dos ovarios.

Analogamente ao que se observa nas perturbações visuaes, a influencia da ovariectomia dupla sobre a *audição* tem despertado tambem a attenção dos autôres.

CANU (1), em 39 doentes examinadas, encontrou quatro vezes uma ligeira diminuição da agudeza auditiva.

ABRANT (2) refere tambem dois casos em que existiam manifestas perturbações da audição.

Em tres doentes observadas por FERRY (3), a intervenção cirurgica foi immediatamente seguida de surdez.

Áparte alguns casos em que a diminuição da agudeza auditiva, simplesmente unilateral, era, com toda a probabilidade, devida á accumulacão de cerumen no canal auditivo externo (4), é possivel que entre a ovariectomia dupla e as perturbações auditivas exista uma relação analoga á observada entre aquella operação e as affecções oculares.

A castração ovarica parece não ter influencia alguma sobre o *gosto* e sobre o *olfacto*.

(1) CANU, obr. cit., pag. 28, 45, 72 e 76.

(2) ABRANT, obr. cit., pag. 29 e 39.

(3) FERRY, obr. cit., pag. 191, 203 e 221.

(4) É o que parece dar-se em algumas doentes referidas por FERRY.

A unica observação que julgo ter sido publicada sobre o assumpto é devida a GOHSCHALK (1).

Trata-se d'um caso de *anosmia* consecutiva á ovariectomia dupla.

Todavia, como esta perturbação olfactiva sobreveio tardiamente (12 mezes depois da operação), ao contrario do que se dá com as perturbações visuaes e auditivas, que se manifestam logo a seguir á intervenção cirurgica, é talvez possivel que se trate d'uma perturbação sem relação alguma com a extirpação dos ovarios.

Partindo do facto, por todos conhecido, de ter a castração ovarica ou testicular, praticada nos animaes domesticos, como consequencia a adiposidade; e demonstrada por CURATULO e TARULLI a influencia da ovariectomia dupla sobre o *metabolismo organico* (diminuição sensivel do phosphoro urinario e das trocas respiratorias), autôres houve que não tardaram a affirmar que, se a ablação bilateral dos ovarios tinha como consequencia a diminuição das oxydações organicas, não seria para estranhar que, consequentemente, tivesse como resultado immediato a *adipose* que, inicialmente moderada, não tardaria a tornar-se exces-

(1) GOHSCHALK, *Arch. für gyneck.*, 1904, pag. 513.

siva, transformando assim uma estética por vezes irreprehenível, numa obesidade incommoda e ridicula.

Tal conclusão, simples e logica no ponto de vista physiologico, não é corroborada pelos factos clinicos.

PINESSE (1), depois de examinar 136 ovariectomizadas, termina por declarar que só uma era excessivamente obesa.

BAUDRON (2) encontrou simplesmente 3 casos de adipose em 200 doentes castradas.

De 45 doentes examinadas por MARTIN (3), só duas tinham augmentado consideravelmente de peso.

CANU (4) cita, em 39 observações, um unico caso de adipose.

JAYLE (5), que considera esta obesidade como extremamente rara, publicou ha alguns annos a seguinte estatistica referente a 55 operadas :

15 augmentaram ligeiramente de peso ;

4 tornaram-se obesas ;

29 conservaram o peso inicial ;

7 emmagreceram.

De 28 doentes examinadas por JULIEN (6) :

13 augmentaram de peso ;

13 conservaram o peso inicial ;

2 emmagreceram.

(1) PINESSE, obr. cit., observ, 47, pag. 43.

(2) BAUDRON, obr. cit., pag. 45 e 47.

(3) MARTIN, obr. cit., pag. 86 e 94.

(4) CANU, obr. cit., pag. 77.

(5) JAYLE, *Presse Médicale*, 1896, n.º 71, pag. 438.

(6) JULIEN, obr. cit., pag. 60

De 51 doentes observadas por FERRY (1):

21 augmentaram ligeiramente de peso;

28 conservaram o peso inicial;

2 emmagreceram.

Reunindo todas estas estatisticas, encontrar-se-ha:

1	caso de adipose em 136 operadas (PINESSE)
2	» » » » 45 » (MARTIN)
1	» » » » 39 » (CANU)
4	» » » » 55 » (JAYLE)
0	» » » » 28 » (JULIEN)
3	» » » » 200 » (BAUDRON)
0	» » » » 51 » (FERRY)

Total 11 casos de adipose em 554 ovariectomizadas — 2 0/0

Vê-se portanto que a adipose consecutiva á ovariectomia dupla é, ao contrario do que affirmam alguns autôres, extremamente rara.

Esta insignificante proporção de 2 0/0 leva-me a suppôr que os casos de adipose referidos nas estatisticas precedentes correspondem a doentes simplesmente predispostas e que se tornaram obesas depois da ovariectomia dupla, como certamente se tornariam sem ter soffrido esta operação.

É certo que muitas doentes augmentaram de peso depois da ovariectomia dupla, mas esta accumulção de materiaes nutritivos, sem chegar todavia á obesidade, é, a meu vêr, não unica e exclusivamente devida á extirpação dos ovarios, mas tambem e princi-

(1) FERRY, obr. cit., pag. 111.

palmente ao desaparecimento ou diminuição dos soffrimentos que motivaram a intervenção cirurgica.

Mas, se a adipose banal não deve ser considerada como consequencia da suppressão dos ovarios, poder-se-ha dizer o mesmo da *adipose dolorosa* ou *doença de Dercum*?

Em 1903, SICARD (1) baseando-se em dois casos de doença de DERCUM consecutivos á ovariectomia dupla, publicava um artigo em que se propunha resolver a questão.

Eis a transcripção das observações por elle publicadas :

1) — Doente de 33 annos. Hysterica. Salpingite dupla. Hysterectomia e ablação dos ovarios pelo prof. RICHELLOT.

Tres mezes depois da operação appareceu um edema doloroso e duro que, iniciado na extremidade dos membros inferiores, invadiu successivamente as pernas, as coxas e o abdomen; passados quatorze mezes attingia a região deltoide esquerda.

Desde então a adipose estacionou.

(1) SICARD. *Deux cas d'adipose douloureuse suite d'ovariotomie. Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1903, pag. 1068 e segg.

O peso primitivo de 64 kilos, attingia, nesta epoca, 79 kilos.

Dôres espontaneas e provocadas pela pressão, particularmente intensas nos membros inferiores. Abolia e astheniã neuro-muscular. Reflexos tendinosos normaes.

Depois de algumas sessões de electricidade, que em nada modificaram a affecção, foi-lhe aconselhada a opherapia ovarica. *Desde então o autôr nunca mais a observou.*

2) — Doente de 31 annos. Hysterica. Salpingite dupla. Hysterectomia vaginal, sem conservação dos ovarios, pelo prof. SEGOND.

Mez e meio depois da operação appareceu um ligeiro edema molle, peri-malleolar, localisado simplesmente á esquerda e desaparecendo pelo repouso.

Abolia e melancolia.

Um anno depois notava-se um augmento de volume dos membros inferiores. Os pés estavam indemnes.

A adiposidade era diffusa, bilateral e symetrica. A pelle tornava-se violacea pela posição em declive dos membros inferiores; o systema pilloso era pouco desenvolvido.

Adipose consideravel nas nadegas, no abdomen e nos braços.

Os phenomenos dolorosos, despertados pelo mais insignificante movimento, eram exacerbados pela palpação.

Reflexos rotulianos exagerados; asthenia muscular.

Feito o tratamento thyroideu sem resultados sensíveis, iniciou-se o opotherapia ovarica (1).

Depois de ligeiras considerações sobre a pathogenia da doença de DERCUM, SICARD termina a sua communição por declarar que é bem mais difficil acreditar que se trata, nestes dois casos, de simples coincidencias, do que admittir a existencia d'uma relação de causa para effeito, entre a ablação dos ovarios e o syndroma de adipose dolorosa.

Da leitura d'estas observações parece, na realidade, poder concluir-se pela existencia, nestas duas operadas, da doença de DERCUM.

A adipose localisada, as dôres, a asthenia muscular e as perturbações mentaes, correspondem evidentemente ao cortejo symptomatico habitual da doença de DERCUM.

Mas, terá sido a suppressão dos ovarios a causa d'esta affecção ?

Em doenças como esta, cuja concepção pathogenica não passa por emquanto de mera hypothese, será certamente difficil emittir uma opinião segura sobre o assumpto.

É todavia possivel que, sendo a doença de DERCUM quasi exclusivamente propria da mulher, a suppressão

(1) Não me consta que o autôr tivesse, posteriormente, feito qualquer communição sobre o resultado da opotherapia ovarica nesta doente.

Este facto leva-me a suppôr que a medicação opotherapica não produziu resultados satisfatorios.

d'essa chamada secreção interna do ovario possa desempenhar um papel importante na sua pathogenia.

Esta theoria ovarica seria talvez mais plausivel do que as theorias thyroideia e pituitaria (1).

Mas, dada mesmo esta hypothese, não me parece que um facto que constitue uma rarissima excepção seja argumento de valor para contrapôr á ovariectomia.

Com effeito, a publicação de SICARD data de 1903 e, não obstante a maioria dos autôres ter, desde essa epoca, dirigido a sua attenção para o assumpto, a despeito de milhares de ovariectomias que, desde então até hoje, se teem feito, quantas observações teem sido publicadas sobre a doença de DERCUM consecutiva á castração ovarica?

Que eu saiba, unicamente tres, e essas são ainda devidas a SICARD (2).

Poderá portanto tratar-se de doentes em que a supressão dos ovarios tenha causado o apparecimento da adipose dolorosa, mas a proporção é tão insignificante que não será tambem para estranhar que se invoque uma simples coincidencia.

(1) BURR (COLLET, *Précis de pathologie interne*, vol. I, pag. 301), tendo observado numa doente a coexistencia da doença de DERCUM com a esclerose bilateral dos ovarios, inclina-se a aceitar como provavel esta theoria ovarica.

(2) SICARD, *Progrès Medicales*, 1908, pag. 322.

Analogamente ao que se observa nas affecções utero-ovaricas que, no dizer de BROcq (1), provocam ou exacerbam os *phenomenos hyperseborreicos*, a ovariectomia dupla tem sido considerada, desde longa data, como a causa efficiente de certas *manifestações cutaneas*.

Em artigo publicado em 1880, PÉAN (2) affirmava ter visto sobrevir, frequentemente, depois de algumas ovariectomias duplas, affecções cutaneas graves.

JULIEN (3) notou, numa das suas operadas, o apparecimento post-operatorio d'um pronunciado eczema hyperseborreico.

PINESSE (4) assignala tambem varios casos de eczema consecutivos á ovariectomia dupla.

LISSAC (5) refere tambem um caso de ligeira erupção purpurica post-operatoria. Esta affecção, que sobrevinha nas epochas correspondentes aos antigos periodos menstruaes, desapparecia poucos dias depois.

(1) BROcq, *Prurit chez une ovariectomisée*—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1902, pag. 816.

(2) PÉAN, citado por GILBERT, obr. cit., pag. 19.

(3) JULIEN, obr. cit., pag. 62.

(4) PINESSE, obr. cit., pag. 56 e 79.

(5) LISSAC, obr. cit., pag. 81.

FERRY (1) assignala um caso de purpura que sobreveio tres semanas depois da operação e que, desapparecendo passados poucos dias, reaparecia novamente nos periodos correspondentes ás antigas epochas menstruaes.

Bem mais frequentes do que a purpura e do que o eczema são as affecções pruriginosas.

CANU (2), em 39 ovariectomizadas, refere cinco casos de prurido generalizado.

FERRY (3) cita tambem, em 51 operadas, 10 casos de affecções pruriginosas post-operatorias.

A frequencia com que, depois da ovariectomia dupla, se observam as affecções cutaneas, parece fazer suppôr a existencia d'uma intima relação entre estas e aquella intervenção cirurgica.

*
* *
*

Depois d'esta já longa exposição sobre as chamadas consequencias physiologicas da castração ovarica, em que supponho ter demonstrado que, algumas d'ellas, embora assignaladas ainda actualmentemente por variados autôres, devem, todavia, não só pela sua diminuta frequencia, mas ainda e principalmente porque

(1) FERRY, obr. cit., pag. 256.

(2) CANU, obr. cit., pag. 18, 35, 41, 65 e 94.

(3) FERRY, obr. cit., pag. 168.

tambem se manifestam consecutivamente a outras intervenções cirurgicas, ser consideradas como independentes da extirpação dos ovarios, julgo-me autorizado a concluir que, as perturbações consecutivas á ovariectomia dupla são muito menos graves do que affirmam alguns autôres, indubitavelmente exagerados e demasiadamente terroristas.

À parte as *psychoses e as perturbações de nutrição (adiposidade exagerada)* que, a meu vêr, não teem ligação alguma com a castração ovarica, exceptuadas ainda as *modificações do apetite sexual* que não parecem tambem depender essencialmente da ablação dos ovarios, as consequencias da ovariectomia dupla consistem simplesmente nas chamadas «*perturbações psychicas elementares*», *phenomenos congestivos e hemorragicos, perturbações sensoriaes e affecções cutaneas.*

Mas, ainda mesmo quando inicialmente intensas e incommodas, estas perturbações acabam, todavia, na maior parte dos casos, por se attenuar ou desaparecer com o tempo.

Passados mezes, quando muito dois ou tres annos, o equilibrio organico, primitivamente destruido pela intervenção cirurgica restabelece-se e ás perturbações inicialmente observadas succede uma vida regular e normal.

A ovariectomia dupla não deverá portanto ser considerada como a causa de gravissimas perturbações que, segundo alguns, ou conduzem a mulher castrada á loucura, ou a transformam num ser inutil, num ente miseravel, num verdadeiro parasita da sociedade, mas tão sómente a origem de modificações que, embora inicialmente intensas, não são todavia persistentes.

DECLARAÇÃO

Eu, abaixo assinado, declaro que sou proprietário de um terreno situado no bairro de São Paulo, com área de aproximadamente 100 metros quadrados, e que este terreno encontra-se livre de quaisquer ônus, hipotecas ou encargos legais. Declaro também que não tenho conhecimento de qualquer outro proprietário ou interessado no referido terreno. Esta declaração é feita em plena consciência e sem qualquer coação ou fraude. Por ser verdade, assim assino e declaro.

