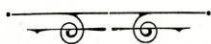


PRENHEZ ECTOPICA



137/5 EMC

5.

Cosme do Carmo Cardoso

1327

PRENHEZ ECTOPICA

A PROPOSITO D'UM CASO



1908

Typ. a vapor da «Encyclopedia Portuguesa»

47, R. Rainha D. Amelia, 49

PORTO

13715 ENC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

SECRETARIO

THIAGO AUGUSTO D'ALMEIDA

CORPO DOCENTE

Lentes cathedratricos

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva geral. | Luiz de Freitas Viegas. |
| 2. ^a Cadeira — Physiologia | Antonio Placido da Costa. |
| 3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica . . . | Thiago Augusto d'Almeida. |
| 4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa | Carlos Alberto de Lima. |
| 5. ^a Cadeira — Medicina operatoria. . . | Antonio Joaquim de Souza Junior. |
| 6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos . | Candido Augusto Corrêa de Pinho. |
| 7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna | José Dias d'Almeida Junior. |
| 8. ^a Cadeira — Clinica medica | Vaga. |
| 9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica | Roberto Bellarmino do Rosario Frias. |
| 10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica . . | Augusto Henrique d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira — Medicina legal | Maximiano Augusto d'Oliveira Lemos. |
| 12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semeiologia e historia medica | Alberto Pereira Pinto d'Aguiar. |
| 13. ^a Cadeira — Hygiene. | João Lopes da Silva Martins Junior. |
| 14. ^a Cadeira — Histologia e physiologia geral | José Alfredo Mendes de Magalhães. |
| 15. ^a Cadeira — Anatomia topographica . | Joaquim Alberto Pires de Lima. |

Lentes jubilados

- | | |
|---------------------------|-------------------------------------|
| Secção medica | { José d'Andrade Gramaxo. |
| | { Ilidio Ayres Pereira do Valle. |
| | { Antonio d'Azevedo Maia. |
| Secção cirurgica. | { Pedro Augusto Dias. |
| | { Dr. Agostinho Antonio do Souto. |
| | { Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |

Lentes substitutos

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| Secção medica | { Vaga. |
| | { Vaga. |
| Secção cirurgica. | { João Monteiro de Meyra. |
| | { José d'Oliveira Lima. |

Lente demonstrador

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| Secção cirurgica | Alvaro Teixeira Bastos. |
|----------------------------|-------------------------|

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

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

À memoria de meus Paes

A minha mulher



A minha familia



Nos meus amigos

Ao Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Prof. Thiago Augusto d'Almeida

*Como homenagem ás suas raras
qualidades de professor e testemunho
de muito reconhecimento.*

Aos Ex.^{mos} Snrs. Professores

Augusto d'Almeida Brandão

e

Antonio