HYSTERECTOMIA OU CASTRAÇÃO UTERO-ANNEXIAL ? (1)

No primeiro capitulo indiquei as alterações anatomicas e perturbações funcçionaes que os fibromyomas uterinos provocam no apparelho genital e demonstrei que o ovario é profundamente interessado pelo processo fibromyomatoso. Analysei posteriormente as consequencias da castração ovarica e contestei á luz dos factos e das estatisticas a opinião d'aquelles que querem vêr na suppressão dos ovarios a causa de gravissimas perturbações. Resta-me agora, como corollario dos capitulos precedentes, assentar na resposta á interrogação, que serve de titulo a este trabalho, isto é, estabelecer qual seja o mais rasoavel e o mais efficaz methodo cirurgico de cura dos fibromyomas uterinos : — se a *hysterectomia*, se a *castração utero-annexial* (2).

(1) Emprego a designação «*Castração utero-annexial*» como synonymo de *panhysterectomia* (*salpingo-oophoro-hysterectomia*).

(2) Não me refiro, é claro, aos casos em que os fibromyomas, pela sua disposição anatomo-pathologica independente

SEGOND (1), afirmando que as perturbações consecutivas á ovariectomia dupla eram, em regra, pouco intensas e duradouras, declarava, em comunicação feita á Sociedade de gynecologia de Bucarest, que, se para defender a conservação dos ovarios na hysterectomia por fibromyomas uterinos, se invocavam as virtudes das suas mysteriosas secreções, a clinica demonstrava, todavia, serem os inconvenientes resultantes da permanencia de tecido ovarico no abdomen, muito maiores do que as vantagens obtidas pela conservação.

«Uma bôa e solida cura, conferida pela castração utero-annexial, vale bem algumas perturbações a mais; quando o desenvolvimento do fibromyoma impõe a extirpação do utero, não comprehendendo que se hesite em curar a doente por uma só vez, sem deixar parcelas de ovarios que expõem, por vezes, aos inconvenientes de nova operação (2)».

e circumscripta, permittem recorrer a operações uterinas conservadoras.

Estas, absolutamente justificaveis no ponto de vista anatomico, physiologico e operatorio, pelo facto de não perturbarem a disposição topographica pelvica normal, de não supprimirem as multiplas funcções de menstruação, fecundação e reprodução e de serem incontestavelmente benignas, não fazem todavia parte d'este trabalho, que unicamente tem em vista a escolha da intervenção cirurgica quando se julgue indispensavel a extirpação do utero.

(1) SEGOND, citado por A. MONTANA, *Des opérations conservatrices des annexes*. Paris, 1899, pag. 27.

(2) Em artigo publicado em 1907 (*Presse médicale*, 1907, pag. 511) SEGOND defende ainda a mesma opinião.

Análoga é a opinião de RÉCLUS, HARTMANN, ROUITIER, ZWEIFEL, LÉOPOLD, FAURE e outros.

Pelo contrario, POZZI, DARTIGUES, ROUFFART, SPENCER WELS, POULET, SCHRÖDER, MARTIN, POLK, DUDLEY, OLSHAUSEN e muitos outros insurgem-se contra a opinião d'aquelles a quem alcunham de imprudentes, e votam pela conservação dos ovarios, embora a extirpação do utero se reconheça indispensavel (1).

Tal é o estado actual da questão que me proponho estudar neste capitulo.

*

* *

Na analyse, que fiz, das perturbações consecutivas á ovariectomia dupla, não me referi, propositadamente, á pathogenia.

Se é certo que, para combater affirmações que reputava imprudentes e erroneas, tive, por vezes, necessidade de fazer breves considerações pathogenicas, reservei, todavia, para este terceiro e ultimo capitulo, o estudo minucioso d'esse assumpto, ainda hoje tão discutido.

É agora occasião de o fazer, analysando as diffe-

(1) É esta tambem a pratica geralmente seguida em o nosso paiz.

rentes opiniões emitidas e tentando, ao mesmo tempo, demonstrar qual deva ser considerada como verdadeira em face dos elementos que a sciencia mais moderna nos offerece como basilares para um estudo consciencioso.

Para uns, que constituem a maioria, é a supressão da secreção interna do ovario a causa efficiente de todas as perturbações consecutivas á ovariectomia dupla.

Outros, pouco numerosos, negando a existencia da secreção interna do ovario, consideram estas perturbações como unicamente devidas á supressão do fluxo menstrual.

E finalmente os eclecticos associam os dois factores — amenorreia e supressão da secreção ovarica — na constituição etiologica das perturbações que se observam nas mulheres que soffreram a ovariectomia dupla.

A resolução da questão é difficil e delicada.

Para a empreza, a que me abalanço, de resolvê-la, servir-me-hão de base principal alguns dados fornecidos pelas observações numerosas publicadas sobre o assumpto e por algumas que eu, pela minha parte, colhi tambem.

Antes de entrar nessa discussão, vejamos, todavia, se essa chamada secreção interna do ovario tem uma existencia real, ou se, pelo contrario, como ainda hoje alguns affirmam, ella não passa de mera especulação physiologica sem bases solidas e seguras.

A secreção interna do ovario existe ?

Tal é o problema a cuja solução dedico algumas das paginas seguintes.

Os successivos trabalhos sobre physiologia glandular transformaram a antiga concepção biologica, simples mas incompleta, segundo a qual as glandulas tinham apenas como obrigação physiologica a elaboração d'um producto destinado a ser vasado no exterior, numa outra, mais vasta e complexa, mas ainda, por vezes, insufficientemente demonstrada.

Os orgãos glandulares não possuem unica e simplesmente essa chamada secreção externa — função desde remotas epocas conhecida — mas elaboram tambem productos de outra ordem que são directamente vasados na torrente circulatoria e cuja existencia é indispensavel para o perfeito funcionamento do organismo.

Tal é a concepção de LEGALOIS. Tal é a lei que a perspicacia de CLAUDE BERNARD descortinou atravez das suas verificações quanto ao papel physiologico da cellula hepatica.

A seguir aos trabalhos de CLAUDE BERNARD surgem os successivos estudos de ABELOUS, LANGLOIS, MARINO-ZUCCO, ALBANÈSE, VON MERING, MINKOWSKI, MORITZ SCHIFF, REVERDIN, PAWLOW e varios outros, tendentes a demonstrar que são orgãos de secreção interna as capsulas supra-renaes, os rins, o pancreas, o baço, o corpo thyroide, etc., etc.

Com os trabalhos de BROWN-SÉQUARD, as glandulas genitales entram por sua vez na lista dos orgãos de secreção interna, e ao ovario attribuiu-se, desde então, um papel physiologico mais complexo que o de simples contribuinte cellular da fecundação.

Sem ter nitidamente demonstrado que a supressão d'este orgão correspondiam modificações physiologicas em relação com a função que lhe era attribuida, isto é, sem ter chegado por uma completa observação, á verificação experimental da sua concepção, sem ter deixado o campo da intuição theorica para entrar, ao abrigo da critica, no dominio verdadeiro da sciencia, BROWN-SÉQUARD suppunha que o ovario era a séde da secreção d'um producto activo que, transportado pelo sangue, iria, por uma acção electiva sobre a medulla espinal, reforçar a energia do systema nervoso central.

D'esta concepção derivou a opotherapia ovarica e o proprio BROWN-SÉQUARD, iniciador d'este novo methodo therapeutico, affirmava já, em artigo publicado em 1890 (1) que a injeção sub-cutanea d'um liquido retirado do ovario deveria actuar nas mulheres enfraquecidas por doença ou por senilidade como um agente dynamogenico que augmentasse a energia do systema nervoso central e particularmente da medulla espinal.

Partindo do facto de poderem as funções do centros nervosos executar-se quasi normalmente, não

(1) BROWN-SÉQUARD, *Archives de physiologie*, 1890, pag. 208.

obstante a existencia de lesões organicas destructivas, BROWN-SÉQUARD suppunha que o succo ovarico era capaz de compensar as funcções extinctas do departamento lesado, dando á parte não lesada um excesso de capacidade funcional.

Esta theoria, tambem defendida pelo autôr para o testiculo, teve como resultante immediata a applicação desordenada e disparatada da opotherapie ovarica e testicular.

O proprio BROWN-SÉQUARD, muito mais, de certo, com a fé d'um crente do que com a convicção d'um sabio, injectou a si proprio alguns centimetros cubicos de succo testicular, na esperanza de que o poupariam assim os estragos da velhice.

SUZOR (1), fervoroso adepto da opotherapie, injectava os succos ovarico e testicular nas formas nervosas da lepra.

Medicação analoga faziam BRAINERD (2), AUGUSTA BROWN (3), CLÉMENT (4) e outros, na hemiplegia, no rheumatismo articular agudo, na hysteria, nos edemas, nas ulceras, na ataxia locomotriz, etc., etc., etc.

Mas, a este periodo de entusiasmo, em que a opotherapie dos orgãos genitales — tratamento ideal de doenças variadissimas —, foi applicada à *outrance*, seguiu-se o da realidade, demonstrada pela inefficacia

(1) SUZOR, citado por BROWN-SÉQUARD, obr. cit. pag. 282.

(2) BRAINERD, citado por PRZECISZEWSKA, *Insuffisance ovarienne*. Paris, 1900, pag. 13.

(3) AUGUSTA BROWN, *Archives de physiologie*, 1890, pag. 224.

(4) CLÉMENT, citado por BRA, *La méthode de BROWN-SÉQUARD*. Paris, 1895, pag. 188.

da therapeutica que, escarnejada por muitos, foi logo abandonada por todos ou quasi todos.

A concepção de BROWN-SÉQUARD sobre a existencia d'uma secreção interna do ovario naufragava, poisque ás affirmações d'alguns, que queriam vêr nas constantes e infructiferas tentativas therapeuticas, não um argumento contra a hypothese d'uma secreção interna, mas unicamente a applicação incorrecta e mal deduzida da sólida doutrina de CLAUDE BERNARD, correspondia a desconfiança e a incredulidade da maioria.

O ovario perdia assim esse elevadissimo papel de secretôr d'um producto que, embora desconhecido, era todavia julgado indispensavel para a integra conservação do equilibrio physiologico da mulher, e voltava a têr, como unica e exclusiva funcção, o seu antigo papel physiologico conhecido e demonstrado desde longa data — a *ovulação*.

Esta phase de incredulidade e de desconfiança foi, todavia, pouco duradoura. Desde 1896, trabalhos successivamente publicados vieram legitimar a convicção de que o ovario é uma glandula de secreção interna e de que a opherapia ovarica é o processo therapeutico racional das perturbações de nutrição a que dá causa o desaparecimento d'essa secreção.

Os primeiros estudos effectuados referem-se á influencia da castração ovarica sobre a eliminação urinaria e sobre o chimismo respiratorio.

Num trabalho publicado em 1896, CURATULO e TARULLI (1) affirmam que existe uma intima relação entre a ovariectomia dupla e a composição das urinas.

Eis a transcripção exacta das suas experiencias :

(1) CURATULO e TARULLI, *La secrezioni interna della ovaie* — *Boll. de la R. ac. med.*, Roma, 22.º anno, fasc. 5 e 6.

Experiencia I

Cadella A

Peso 9^k,160. Alimentada diariamente com:

300 grammas de carne;

200 » » pão;

800 » » agua.

Data das experiencias	Peso do animal	Urinas de 24 horas	Azote total eliminado	P ² O ⁵ eliminado
	kilogr.	c. c.	gram.	gram.
Novembro 8	9,160	820	10,204	1,304
» 9	9,370	810	10,428	1,679
» 10	9,340	830	10,403	1,762
» 11	9,430	880	7,881	1,232
» 12	9,300	840	9,738	1,260
» 13	9,490	770	9,686	1,601
» 14	9,500	795	9,230	1,710
» 15	ovariectomia dupla			
Dezembro 14	7,520	740	9,870	0,740
» 15	7,560	820	10,288	0,984
» 16	7,600	850	10,110	0,935
» 17	7,600	800	9,230	1,100
» 18	7,730	835	9,711	1,100
» 19	7,760	950	9,926	1,250
» 20	7,800	915	9,760	0,915
» 21	7,840	990	10,345	0,750
» 22	7,900	940	9,326	0,700
» 23	8,330	900	9,491	0,918
» 25	8,330	1025	10,440	1,918
» 26	8,100	970	11,378	1,029
» 28	8,050	950	11,955	1,045
» 29	8,110	950	10,775	1,045
» 30	8,160	950	10,309	0,730
» 31	8,250	900	10,131	0,777
Janeiro 1	8,210	980	10,265	0,882
» 2	8,230	985	9,800	1,080
» 3	8,260	930	10,874	0,904
» 4	8,220	980	11,359	0,672
» 5	8,260	925	10,265	1,202
» 7	8,450	1040	10,920	0,590

Data das experiencias		Peso do animal	Urinas de 24 horas	Azote total eliminado	P ² O ⁵ eliminado
		kilogr.	c. c.	gram.	gram.
Janeiro	8	8,470	960	10,815	0,768
"	9	8,550	920	10,200	0,800
"	10	8,470	955	10,445	0,900
"	11	8,560	900	10,200	0,800
"	12	8,630	900	10,217	0,680
"	13	8,650	960	10,875	0,900
"	14	8,720	910	10,310	0,700
"	15	8,780	990	10,581	0,792
"	16	8,800	950	10,200	0,800
"	17	9,800	885	10,548	0,973
"	18	9,800	930	9,100	0,930
"	19	9,020	930	9,350	0,820
"	20	9,080	905	9,010	0,814
"	21	9,030	950	9,879	0,704
"	22	9,130	820	9,020	0,821
"	23	9,150	980	10,894	0,980
"	24	9,080	900	10,105	0,900
"	25	9,200	850	9,608	0,644
"	26	9,280	955	11,035	0,859
"	27	9,250	915	11,594	0,822
"	28	9,400	865	11,117	0,752
"	29	9,320	970	11,779	0,582
"	30	9,320	970	11,779	0,592
Fevereiro	1	9,460	905	10,990	0,543
"	2	9,360	975	11,840	0,756
"	3	9,400	895	11,340	0,706
"	4	9,400	865	10,940	0,655
"	5	9,500	940	11,890	0,752
"	6	9,500	955	11,080	0,955
"	7	9,530	995	10,490	0,597
"	8	9,160	940	11,330	0,470
"	9	9,610	930	10,270	0,558
"	10	9,680	980	11,810	0,490
"	11	9,600	980	11,320	0,490
"	12	9,700	910	10,050	0,455
"	13	9,800	890	11,620	0,534
"	14	9,750	960	10,870	0,665
"	15	9,900	960	11,090	0,672
"	16	9,820	950	10,970	0,855
"	17	9,820	800	9,810	0,560
"	18	9,970	840	11,030	0,672
"	19	9,900	910	10,900	0,910
"	20	9,970	910	11,020	0,609
"	21	10,970	930	10,860	0,837
"	22	10,006	940	10,950	0,564
"	23	9,990	930	11,350	0,560
"	24	10,050	870	10,640	0,783

Data das experiencias		Peso do animal	Urinas de 24 horas	Azote total eliminado	P ² O ⁵ eliminado
		kilogr.	c. c.	gram.	gram.
Fevereiro	25	9,950	1010	11,360	0,606
"	26	10,050	925	10,450	0,561
"	27	10,070	840	10,670	0,692
"	28	10,080	885	11,020	0,619
Março	1	10,020	915	11,020	0,915
"	3	10,120	1000	10,600	0,700
"	4	10,080	835	10,620	0,675
"	5	10,170	905	10,040	0,776
"	6	10,180	795	10,060	0,795
"	7	10,100	1000	10,600	0,500
"	8	10,150	800	10,700	0,560
"	9	10,260	860	10,790	0,650
Abril	24	9,220	960	9,060	0,576
"	25	9,170	900	9,050	0,540
"	26	9,300	870	11,790	0,600
"	27	9,500	800	9,240	0,560
"	28	9,520	900	11,740	0,630
"	29	9,620	990	9,300	0,490
Maio	1	9,700	860	10,360	0,516
"	2	9,750	910	10,970	0,860
"	3	9,900	970	11,570	0,582
"	4	9,930	900	10,750	0,540
"	5	10,200	1065	10,600	0,860
Junho	23	10,170	680	9,100	0,460
"	24	10,150	860	11,230	0,516
"	25	10,150	770	9,860	0,460
"	26	10,300	670	9,320	0,402
"	28	10,550	760	9,300	0,532
"	29	10,560	750	10,620	0,600
Julho	1	10,500	450	9,200	0,890
"	2	10,670	700	11,390	0,890
"	3	10,700	500	10,400	0,600
"	4	10,850	430	10,300	0,731
"	5	10,700	630	10,200	0,630
"	6	10,870	450	11,200	0,675
"	7	11,060	600	10,450	0,840
"	8	11,200	550	10,350	0,660
"	9	11,600	540	11,350	0,620
"	12	11,900	700	10,690	0,560

Experiencia II

Cadella B

Peso 10^k,620. Alimentada diariamente com :

400 grammas de carne;

200 » » pão;

790 » » agua.

Data das experiencias		Peso do animal	Urinas de 24 horas	Azote total eliminado	P ² O ⁵ eliminado
		kilogr.	c. c.	gram.	gram.
Fevereiro	25	10,620	925	10,52	1,66
»	26	10,650	995	13,93	1,49
»	27	10,680	930	13,22	1,48
»	28	10,720	845	14,06	1,69
Março	1	10,670	1010	12,72	1,60
»	2	10,820	915	13,72	1,62
»	3	10,900	870	14,18	1,47
»	4	10,850	1044	12,86	1,67
»	5	10,880	945	13,75	1,70
»	6	11,880	915	12,80	1,66
»	7	11,880	1110	12,74	1,53
»	8	11,050	990	14,80	1,50
»	9	11,160	840	13,64	1,51
»	10	ovariectomia dupla e hysterectomia			
»	15	10,620	830	13,71	1,07
»	16	10,770	850	12,37	1,02
»	17	10,850	910	13,40	1,02
»	18	11,050	900	12,87	1,08
»	19	11,100	975	12,33	0,97
»	20	11,120	900	13,05	0,90
»	21	11,150	900	14,16	0,90
»	22	11,350	810	13,15	0,97
»	23	11,450	900	14,61	0,99
»	24	11,630	850	12,57	0,93
»	25	11,610	1040	13,97	1,04
»	26	11,610	950	14,42	1,04
»	27	11,700	850	12,85	1,02
»	28	11,700	930	13,04	0,93
»	29	12,700	820	13,08	0,90
»	30	12,120	850	14,51	1,10

Data das experiencias		Peso do animal	Urinas de 42 horas	Azote total eliminado	p ² o ⁵ eliminado
		kilogr.	c. c.	gram.	gram.
Março	31	12,170	850	13,80	1,30
Abril	1	12,250	880	14,60	1,32
"	2	12,330	880	14,10	1,05
"	3	12,370	970	12,78	0,97
"	4	12,450	810	13,83	0,97
"	5	12,460	750	14,02	1,02
"	6	12,550	910	14,22	1,09
"	7	12,630	890	14,45	1,09
"	8	12,630	855	14,32	1,76
"	9	12,800	870	13,40	1,04
"	10	12,850	920	13,45	1,10
"	11	12,800	1000	14,45	0,90
"	12	12,800	940	13,79	1,20
"	13	12,820	840	13,88	0,92
"	14	12,800	900	13,40	0,90
"	15	12,800	1000	13,88	0,90
"	16	12,970	710	14,88	1,06
"	17	13,100	780	13,61	0,87
"	18	13,140	910	14,20	0,91
"	19	13,140	770	13,91	0,90
"	20	13,290	810	14,51	0,89
"	21	13,150	970	14,51	0,87
"	22	13,300	900	14,06	0,81
"	23	13,350	650	14,08	1,20
"	24	13,350	810	12,92	0,89
"	25	13,300	930	13,80	0,83
"	26	13,400	820	14,80	0,98
"	27	13,550	820	12,62	0,98
"	28	13,520	870	12,30	0,95
"	29	13,570	850	14,51	1,20
"	30	13,670	935	13,50	0,74
"	1	13,850	730	13,65	0,82
Maio	2	13,950	710	13,70	1,10
"	3	14,200	730	14,10	0,94
"	4	14,180	870	13,64	0,95
"	5	14,180	1040	13,58	0,72
"	6	13,950	890	13,20	1,06
"	7	13,700	950	14,20	0,76
"	8	13,900	900	14,20	0,86

Experiencia III

Cadella C

Peso 4^k,800. Alimentada diariamente com:

200 grammas de carne;

200 » » pão;

550 « » agua.

Data das experiencias		Peso do animal	Urinns de 24 horas	Azote total eliminado	P ² O ⁵ eliminado
		kilogr.	c. c.	gram.	gram.
Abril	7	4,800	500	6,531	0,50
"	8	4,200	600	7,300	0,78
"	10	5,000	510	6,79	0,55
"	11	5,060	520	7,01	0,56
"	12	5,150	450	7,80	0,58
"	13	5,170	470	7,08	0,60
"	14	5,000	470	7,79	0,65
"	15	5,250	470	7,31	0,65
"	16	5,250	550	6,90	0,59
"	17	5,400	460	6,47	0,59
"	18	5,350	520	7,57	0,57
"	19	5,360	550	6,63	0,59
"	20	5,480	520	7,05	0,60
"	21	5,470	460	7,70	0,73
"	22	5,470	510	6,66	0,86
"	24	ovariectomia dupla			
Maio	9	5,210	485	6,09	0,24
"	10	5,300	440	6,10	0,26
"	11	5,490	370	9,67	0,48
"	12	5,550	520	6,80	0,31
"	13	5,680	460	6,93	0,32
"	14	5,650	480	6,74	0,38
"	15	5,650	530	7,18	0,32
"	16	5,690	350	6,85	0,35
"	17	5,700	400	6,63	0,40
"	18	5,590	*440	7,53	0,40
"	20	5,590	350	6,90	0,35
"	21	5,680	510	7,00	0,29
"	25	5,700	500	6,53	0,35

Data das experiencias		Peso do animal	Urinas de 24 horas	Azote total eliminado	P ² O ⁵ eliminado
		kilogr.	c. c.	gram.	gram.
Maio	26	5,710	400	6,78	0,32
"	28	5,730	380	7,01	0,35
"	30	5,870	440	7,00	0,44
"	31	5,900	400	6,98	0,24
Junho	1	5,870	380	6,84	0,27
"	4	6,080	440	6,85	0,39
"	5	5,850	350		
"	6	6,000	310	6,90	0,34
"	7	6,080	320	6,74	0,41
"	8	6,070	260		
"	9	5,900	290		
"	10	6,100	240	6,64	0,28
"	11	5,970	400	7,43	0,28
"	12	6,030	450	6,78	0,30
"	13	6,050	440	6,80	0,35
"	14	6,106	500	6,90	0,35
"	15	6,300	500	6,86	0,27
"	16	6,460	310	6,90	

Baseados nas experiencias precedentes, CURATULO e TARULLI chegam ás seguintes conclusões :

1.º Depois da ovariectomia dupla, sendo constantes a alimentação e as condições de funcionamento do aparelho digestivo, a eliminação dos phosphatos diminue consideravelmente.

2.º A curva da eliminação azotada soffre as ligeiras oscillações habituaes, sem tendencia para augmentar ou diminuir.

3.º Associando a hysterectomia á ovariectomia (caddella B), os resultados são os mesmos.

Injectando nas tres caddellas que serviram para as suas experiencias e que apresentavam uma diminuição sensível do phosphoro urinario, alguns centímetros cubicos de succo ovarico, verificaram CURATULO e TA-

RULLI, como consequencia immediata, o augmento de eliminção dos phosphatos.

Augmentando a dose de succo injectado, augmentava tambem o phosphoro urinario, sem que, todavia, existisse relação constante entre este augmento e a quantidade injectada.

Em 1898, o portuguez GOMES (1), medico pela Faculdade de medicina de Paris, baseando-se em experiencias analogas ás de CURATULO e TARULLI, defende na sua dissertação inaugural a existencia da secreção interna do ovario.

Tendo principiado o seu estudo experimental pelas modificações de composição urinaria nos animaes, passa a investigar nas mulheres ovariectomisadas as variações de eliminção do acido phosphorico.

DOENTE A

Ovariectomia unilateral

Quantidade media de urina em 24 horas — 750 c. c.

Acido phosphorico eliminado :

1.º dia	1,30	grammas
2.º »	1,50	»
3.º »	1,10	»
4.º »	1,10	»
5.º »	1,10	»
6.º »	1,25	»
7.º »	1,35	»
8.º »	1,12	»

(1) GOMES, *De l'opothérapie ovarienne*. Paris, 1898, pag. 42 e segg.

DOENTE B

Ovariectomia dupla

Quantidade media de urina em 24 horas — 1900 c. c.

Acido phosphorico eliminado :

1.^o dia 0,48 grammas

2.^o » 0,47 »

3.^o » 0,54 »

4.^o » 0,70 »

5.^o » 0,90 »

Tendo verificado nestas duas ovariectomizadas a diminuição sensivel de acido phosphorico eliminado, poisque, antes da operação a quantidade eliminada oscillava entre 2,30 a 2,60 grammas, o Dr. GOMES estuda em seguida, nas mesmas doentes, os efeitos da ingestão de extractos de ovarios.

DOENTE A

10 pastilhas de ovarina Cheix
por dia

Quantidade media de urina em 24 horas — 899 c. c.

Acido phosphorico eliminado :

1.^o dia 1,35 grammas

2.^o » 1,50 »

3.^o » 1,40 »

4.^o » 1,35 »

5.^o » 1,70 »

6. ^o	dia	1,60	grammas
7. ^o	»	1,40	»
8. ^o	»	1,70	»
9. ^o	»	1,95	»
10. ^o	»	1,95	»
11. ^o	»	1,95	»
12. ^o	»	1,99	»
13. ^o	»	2,60	»
14. ^o	»	2,16	»

DOENTE B

10 pastilhas de ovarina Cheix
por dia

Quantidade media de urina em 24 horas—1900 c. c.

Acido phosphorico eliminado :

1. ^o	dia	0,90	grammas
2. ^o	»	0,90	»
3. ^o	»	0,11	»
4. ^o	»	1,11	»
5. ^o	»	1,15	»
6. ^o	»	1,05	»
7. ^o	»	1,16	»
8. ^o	»	1,17	»
9. ^o	»	1,00	»
10. ^o	»	1,15	»
11. ^o	»	1,12	»
12. ^o	»	1,13	»
13. ^o	»	1,10	»
14. ^o	»	2,00	»

Vê-se portanto que, com a ingestão de ovarina, a quantidade de acido phosphorico eliminado augmentava sensivel e gradualmente.

PINZANNI (1) e MERLETTI (2) obtiveram resultados sensivelmente analogos.

MERLETTI, porém, em face dos resultados que lhe deram as suas verificações experimentaes, resultados que considerava como insignificantes, considerava a secreção interna como a hypothese mais plausivel para explicá-los, mas não ousava affirmá-la como real e perfeitamente demonstrada.

A estas experiencias sobre as modificações da composição das urinas, seguiram-se outras, não menos numerosas, referentes á influencia da ovariectomia no chimismo respiratorio.

Aqui ainda sobresaem os trabalhos de CURATULO e TARULLI que, por meio d'uma disposição especial bastante complicada, conseguiram determinar com exactidão as modificações que soffrem as quantidades de gaz carbonico exhalado e de oxigeneo absorvido.

Das suas experiencias citarei apenas as duas seguintes, que julgo sufficientemente demonstrativas:

(1) PINZANNI, *Recherches expérimentales sur quelques modifications apportées par la castration ovarique dans les échanges matériels et dans la constitution du sang*, 1900.

(2) MERLETTI, *Fonction menstruelle* — *Ann. di ost.*, Milano, 1900.

Experiencia I

Cadella A

Data das experiencias		Temperatura	Peso	Gaz carbonico eliminado por kilogramma e por hora	Agua eliminada por kilogramma e por hora	Oxigeno absorvido por kilogramma e por hora
			kilogr.	gram.	gram.	gram.
Janeiro	30	15°-17°	13,361	12,720	6,120	12,59
Fevereiro	1	16°-19°	16,702	11,510	7,390	10,23
»	3	15°-17°	16,184	11,030	8,340	10,96
»	5	ovariectomia dupla				
»	12	14°-15°	16,164	13,771	10,166	13,848
Março	20	15°-16°	18,788	8,462	5,926	8,746
Abril	8	16°-17°	18,987	7,987	6,146	8,602
Maio	1	17°-18°	18,883	7,916	6,575	7,970
»	20	19°-20°	18,926	7,097	6,384	7,934
Junho	1	20°-21°	18,969	7,895	6,501	7,261

Experiencia II

Cadella B

Data das experiencias		Temperatura	Peso	Gaz carbonico eliminado por kilogramma e por hora	Agua eliminada por kilogramma e por hora	Oxigeno absorvido por kilogramma e por hora
			kilogr.	gram.	gram.	gram.
Abril	3	18°-19°	19,420	7,037	6,350	7,895
»	5	16°-17°	19,524	6,766	6,701	8,081
»	9	18°-19°	19,385	7,701	6,370	7,583
»	12	18°-17°	19,190	6,677	8,441	8,441
»	16	ovariectomia dupla				
»	20	16°-17°	18,987	6,074	5,846	6,214
Maio	5	15°-16°	20,740	5,528	5,223	5,617
Setembro	7	20°-19°	21,350	5,480	5,277	5,604
»	30	17°-16°	21,460	4,745	4,038	4,287

Das suas experiencias concluem CURATULO e TARULLI:

1.º Depois da castração, o gaz carbonico eliminado e o oxigeneo absorvido diminuem sensivelmente até attingir um limite minimo que se mantem estacionario.

2.º O quociente respiratorio mantem-se o mesmo antes e depois da castração.

As injeções repetidas de succo ovarico teem como consequencia immediata, analogamente ao que se observa com o phosphoro urinario, o augmento progressivo de gaz carbonico eliminado e de oxigeneo absorvido.

Em 1903, ROBERT BREUER e RUDOLF (1) confirmam os trabalhos de CURATULO e TARULLI e, tentando investigar as suppostas relações existentes entre a chlorose e o aparelho genital feminino, demonstram experimentalmente a influencia da ovariectomia dupla na composição do sangue.

Para que as modificações observadas não fossem imputadas ao traumatismo operatorio, á anesthesia e hemorragia concomitantes, collocaram, ao lado de animaes a que tinham feito a castração utero-annexial, outros que tinham soffrido a simples hysterectomia supra-vaginal.

(1) ROBERT BREUER e RUDOLF, *Veber den Einfluss der kastration auf den Beutbefund weiblicher Tiere—Archiv. für experimentelle Pathologie und Pharmakologie*. Leipzig, 1903, IX, pag. 168.

Experiencia I

Cadella A

		Globulos vermelhos	Conteúdo absoluto em hemoglobina	
Setembro	11	7.800:000	17,6	por cento
"	14	7.950:000	18,7	"
"	15	ovariectomia dupla		
"	17	6.500:000	16,2	"
"	19	6.600:000	16,5	"
"	24	5.700:000	16,6	"
"	27	5.900:000	15	"
"	30	5.950:000	14,7	"
Outubro	3	7.000:000	15,3	"
"	7	7.000:000	16,2	"
"	10	6.850:000	17,3	"
"	16	7.000:000	19	"

Experiencia II

Cadella B

Setembro	10	7.350:000	14,6	"
"	25	7.500:000	14,5	"
"	27	ovariectomia dupla		
"	30	6.300:000	11,2	"
Outubro	1	6.250:000	11	"
"	5	5.950:000	9,6	"
"	10	5.300:000	10	"
"	15	6.100:000	10,8	"
"	20	6.600:000	13	"
"	25	6.600:000	14	"
"	31	6.700:000	13,7	"
Novembro	5	7.000:000	13,5	"
"	10	7.250:000	13,2	"
"	15	7.150:000	14	"
"	20	7.650:000	17	"
"	25	8.100:000	19	"

Experiencia III

Cadella C

		Globulos vermelhos	Conteúdo absoluto em hemoglobina
Janeiro	13	7.150:000	15,9 por cento
Fevereiro	1	7.150:000	15,2 "
Março	1	6.550:000	14,7 "
"	2	ovariectomia dupla	
"	4	6.400:000	14 "
"	9	6.000:000	13,8 "
"	14	5.550:000	11,5 "
"	19	5.150:000	10 "
"	25	4.750:000	9,5 "
"	29	4.300:000	6,5 "
Abril	1	4.650:000	8 "
"	3	5.500:000	9,9 "
"	8	5.500:000	11,12 "
"	14	5.450:000	11 "
"	18	5.900:000	12 "
"	23	6.000:000	13,2 "
"	28	5.950:000	13,5 "
Maió	10	7.200:000	15,5 "

Experiencia IV

Cadella D

Fevereiro	26	8.600:000	18,1 "
Março	1	8.600:000	19,2 "
"	2	ovariectomia dupla	
"	7	8.800:000	18,1 "
"	12	7.900:000	16,5 "
"	18	6.950:000	15 "
"	23	7.200:000	15,3 "
"	28	7.150:000	15,7 "
Abril	2	7.000:000	17,1 "
"	7	7.500:000	17,4 "
"	12	7.450:000	18 "
"	14	7.400:000	18,2 "

Experiencia V

Cadella E

		Globulos vermelhos	Conteúdo absoluto em hemoglobina	
Maio	29	7.400:000	18	por cento
"	31	7.400:000	18	"
Junho	1	ovariectomia dupla		
"	8	7.100:000	16,2	"
"	13	7.000:000	17,5	"
"	18	6.700:000	16	"
"	23	6.300:000	12,5	"
"	28	5.900:000	9,5	"
Julho	8	4.800:000	6	"
"	28	5.000:000	6,2	"
Outubro	12	5.900:000	9,5	"
"	17	6.000:000	11,5	"
"	22	6.150:000	12,5	"
"	26	6.350:000	12,8	"
"	31	6.600:000	13	"

Experiencia VI

Cadella F

Março	27	8.100:000	22	"
"	30	8.150:000	22	"
"	31	ovariectomia dupla		
Abril	1	8.000:000	21,5	"
"	6	7.200:000	19	"
"	11	7.000:000	16	"
"	16	7.200:000	15	"
"	21	7.400:000	17	"
"	26	7.500:000	20	"
Maio	1	7.750:000	20,5	"
"	6	7.575:000	21	"
"	11	7.600:000	21,5	"
"	16	7.620:000	21,8	"

Experiencia VII

Cadella G

		Globulos vermelhos	Conteúdo absoluto em hemoglobina
Abril	18	6.350:000	15,3 por cento
Maio	22	6.350:000	15
"	23	ovariectomia dupla	
"	26	6.550:000	16
"	28	6.750:000	16
"	31	7.150:000	17
Junho	4	6.750:000	17,5
"	9	7.300:000	17,8
"	12	6.660:000	17,3
"	17	6.300:000	16

ROBERT BREUER e RUDOLF terminam por concluir, fundando-se nas experiencias precedentes :

1.º Immediatamente depois da castração produz-se uma diminuição notavel da quantidade de hemoglobina e do numero de globulos vermelhos, diminuição que se accentua progressivamente até um minimo que attinge passadas algumas semanas.

2.º Nos animaes simplesmente hysterectomizados, a quantidade de hemoglobina e o numero de globulos vermelhos, longe de diminuirem, augmentam durante alguns dias para voltarem ao normal passado algum tempo.

Aqui ainda, á semelhança do que se observa nas experiencias de GOMES, CURATULO e TARULLI, a injeção de succo ovarico produz um augmento consideravel da quantidade de hemoglobina e do numero de globulos vermelhos.

PINZANNI, investigando experimentalmente as modi-

ficações dos globulos brancos, chega a conclusões sensivelmente analogas.

Que conclusões tirar de todos estes resultados experimentaes ?

Provam certamente que no ovario se elabora e d'elle se segrega internamente um producto que, embora de natureza desconhecida, desempenha, todavia, um determinado papel no metabolismo organico.

Tudo parece passar-se, no ponto de vista urinario e respiratorio, como se o ovario produzisse e lançasse na torrente circulatoria uma substancia de natureza oxidante que fosse transformar os elementos resultantes da hydratação das materias albuminoides e hydrocarbonadas em productos de excreção, cujos ultimos termos são representados pela urêa, gaz carbonico e acido phosphorico.

A influencia da ovariectomia dupla sobre a funcção hemo-leucoeytaria poder-se-ha explicar por uma acção do ovario sobre os orgãos hematopoieticos. O producto segregado pelo ovario irá impressionar estes orgãos, quer directamente, quer por intermedio do systema nervoso central.

Para que fique completa a noticia, embora resumida, de todos os estudos respeitantes á secreção interna do ovario, devem mencionar-se aqui as tentativas feitas no sentido de averiguar qual a séde histologica d'esta secreção.

Os numerosos estudos effectuados sobre o assumpto

tendem a localisar a secreção interna do ovario no tecido intersticial ou nos corpos amarellos.

O estroma ovarico encerra, além de feixes e de cellulas de natureza conjunctiva, outros elementos, arredondados, por vezes polyedricos, granulosos, descritos por LEIDIG sob a denominação de «cellulas intersticiaes do ovario».

PFLÜGER, e com elle a maioria dos autôres, considerava estas cellulas intersticiaes como elementos de natureza conjunctiva em via de degenerescencia gordurosa e resultantes da desintegração dos corpos amarellos.

Na sua these inaugural publicada em 1901, LIMON(1), para quem estas cellulas intersticiaes são de natureza epithelial, conclue pela sua função secretoria.

O autôr descreve assim estas cellulas intersticiaes : «La zone cortical, outre les corps jaunes et les follicules de de GRAAF aux divers stades de leur développement, renferme un grand nombre de formations spéciales sur lesquelles les histologistes ont peu attiré l'attention. Ce sont des amas de cellulas d'apparence épithéliale décrites sous le nom de *cellules interstitielles*.

«La configuration générale de ces amas est assez uniforme. Le plus souvent ce sont des cordons pleins, minces et allongés, orientés plus ou moins perpendiculairement à la surface de l'ovaire. Leur épaisseur varie dans des limites assez larges : tantôt ils ne pré-

(1) LIMON, *De la glande interstitielle de l'ovaire*. Nancy, 1901.

sentent que deux ou trois cellules de front, tantôt une quinzaine et plus. Leurs limites sont toujours très nettes du côté de la surface de l'ovaire; leur base, qui est voisine de la zone centrale est beaucoup moins distinctement délimitée. A ce niveau, les cordons ne sont plus aussi régulièrement organisés; ils se dissocient fréquemment, et se continuent par des rangées de cellules irrégulièrement ordonnées avec les formations analogues qui occupent la zone centrale de l'ovaire.

« Quelquefois, on observe au centre des cordons une cavité peu étendue, fusiforme et allongée suivant l'axe et souvent réduite à une simple fissure longitudinale. Les parois de cette cavité sont régulières et sont tapissées par une mince couche conjonctive renfermant, quelques noyaux allongés, qui émet quelques travées conjonctives irradiées entre les cellules interstitielles.

« Entre les cordons, le tissu conjonctif du stroma se dispose en travées de faible épaisseur qui sont parcourues par des vaisseaux de petit calibre. De ces travées, partent de petits prolongements formés de quelques fibres conjonctives et de capillaires qui s'insinuent entre les cellules et fournissent aux cordons une charpente très ténue disposée radiairement.

« Dans la partie centrale de l'ovaire, l'appareil interstitiel n'a pas une organisation aussi nette. Il est représenté par des amas irréguliers de cellules orientés dans tous les sens autour des gros vaisseaux. Tantôt, ce sont de petits nids de cellules plongés dans un stroma conjonctif assez abondant, tantôt des rangées à trajet irrégulier, plus ou moins contourné. Le tissu conjonctif qui entoure ces formations est disposé en loges de contours assez réguliers dans lesquelles s'en-

tassent les cellules. Les cellules interstitielles sont presque toujours associées par groupes, il est très rare de les rencontrer isolées au milieu du tissu conjonctif.

« Quelque que soit l'aspect qu'offrent les agglomérations de cellules interstitielles, cordons, nids ou rangées, on est dans tous les cas en présence de formations nettement individualisées, qui se comportent vis-à-vis du tissu conjonctif du stroma comme un parenchyme. Dans l'ovaire, l'appareil interstitiel constitue une entité spéciale, au même titre que les corps jaunes ou les follicules. A s'en tenir au strict point de vue morphologique, il doit être mis à part, et ne plus être considéré comme une dépendance du tissu conjonctif, une partie constituante du stroma ».

A parte mais original dos trabalhos de LIMON é a que se refere á origem e desenvolvimento d'estas células intersticiaes.

Numa serie de estudos sobre o ovario da rata, o autôr, seguindo as diferentes phases histogeneticas d'estes elementos, conclue pela sua proveniencia dos falsos corpos amarellos (BOUIN) ou corpos amarellos atresicos (KOLLIKER).

As cellulas que constituem a théca interna do folliculo, arredondadas, augmentadas de volume e repletas de granulações gordurosas, são deslocadas pelos tractos vasculo-conjunctivos provenientes da théca externa e vão formar columnas cellulares paralelas aos raios do ovario.

Estas columnas soffrem, durante a puberdade, e tambem na idade adulta, uma intensa degenerescencia gordurosa, transformando-se assim em cellulas intersticiaes.

No ponto de vista physiologico, o autôr attribue a estas cellulas a valor de glandulas de secreção interna e, á semelhança de BOUIN, designa o seu conjuncto pela denominação de *glandula intersticial do ovario*.

O Prof. MONJARDINO (1) combate as conclusões de LIMON e affirma que «o tecido intersticial considerado como glandula, séde pretendida de secreção interna do ovario não tem razão de existir como tal».

Com effeito, os elementos descriptos por LIMON, provenientes dos corpos amarelos atresicos e que, no seu conjuncto, constituem o que o autor chama *glandula intersticial do ovario*, parecem ser, como se demonstra em varios trabalhos recentemente publicados, simples cellulas de luteina em via de regressão como as dos corpos amarelos verdadeiros.

Sendo assim, não ha, na realidade, razões que permitam aceitar a existencia do chamado tecido intersticial como glandula de secreção interna do ovario.

Provado que é erronea a concepção de LIMON, vejamos o que se deverá pensar das affirmações d'aquelles que tentam localisar nos corpos amarelos a secreção interna do ovario.

Foi PRENANT (2) quem primeiro emittiu a ideia de ser o corpo amarello uma glandula de secreção interna.

(1) A. MONJARDINO, obr. cit., pag. 18.

(2) PRENANT, *De la valeur morphologique du corps jaune. Son action physiologique et thérapeutique possible* — *Revue générale des sciences*, 1898, pag. 648.

Um anno depois (1899), LEBRETON (1), estudando o ovario da rata, terminava tambem por affirmar que «os corpos amarelllos, pela sua estructura, são verdadeiras glandulas fechadas, tendo muito provavelmente uma secreção interna».

Mas foi sobretudo depois dos trabalhos de FRAENKEL (2) e VILLEMIN (3), estabelecendo uma completa analogia entre as modificações do metabolismo organico consecutivas á ovariectomia dupla e as resultantes da simples destruição dos corpos amarelllos e fazendo depender d'estes ultimos a physiologia genital da mulher, que estes elementos começaram a ser considerados pela maioria dos autôres como séde da secreção interna do ovario.

A meu ver, todavia, esta localisação da secreção interna do ovario nos corpos amarelllos está ainda longe da demonstração.

Com effeito, as experiencias recentemente effectuadas por REGAUD e DUBREUIL (4) e MULON (5), longe de confirmarem os resultados das observações de FRAENKEL e de VILLEMIN, estão pelo contrario em manifesta contradicção com elles.

E além d'isto ainda, tendo os successivos trabalhos

(1) LEBRETON, *Opothérapie ovarienne. Rôle du corps jaune*. Paris, 1899.

(2) FRAENKEL, *Die funktion des corpus luteum*—*Arch. für Gyn.*, 1903, Bd LXVIII, pag. 430.

(3) VILLEMIN, *Le corps jaune considéré comme glande a sécrétion interne de l'ovaire*. Paris, 1908.

(4) REGAUD et DUBREUIL, *Existe-t-il des relations entre les phénomènes du rut et la présence des corps jaunes ovariens* *Soc. de Biologie*, 1 de fevereiro de 1908 e 4 de abril de 1908.

(5) MULON, *Soc. de Biologie*, 15 de fevereiro de 1908.

de KNAUER (1), REINS (2), RIBBERT (3), etc., demonstrado com toda a nitidez a influencia da secreção interna do ovario no desenvolvimento do utero, como aceitar a localisação d'essa secreção nos corpos amarellos, se é certo que estes não existem no periodo de desenvolvimento d'aquelle?

E como conciliar tambem o facto, aliás bem provado, de ter a castração praticada em animaes novos e cujos ovarios não encerram corpos amarellos, uma influencia manifesta na duração da ossificação enchondral, certamente devida á suppressão do producto internamente segregado pelo ovario, com a localisação da secreção interna supposta por aquelles autores?

A concepção de PRENANT e de LEBRETON não parece ter, portanto, actualmente muito mais valor do que a hypothese de LIMON.

Vê-se portanto que, se no ponto de vista physiologico, a existencia d'uma secreção interna do ovario parece indiscutivel, é certo todavia que, a despeito das opiniões emittidas, a sua localisação é ainda um problema em aberto a que só estudos ulteriores poderão dar solução cabal.

(1) KNAUER, *Arch. für Gyn.*, 1900, n.º 2.

(2) REINS, cit. por PARHON et GOLSTEIN, *Sécrétions internes*. Paris, 1909, pag. 644.

(3) RIBBERT, *Arch. für Entwicklungsmechanik*, 1898, pag. 686.

Provado que o ovario é realmente um órgão de secreção interna, autôres houve que filiaram desde logo, na suppressão do producto por elle elaborado, as perturbações consecutivas á ovariectomia dupla.

Se a ablação do corpo thyroide produz o myxoedema, se a extirpação das capsulas supra-renaes occasiona a doença de ADDISON, porque não admittir que a suppressão da secreção interna do ovario seja a causa exclusiva das perturbações que attingem as ovariectomisadas?

Tal é a concepção de JAYLE (1). Tal é tambem a opinião de MAINZER, MOND, MURET, LISSAC, ABRANT, LEVY e outros.

Interroguemos os factos e vejamos se esta concepção, simples e logica no ponto de vista physiologico, é corroborada pelas observações clinicas.

As perturbações consecutivas á ovariectomia dupla só, em regra, se manifestam quando a operação fôr seguida da suppressão do fluxo menstrual; se a menstruação persiste, essas perturbações faltam.

É a conclusão forçosa das numerosas observações publicadas sobre o assumpto.

(1) JAYLE, *Presse médicale*, 9 de maio de 1906.

E, seja qual fôr a feição clinica dos casos que, sob este ponto de vista, se considerem, todos elles, ou pelo menos a sua grande maioria, vem agrupar-se sob o laço commum da característica que fica enunciada nessa regra.

Assim:

— Muitos são os casos de mulheres ovariectomizadas que por muito tempo continuaram menstruadas — com menstruações posthumas, como POZZI lhe chama — sem que se mostrassem perturbadas pelo mais leve mal estar que pudesse attribuir-se á castração, e nas quaes, passados mezes, por vezes um anno, ao tornarem-se amenorreicas, se rompe, acto continuo, o equilibrio physiologico, surgindo multiplas e variadas as perturbações da menopausa artificial (1).

— Casos registados ha, apesar de raros, em que os phenomenos se succedem por ordem inversa. Á ovariectomia segue-se um periodo mais ou menos longo de amenorreia, morbidamente caracterisado por uma variada e apparatusa symptomatologia do quadro descripto como proprio da castração; e, dando-se depois o facto de voltarem a ser menstruadas essas mulheres, todo o seu soffrer se esbate rapidamente e por completo acalma (2).

(1) São exemplos nitidos as observações publicadas por MARTIN a pag. 70, 86 e 108 da sua these.

(2) A este proposito cito de entre os casos publicados, a seguinte observação de MARTIN (pag. 82 da sua these), que me parece bastante elucidativa:

Doente de 36 annos. Pyosalpingite dupla. Ablação bilateral dos ovarios em março de 1892. Amenorreia nos cinco primeiros meses seguintes á operação. Afrontamentos, palpitações, cephalcias, vertigens, etc. Regularmente menstruada desde o

— E também, por vezes, se tem visto doentes que sofreram a oophoro-hysterectomia e que tendo, consecutivamente, hemorragias periodicas, legitimamente suppostas menstruações desviadas, não dão signal de qualquer outro phenomeno morbido que possa considerar-se como repercussão physiologica da mutilação operatoria (1).

Ahi temos, portanto, sempre a amenorreia, ou melhor a ausencia de fluxo menstrual uterino ou desviado, como companhia obrigada das perturbações post-operatorias da ovariectomia ou da castração utero-annexial.

Vejamos se conseguimos averiguar qual é a especie de relação que assim constantemente associa essas duas ordens de phenomenos: se se tratará de simples coincidência, necessaria por esses phenomenos estarem sob a dependencia d'uma causa common, ou se entre a ausencia de menstruação e os outros phenomenos da menopausa operatoria haverá relação de causalidade, devendo estes considerar-se como effeito d'aquella. E assim entraremos no campo da theoria para decidir afinal de que lado está a verdade, se com aquelles que, com JAYLE e LÉVY, attri-

6.º mez depois da intervenção cirurgica. Desde então, desaparecimento completo das perturbações primitivamente existentes.

(1) Na doente citada a pag. 132 e cuja historia me foi narrada pelo Sr. DINIZ SEVERO CORREIA DE CARVALHO, as perturbações existentes nas epochas correspondentes aos antigos periodos menstruaes extinguem-se com o apparecimento das hemorragias supplementares.

buem á supressão da secreção interna do ovario o papel etiologico dos phenomenos da menopausa criada pela operação, ou se, com JONHSTONE, é a supressão da menstruação que dá origem a esse quadro de phenomenos pathologicos.

Para JAYLE e LÉVY não pôde ser menstruada mulher nenhuma que haja soffrido uma perfeita castração ovarica, pois que não ha menstruação sem ovario, e, se ha mulheres que, operadas de ovariectomia dupla, conservam o fluxo menstrual, é porque ou o operador lhes deixou ignoradamente algum fragmento de ovario, ou porque ellas teem ovarios supplementares. Pelo contrario, a amenorreia post-operatoria é a expressão tacita da ausencia de todo o tecido ovarico. Nas ovariectomizadas amenorreicas a operação foi perfeita e não ha ovario suplementar.

D'esta fórma, aquellas estão ao abrigo dos phenomenos morbidos consecutivos á castração por influencia da secreção interna assegurada por qualquer fragmento de ovario ou por qualquer ovario supranumerario: «a parcella de tecido ovarico ou o ovario suplementar mantem a secreção interna e evitam assim o apparecimento de perturbações». Estas, pelo contrario, apresentarão mais ou menos completo o quadro classico da menopausa artificial, pois que a supressão dos ovarios as privou dos beneficios physiologicos da secreção ovarica interna.

E, posta assim a theoria, pretendem JAYLE e LÉVY contraproval-a, invocando o facto de não trazer consequencias morbidas de menopausa a hysterectomia—operação que tem como consequencia fatal a amenorreia—ou de serem essas perturbações, quando existem, «irregulares, pouco accentuadas e, a maior parte

das vezes, reduzidas a simples afrontamentos e unicamente devidas ás lesões traumáticas dos ovarios no decurso da intervenção cirurgica» (1), pois que «é na realidade impossível extirpar o utero sem traumatizar os ovarios» (2).

Ora afirmar que não ha mulheres sem ovarios que sejam menstruadas — no sentido mais lato do termo menstruação, é claro — é ir de encontro a factos que, pela autoridade e probidade scientificas de quem os garante, tem de suppor-se rigorosos.

Já em 1885 TILLAUX (3), referindo-se a uma doente menstruada depois de ter soffrido uma ovariectomia dupla, affirmava com plena certeza que tinha feito uma completa ablação dos ovarios.

No mesmo anno, LUCAS CHAMPIONNIÈRE (4), notando tambem a persistencia do fluxo menstrual numa ovariectomizada, affirmava igualmente ter a *certeza abso-*

(1) Alguns autôres (*Semaine médicale*, 1904, pag. 324) julgam que as perturbações que sobreveem depois da hysterectomia são devidas á atrophia dos ovarios. Tal afirmação é absolutamente destituida de fundamento poisque as experiencias de GRAMMATIKATI (LÉvy, obr. cit., pag. 30) e de SELHEIM (*Semaine médicale*, 1907, pag. 405) demonstram nitidamente que, depois da extirpação do utero, os ovarios continuam a sua evolução physiologica normal.

E assim é que, num caso referido por GRAMMATIKATI, os ovarios, tres annos depois da extirpação do utero, mantinham ainda um funcionamento perfeito.

(2) LÉvy, obr. cit., pag. 29.

(3) TILLAUX, *Revue de chirurgie*, 1885, pag. 1035.

(4) LUCAS CHAMPIONNIÈRE, *Revue de chirurgie*, 1885, pag. 1036.

luta de que a extirpação dos ovários tinha sido completa.

POZZI (1), SANGER (2), ORMIÈRES (3), RICHELLOT (4) e outros citam casos de mulheres ovariectomizadas que conservaram o fluxo menstrual e nas quaes uma nova laparotomia demonstrou, com absoluta segurança, a ausencia de qualquer parcella dos ovários normaes e de qualquer ovario suplementar.

GLÆVEKE (5) concluiu das suas observações que 12 % das mulheres castradas continuam com fluxo catamenial, embora irregular e pouco abundante.

Muitos são, portanto, os factos em opposição flagrante com a concepção de JAYLE e LÉVY da necessaria dependencia em que está a menstruação da presença de tecido ovarico na mulher.

Mas note-se mais que todas essas mulheres desprovidas de ovários e desprovidas, portanto, da secreção interna d'estes, se apresentavam clinicamente silenciosas sob o ponto de vista de perturbações de menopausa artificial.

Portanto, contra a affirmação de JAYLE, ha mulheres completamente ovariectomizadas, e sem ovários suplementares, que não teem perturbações de menopausa; ora, se essas mulheres, não tendo ovários, não teem secreção interna d'estes, não é por meio da se-

(1) POZZI, *Bull. de la Société d'obstetrique, et de gynécologie*, julho de 1905, pag. 187.

(2) SANGER cit. por FERRY, obr. cit., pag. 47.

(3) ORMIÈRES, cit. por PICHEVIN, obr. cit., pag. 56.

(4) RICHDLOT, *Revue de chirurgie*, 1891, pag. 189.

(5) GLÆVEKE, cit. por POZZI, obr. cit., pag. 771, nota.

ereção ovarica interna que ha de explicar-se a ausencia de perturbações.

Mas como podem então ser menstruadas as mulheres que não teem ovarios ?

«Para explicar este facto (a persistencia da menstruação), diz POZZI (1), não é necessario invocar a possivel existencia de ovarios supplementares que passaram despercebidos ; basta recordar a lei, aliás bem conhecida, da persistencia dos habitos organicos. Comprehender-se-ha assim que o systema nervoso da vida vegetativa, analogamente ao que se dá com o da vida de relação, possa reproduzir automaticamente e sob a influencia de uma excitação antiga, actos a que precedentemente estava habituado.

«Ha então como que um movimento continuo causado pela velocidade adquirida, mas que, na ausencia de nova impulsão, terminará necessariamente por se enfraquecer e extinguir».

Era o que já annos antes exprimia JEANNEL (2) quando, num dos congressos de cirurgia de Paris, dizia que é por uma verdadeira *rotina* que se faz esta pseudo-menstruação nas mulheres ovariectomisadas.

Entremos agora na critica do argumento de contra-prova.

Temos duas questões a encarar ahi : uma de facto, e outra de ordem theorica.

De facto é a affirmação de que a hysterectomia não provoca, nas operadas, accidentes de menopausa ope-

(1) POZZI, *Traité de gynécologie*, 1907, pag. 771.

(2) JEANNEL, *Revue de chirurgie*, 1901, pag. 208.

ratoria, ou só lhes dá perturbações minimas em quantidade e em qualidade.

De ordem theorica — é o recurso para o traumatismo que soffre os ovarios durante o acto operatorio para explicar esse minimo de perturbações quando existam.

Á affirmação de facto respondo com factos que colhi da observação dos Srs. ALBERT CAUCHOIX, prosector de Anatomia na Faculdade de Medicina de Paris e PASQUALE SQUICCIARINI, ex-interno do Instituto de Gynecologia de Palermo, a quem pedi que se dignassem informar-me do que sobre o assumpto lhes dava a sua larga experiencia clinica.

Dignaram-se Ss. Ex.^{as} enviar-me varias observações de doentes simplesmente hysterectomisadas que, a despeito da conservação dos ovarios, manifestavam perturbações intensas e varias do quadro da menopausa post-operatoria (afrontamentos, amnesia, asthenia muscular, etc., etc.).

E ainda contra o affirmado minimo de perturbações nas mulheres hysterectomisadas, tenho a acrescentar a consideração de que, nas proprias ovariectomisadas, tambem o quadro morbido da menopausa post-operatoria não só não é fatal como tambem não tem fixidez quantitativa ou qualitativa. Se é certo que, ás vezes, a vida das hysterectomisadas decorre sem accidentes morbidos que possam reputar-se consequencia da operação, quantas mulheres não vemos nós tambem que, tendo soffrido a castração utero-annexial, gosam de uma excellente saude !

As perturbações post-operatorias variam infinitamente com a idade das doentes e com as suas predisposições naturaes ; nalgumas são nullas ou mal se esboçam. É o que acontece, aliás, com a menopausa

natural que, muitas vezes se installa quasi sem que as doentes dêem por isso.

Em cada doente existem decerto, predisposições pessoais, modalidades nervosas especiaes que, se bem apprehendidas pelo clinico, lhe permitem muitas vezes a previsão de qual virá a ser o grau de perturbações operatorias.

Regra geral, as que mais padecem, as que accusam perturbações mais intensas são as nevropathas e isso tanto em seguida á simples hysterectomia como em seguida á castração utero-annexial.

Consideremos agora a parte theorica do argumento de JAYLE e LÉVY, a supposição de que é uma inaptidão funcional temporaria dos ovarios por traumatismo que explica as *pouco accentuadas* perturbações consecutivas á hysterectomia.

Se «uma parcella de tecido ovarico ou um ovario suplementar manteem a secreção interna e evitam assim o apparecimento de perturbações», como se ha-de comprehender que as perturbações consecutivas á simples hysterectomia sejam o resultado de lesões traumaticas dos ovarios, quando é certo que, neste caso, ficam na cavidade abdominal estes dois orgãos que teem decerto, embora traumatizados, uma superficie secretante muito maior do que um fragmento de ovario? E a fragmentação do ovario, a sua resecção parcial, não seria tambem um traumatismo sufficiente para lhe perturbar a secreção?

Tudo pois logicamente nos leva a rejeitar a supposta intervenção da secreção interna do ovario no facto averiguado de não soffrerem perturbações post-operatorias as ovariectomisadas que conservam o fluxo menstrual.

Se é certo que o ovario tem a incumbencia physiologica de uma secreção interna, é tambem certo que o producto d'essa secreção não tem, no equilibrio physiologico, o preponderante papel que lhe suppõem.

Resta-me agora encarar a segunda hypothese, a de que é a persistencia do fluxo catamenial que põe as operadas ao abrigo de perturbações e a sua suppressão a causa d'estas.

É claro que recuso desde já o modo de ver de MARTIN (1) e PRAUD (2), que explicam as consequencias da ovariectomia dupla por uma plethora do organismo, criada pela falta da expoliação sanguinea que a menstruação dá.

Com effeito, embora pareça natural que, em mulheres ha bastante tempo habituadas a perdas sanguineas periodicas, a suppressão brusca do fluxo menstrual seja, pela accumulacão de sangue no organismo, a causa de phenomenos morbidos, não poderá, todavia, admittir-se que no fim de 15 dias ou d'um mês depois de ter soffrido uma operação sangrenta, seja plethorica sanguinea uma doente accentuadamente anemica por soffrimentos constantes e por metrorragias prolongadas e sujeita ainda ao parco regimen d'uma convalescença.

Muito mais racional é certamente a opinião já sustentada por JONHSTONE (3), de ser o fluxo menstrual

(1) MARTIN, obr. cit., pag. 35.

(2) PRAUD, *Troubles névropathiques consécutifs à l'ablation de l'utérus et des annexes*. Paris, 1896, pag. 81.

(3) JONHSTONE, cit. por VILLEMEN, obr. cit., pag. 50.

um emunctorio periodico destinado á eliminacão de toxinas normalmente elaboradas pelo organismo.

Na these do Sr. Prof. MONJARDINO (1), encontrei a exposiçãõ synthetica de um grande numero de dados clinicos que bem fundamentam a hypothese de JONHSTONE.

Faço a transcripção d'essa parte do trabalho do illustre Prof. e farei a seguir algumas considerações que corroboram aquelle modo de ver.

«É de observação corrente, que as creanças amamentadas por mulheres menstruadas se resentem em geral, apresentando perturbações gastro-intestinaes caracterisadas por diarrhêas mais ou menos abundantes, principalmente nas vesperas dos menstros.

«Nas mulheres atravessando a epoca menstrual, é conhecido o facto do apparecimento de mau halito, de suores de intenso mau cheiro; a formação não rara de abcessos em varias partes do corpo, especialmente nas axillas; as alterações nervosas tantas vezes observadas nas mulheres de temperamento adequado, mais ou menos intensas, chegando, por vezes, á loucura; perturbações psychicas e convulsivantes provocadas ou exageradas pelas proximidades da menstruação. Factos e argumentos estes tendentes a demonstrar ou pelo menos a fazer pensar numa auto-intoxicação.

«Se juntarmos aos argumentos apresentados a existencia, precedendo a menstruação, de cephalêa, de chloroses que CHARRIN considera ligadas a uma intoxicação por insufficiencia de emunctorio do aparelho utero-ovarico; se notarmos as perturbações frequentes

(1) A. MONJARDINO, obr. cit., pag. 67.

do aparelho digestivo (nauseas embaraço gastrico, prisão de ventre umas vezes, outras diarrhêa); as alterações da secreção urinaria já pelo que respeita á quantidade (oliguria, polakiuria), já á qualidade (albumina passageira, alterações de quantidade de urêa, phosphatos, etc.) teremos outros tantos factores a demonstrar a possibilidade, certeza mesmo, da auto-intoxicação que decerto avançará se a eliminação do sangue menstrual, auxiliada por outros emunctorios (pelle, rins, intestino, etc.) não vier attenuar ou mesmo debelar a toxemia.

«VIALON estudando a curva de temperatura durante quatro mezes numa alienada, notou uma elevação thermica coincidindo com a menstruação, começando a accentuar-se nos 3 ou 4 dias que precedem o apparecimento dos menstros, chegando a attingir por vezes 39°,8.

«Esta elevação persiste com altas e baixas pouco pronunciadas, para descer á normal quando finda a hemorragia e reaparecer nas proximidades e duração dos menstros seguintes.

«Pela coincidencia d'estas elevações de temperatura e accentuadas perturbações gastro-intestinaes, conclue VIALON que estas devem ter determinado aquella. Confirma estas conclusões pela publicação de observações varias.

«WUNDERLICH, STOLTZ, HENNING e outros admittem pelo contrario uma elevação embora pouco pronunciada, uns decimos apenas, nas occasiões das menstruações e independentes de perturbações gastro-intestinaes ou outras.

«Synthetizando todas as manifestações companheiras das menstruações, observando que a sua maior

intensidade tem logar nas vespervas da menstruação para desaparecerem logo a seguir á cessação dos menstros; isto é, depois da eliminação d'uma grande parte dos productos toxicos pela mucosa uterina; facil é concluir que a menstruação tem por fim importante depurar o organismo de productos toxicos lançados no sangue, que ahi se vão accumulando, attingindo a intoxicação o seu auge nas vespervas da menstruação».

Mas ha factos de outra ordem que em grande numero se conjugam como fundamento racional da convicção de que a menstruação é um acto physiologico depurador do organismo.

Interroguemos a mulher na puberdade. Vemol-a no periodo pré-menstrual sob influencia de um estado doentio que se caracteriza muitas vezes por phenomenos de fluxão diversos e diversamente localizados, como se o organismo quizesse desembaraçar-se de alguma coisa que lhe faz mal e andasse a impurral-a pelas portas de saída. Ao apparecer o primeiro corrimento de sangue pelo utero todo o apparatus morbido se desfaz como por encanto.

Outras vezes é um estado morbido mais ou menos complexo que se inicia no periodo pré-menstrual e depois persiste apesar de estabelecida regularmente a menstruação, que no emtanto lhe dá uma certa remissão, até que o organismo tenha terminado a precipitada evolução progressiva que a natureza lhe impõe nessa quadra da vida. Muitos dos phenomenos morbidos d'essa epoca teem a sancção etiologica dos phenomenos de auto-intoxicação; a cephalia, por exemplo, a demencia precoce das puberes que KRAEPLIN classifica no grupo das doenças mentaes por auto-intoxicação, a neurasthenia, a chlorose, etc.

E, facto interessante que convém accentuar, as raparigas lymphaticas e escrophulosas, com leucorreia, escapam mais vezes aos accidentes pré-monitorios da menstruação, como se aquella porta aberta do departamento sexual lhes dêsse saída aos productos toxicos.

É claro que as coisas se não passam sempre assim, com aquelle character de morbidez. Quantas e quantas raparigas ha que, sem qualquer alteração de saude, entram tranquillamente na vida genital!

Mais tarde, estabelecido definitivamente o equilibrio anatomo-physiologico em que o organismo se ha-de manter até ao começo do declive para a velhice, bem proporcionado o rendimento toxico ao debito emuntorial, todo esse soffrimento se desvanece.

Desde, porém, que na mulher em plena aptidão sexual e francamente a dentro da vida genital se perturbe essa função, por assim dizer, dominante agora, tambem com ella a saude se perturba e é de ver como o organismo se esforça por alliviar-se de toxinas, provavelmente á custa de todos os órgãos eliminadores. É o caso de certas hypercrinias periodicas das amenorreicas ou supplementares da menstruação, como a galactorreia, a hyperhydrose, a sialorreia, a diarreia, a leucorreia; e de certas hemorragias das amenorreicas — as menstruações desviadas ou ectopicas — : epistaxes, hemoptises enterorragias, etc.

Tambem na menopausa, ao iniciar-se o periodo post-genital — (que em regra o é) — quando, por evolução natural, a menstruação se supprime, a vida da mulher é, por vezes, accidentada de factos pathologicos com muita semelhança aos da puberdade e em cuja etiologia bem quadra a noção de auto-intoxicação.

ANDRAL e GAVARRET verificaram que na mulher, a

eliminação pulmonar de carbono ia crescendo até á puberdade, se tornava constante desde que se fazia a primeira menstruação, augmentando de novo no momento da menopausa. D'ahi se concluiu com ARAN que uma parte do carbono que a mulher tem de eliminar, o elimina com o sangue menstrual e que o pulmão é um emunctorio de recurso quando aquelle falta.

Mas além de tudo quanto deixo dito, como argumento a favor da hypothese da intoxicação no caso de suppressão do fluxo menstrual, temos ainda a consignar factos diversos do dominio da therapeutica e da hygiene applicadas á menopausa natural ou artificial.

SEGOND aconselha as sangrias (meio conhecido de expoliação de toxinas) no tratamento da menopausa natural; e Pozzi recommenda, como muito efficaz, para o mesmo caso, a sangria local por meio de escarificações do collo do utero feitas mensalmente, em epochas que correspondam ás antigas menstruações.

De boa pratica therapeutica é respeitar nas amenorreicas os fluxos sanguineos que, com boas razões, se supponham equivalentes da menstruação e que por si só não constituam perigo para a doente. É o caso principalmente das epitaxes e do fluxo hemorroidario.

A hygiene das puberes e das amenorreicas impõem-nos a obrigação, como em geral em todos os casos de auto-intoxicação, de evitar, por meio de uma alimentação adequada, as fermentações gastro-intestinaes de modo a poupar quanto possivel os emunctorios de defesa organica, e, além d'isto, favorecer a eliminação dos dejectos organicos e de todos os productos toxicos, solicitando brandamente os emunctorios, principalmente o rim, o intestino e a pelle.

Em conclusão: a concepção de que a menstruação é um acto physiologico tendente a subtrair ao organismo toximas que, retidas, o impressionam pathologicamente, concepção que tem bases racionais e se coaduna bem com os factos da clinica, dá-nos a explicação da associação *amenorreia-morbidez* consecutiva á hysterectomia ou á castração utero-annexial. A supressão do fluxo catamenial é a causa proxima da constituição d'esse quadro morbido; a causa remota, a causa realmente original, é uma auto-intoxicação.

Como falei ha pouco de argumentos de ordem therapeutica, vem a proposito a refutação de um que, contra aquelle modo de ver, se poderia levantar como objecção. Quero falar da efficacia therapeutica que se attribue á ogetherapia ovarica.

Essa especie de ogetherapia, que os seus crentes practicamente realisam com a administração: de ovarios frescos de vacca, de ovelha, de porca, ou do pó dos ovarios seccos d'esses animaes — a ovarina e a ovareina do commercio —; dos ovarios peptonisados e seccos; do extracto glycerinado, ou do pó de corpo amarello, essa applicação, digo eu, tem o seu fundamento theorico na supposição de que o ovario é um orgão de secreção interna, e tem em vista remediar os defeitos d'essa função secretoria.

Em breve se viu, porém, que no campo da hypothese em que germinara a ideia da medicação não cabiam os factos experimentaes, que dia a dia se iam verificando em absoluta discordancia com a expectativa theorica. D'ahi a descrença de uns e a tentativa de outros de irem alargando o terreno da hypothese. De

tal fôrma, porém, se houveram que deram com elle na comvisinhança do irrisorio.

A mais clara e mais formal indicação da opotherapia, dizia JAYLE, é o caso da menopausa natural e da menopausa artificial por suppressão dos ovarios. De resto — e aqui de muito lhe serviu a sua poderosa imaginação — as indicações variam com o estado funcional do ovario: de hyper-ovaria, de hypo-ovaria e de ataxia ovarica, complicada cada uma d'estas fôrmas com as possiveis modalidades de elaboração defeituosa do producto de secreção interna e acção defeituosa d'esse producto sobre o organismo. E como ainda assim, com esta elasticidade de hypothese, os factos clinicos se não submettessem á concepção theorica, acudiu RENON com a nova hypothese dos syndromas polyglandulares, isto é, admittindo que ás anomalias de secreção ovarica reagem as outras glandulas de secreção interna perturbando-se tambem na sua physiologia, umas vezes por hyperfunção, outras por hypofunção. E assim surgiam indicações therapeuticas variaveis a que se satisfazia umas vezes com a opotherapia simples d'uma ou das outras especies, outras vezes associando ou alternando as respectivas fôrmas de opotherapia.

As possiveis combinações da hyper-ovaria, da hypo-ovaria e da ataxia ovarica com a hyper-thyroidia, a hypo-thyroidia, a hyper-epinephria, a hypo-epinephria, a hyper-hypophysia, a hypo-hypophysia, dando os syndromas thyro-ovaricos, epinephro-ovaricos e ovaro-hypophysares, é que praticamente apontarão ao medico a maneira de... se vêr *grego*, se quizer conscienciosamente descobrir nesse matagal theorico a vereda que o conduza com segurança a qualquer resultado pratico efficaz.

Com o fundamento em milhares de casos em que o methodo therapeutico falhou por completo, eu descreio formalmente da tal opotherapie simples, associada ou alternada e chego na companhia honrosa de JONHSTONE, DOLÉRIS, FAURE, SOULIGOUX, VAN EUGELÉN, etc., á convicção de que as curas realizadas por essa arte de curar são, com toda a probabilidade, meros casos de suggestão em exemplares de hysteria, visto que tantas vezes a nevrose se associa ás affecções utero-ovaricas, quando não sejam consequencia natural do exacto cumprimento do preceito de ALBERT ROBIN que considera «comme une condition presque indispensable pour obtenir de bons résultats (com a opotherapie ovarica) de continuer le traitement *pendant longtemps*», isto é, que se tenha insistido na medicação até que o estado morbido se desvaneça por evolução natural. Então sim, a opotherapie promeverá a cura como a mais anodyna droga ou como a mais perfeita expectação.

Que preferivel era de certo que a opotherapie ovarica dêsse resultados satisfactorios no tratamento da menopausa artificial. Quem se preoccuparia então em supprimir á doente ovarios e secreção interna se com tão simples meio se poderia efficaçmente supprir á deficiencia.

Como não quero deixar sem referencia as modernas tentativas de *enxertos de ovarios*, vem a proposito fazel-a neste ponto, visto que, com fim therapeutico ellas se teem feito e as animou tambem o conceito theorico da secreção interna do ovario. E digo tentativas, porque a invenção não póde, por emquanto, ter fóros de outra coisa.

O fim dos enxertos de ovários é a cura dos accidentes consecutivos á castração. Ora no pouco que se tem conseguido *e que tem sido em casos de conservação do utero*, noto eu como vantagem para as ideias que defendo que a cura se tem acompanhado do restabelecimento da menstruação. E parece que tende a considerar-se esse restabelecimento como condição da cura, pois as modernas tentativas são de deixar o ovario que se enxerta em relação com o utero: relação immediata, fazendo o enxerto no proprio utero, ou mediata, por intermedio da trompa, enxertando-o nesta.

Como conclusão forçosa d'este longo estudo, resalta a affirmação de que é absolutamente inutil a pratica de conservar os ovários quando haja de fazer-se a hysterectomia para tratamento de fibromyomas uterinos.

Se, sob o ponto de vista das consequencias physiologicas, é analoga a situação post-operatoria das mulheres que soffreram a hysterectomia á d'aquellas a quem se fez a castração utero-annexial, sob o ponto de vista therapeutico cirurgico é que se não verifica analogia.

Ao passo que a castração utero-annexial assegura á doente uma cura radical da situação morbida criada pelos fibromyomas, a hysterectomia, quando mesmo acompanhada de operações conservadoras nos ovários, tendentes a curar as lesões d'estes, não põe a doente ao abrigo de um futuro morbido com ponto de partida etiologico nessas lesões, e deixa-a, pelo contrario, exposta a nova intervenção.

Com effeito, no capitulo «Fibromyomatose genital» já se viu como, sob o ponto de vista anatomo-pathologico, são solidarios o utero e annexos na maneira como se lesam sob a influencia do processo fibromyomatoso. Ahi se descreveram as alterações que fundamentalmente interessam os ovarios, lesando-os por fórma a realisarem um de dois typos anatomo-pathologicos: — o ovario micro-poly-kistico e o ovario esclero-kistico.

Como tratamento das lesões ovaricas, quando macroscopicamente visiveis — o que nem sempre acontece, poisque em ovarios aparentemente são vae a analyse histologica revelar, por vezes, lesões de esclerose extensas e multiplas — podem fazer-se no acto da intervenção-cirurgica sobre o utero myomatoso, operações diversas (puncção ou puncção seguida de cauterisação dos kistos, resecção d'uma parte do ovario) que constituem a chamada cirurgia conservadora do ovario.

Embora criticavel no ponto de vista anatomo-pathologico, pelo facto de nem sempre conseguir attingir toda a porção lesada do orgão, esta cirurgia conservadora é no emtanto de legitima e obrigatoria pratica todas as vezes que, não sendo necessaria a extirpação do utero, o processo de esclerose que altera o ovario não seja diffuso e tenha deixado uma parte da glandula muito aparentemente sã.

Os inconvenientes que porventura possam então resultar da imperfeita cura das lesões ovaricas são bem compensados pela possibilidade de gestações futuras e pela ausencia de perturbações resultantes da supressão do fluxo menstrual — vantagens que certamente se não obtem com a ablação total dos ovarios.

É a opinião que o Prof. PINARD exprimia em com-

municação feita á Sociedade de Obstetricia, de Gynecologia e de Pediatria na sessão de 6 de abril de 1908.

Mas quando o processo fibromyomatoso, pelo seu desenvolvimento excessivo, impõe, como necessidade absoluta, a hysterectomia, a permanencia de tecido ovarico no abdomen só poderá ter inconvenientes.

O ovario total ou parcialmente conservado, seccionados os ligamentos que o fixam na sua posição normal, entrará em ptose, que naturalmente lhe perturbará as condições de innervação e de circulação. E, como consequencia certa ou quasi certa da sua actual situação anatomica o processo congestivo, primitivamente existente, continuará a progredir, provocando a formação de novos kistos, por vezes mesmo, como nos casos citados por E. ROCHARD (1), ROUTIER (2) e outros, dando origem a uma enorme hemorragia a uma verdadeira inundação peritoneal.

A esclerose, que frequentes vezes persiste a despeito da tentativa cirurgica conservadora, longe de estacionar, encontrando um terreno favoravel, invade a totalidade do ovario, transformando-o num orgão duro, que muitas vezes se torna adherente aos orgãos vizinhos e que, pelas dôres intensas que occasiona, impõe a necessidade de segunda intervenção.

LUCAS CHAMPIONNIÈRE, que é um conservador com a convicção assente de que ha toda a vantagem em deixar a doente com um fragmento de ovario, pelo menos, nunca hesita em supprimir os ovarios esclero-

(1) E. ROCHARD, *Affections chirurgicales de l'abdomen*. Paris, 1907, pag. 209 e 210.

(2) ROUTIER, *Revue de chirurgie*, 6 de dezembro de 1905.

kisticos, tantas vezes surge mais tarde a necessidade de os tirar.

A demonstração clinica da insufficiencia therapeutica da cirurgia conservadora dos ovarios em casos d'esta ordem, que só poderam sanar-se com segunda operação, tive-a eu na observação de varios exemplares que encontrei nas clinicas gynecologicas de alguns hospitaes de Paris e de Bruxellas.

São estes inconvenientes, são os riscos de nova operação, que, uma vez demonstrada a inutilidade da conservação ovarica, me levam á conclusão ultima de que — o unico tratamento racional dos fibromyomas uterinos, quando se tenha como indispensavel a extirpação do utero, é a castração utero-annexial.

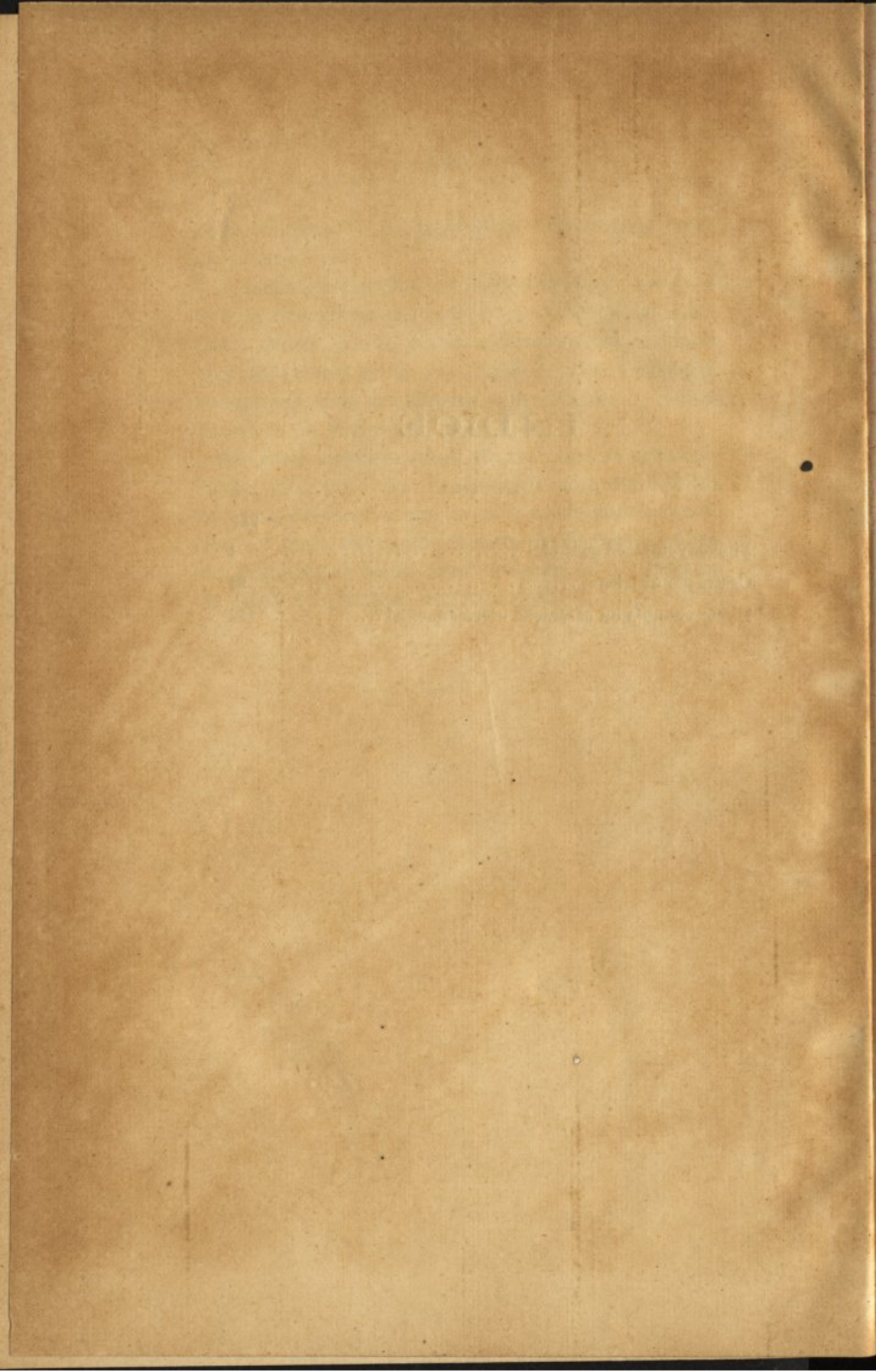


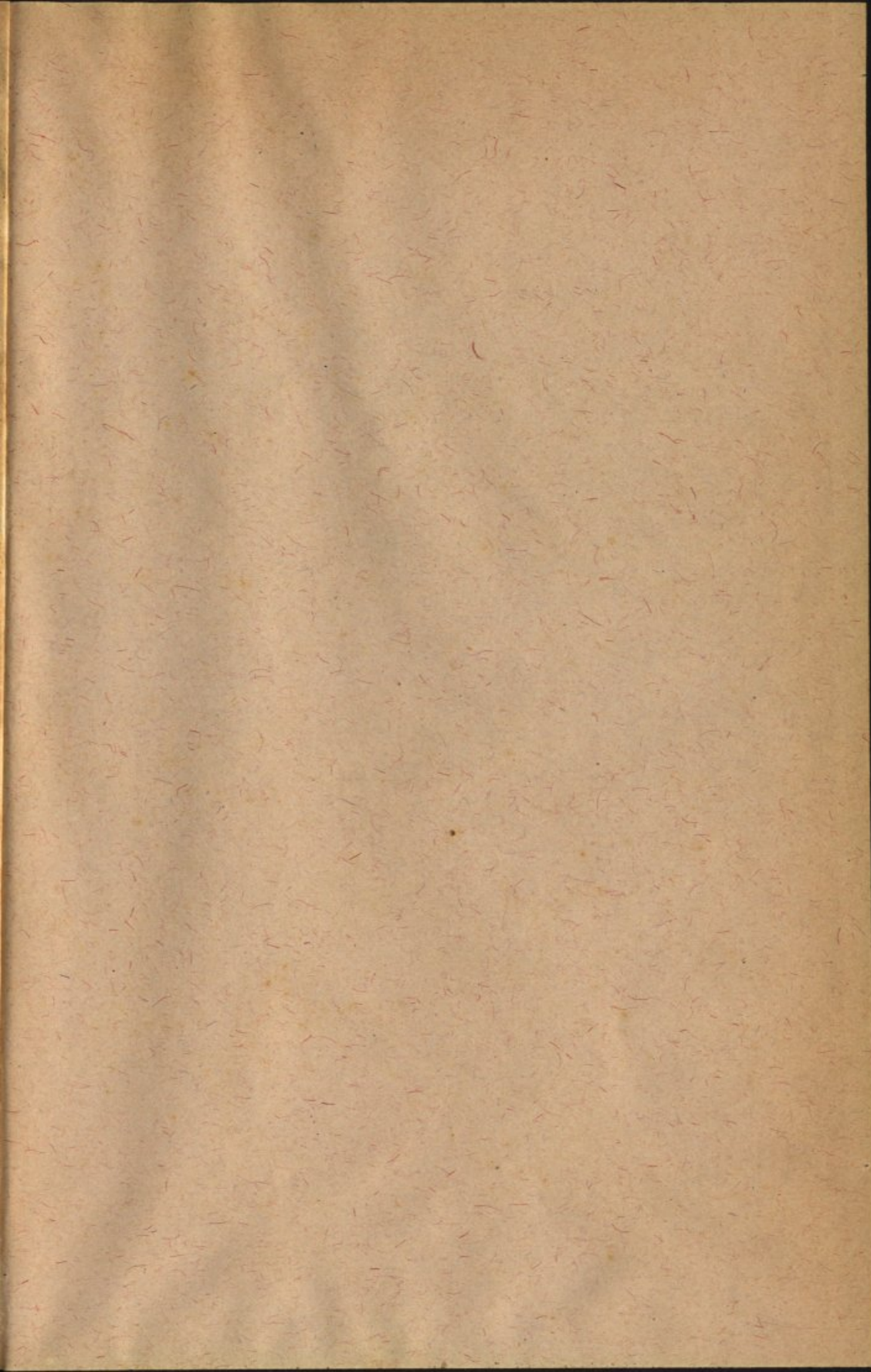
24 MAI. 11

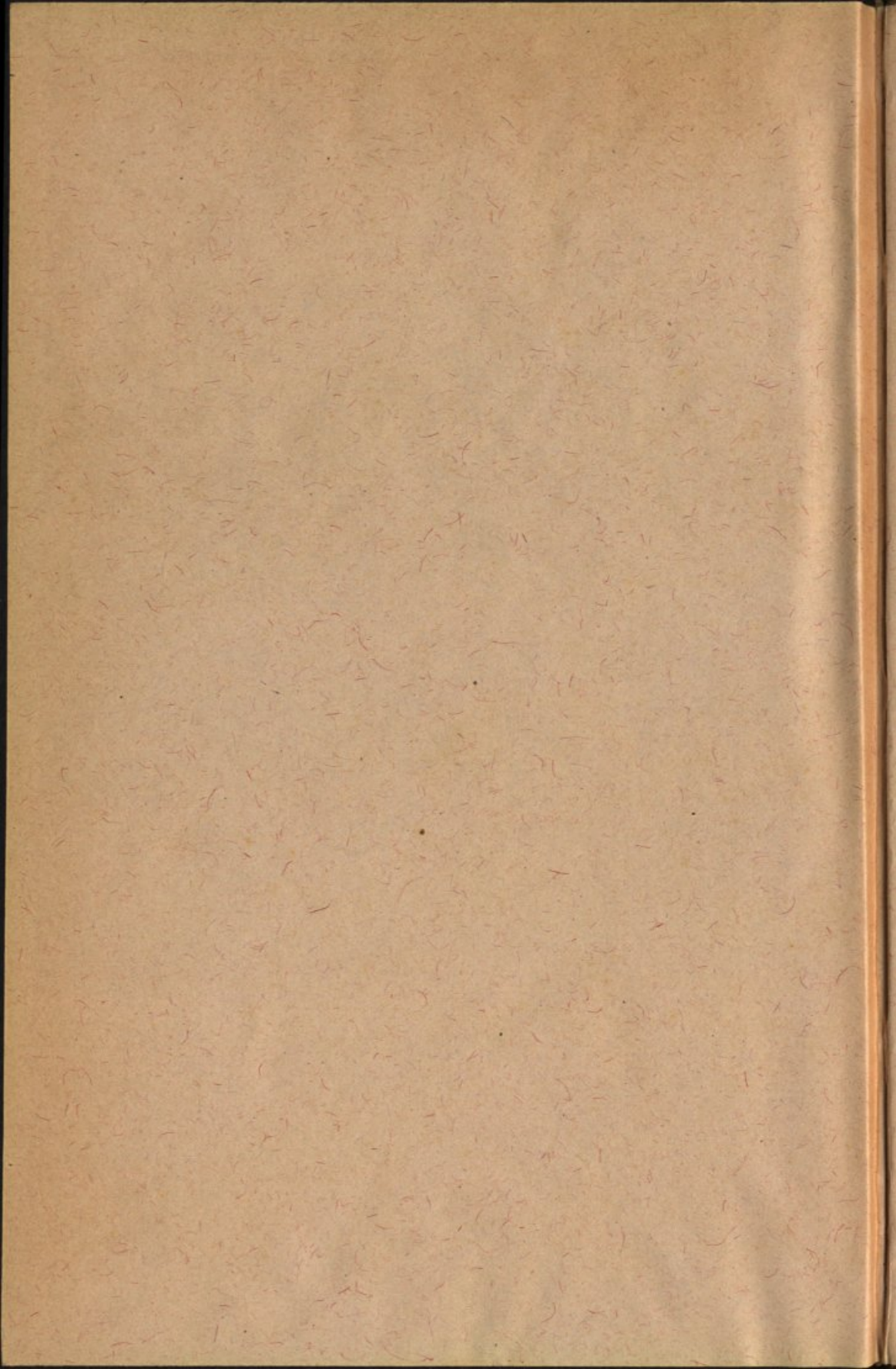
estados, muitas vezes surge mais tarde a neoplasia
 de os tirar
 A demonstração clínica da insuficiência ovariana
 lig da cirurgia conservadora dos ovários em caso
 de este órgão, que só podem ser feitas com segurança
 operações, teve-se em observação de vários exemplos
 res que enunciam a importância da intervenção cirúrgica
 hospitais de T. e C.

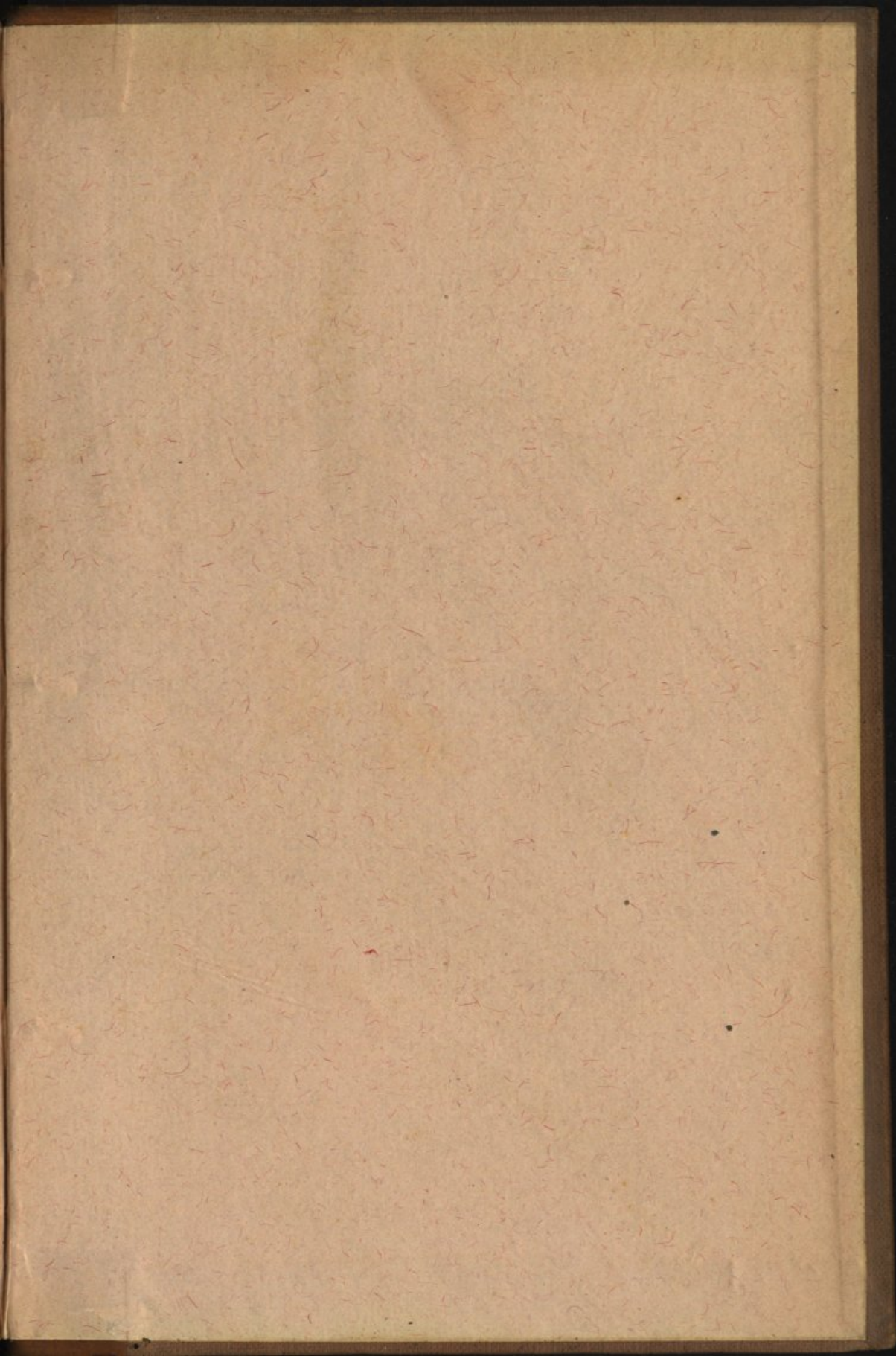
INDICE

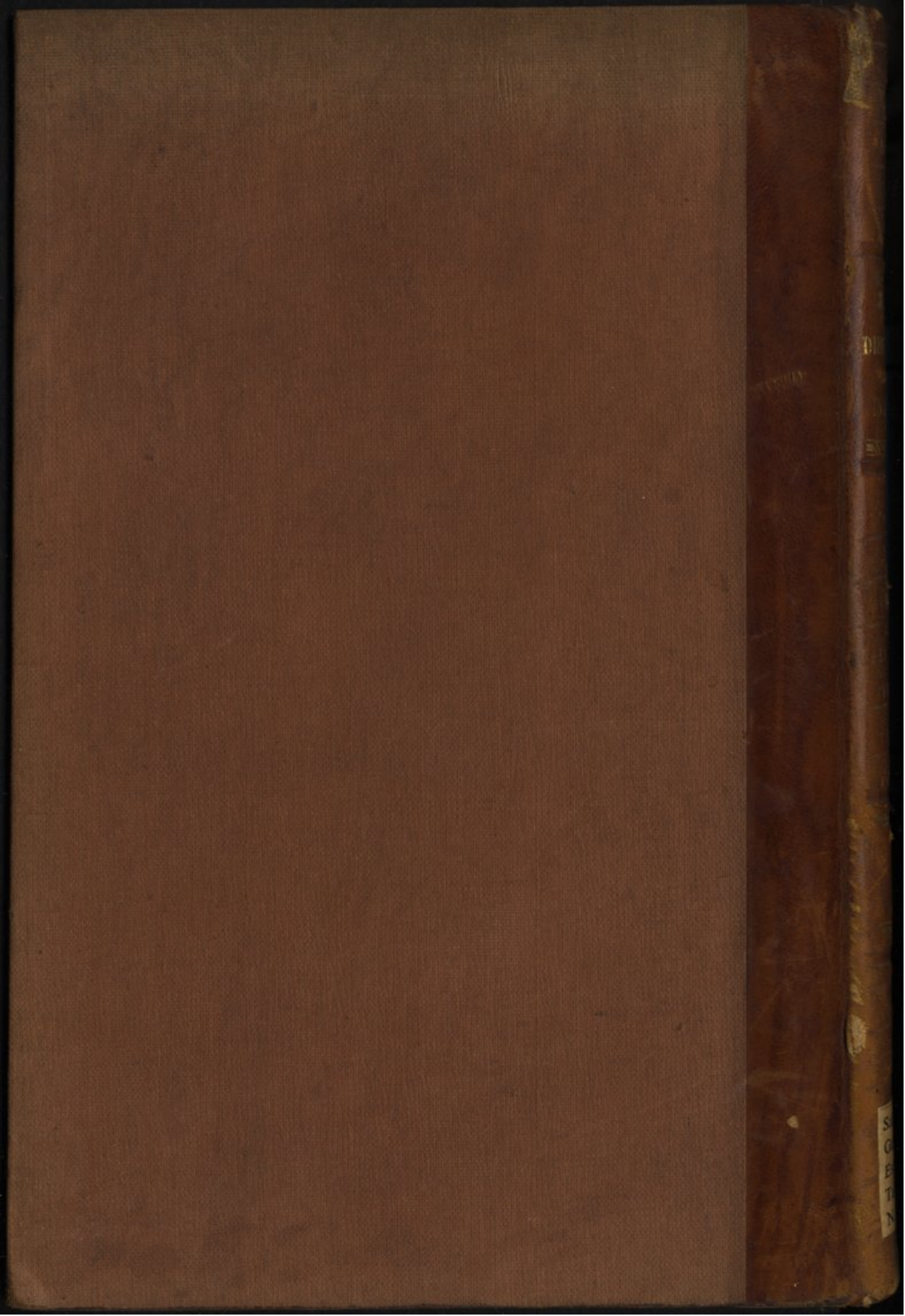
	Pag
Fibromyomatose genital.....	1
Castração ovarica	91
Hysterectomia ou castração utero-annexial?.....	153











MEDICINA

S. Calisto

INSERTEÇÃO

NAUGURAL

1940

Sala 5

Gab. —

Est. 56

Tab. 8

N.º 10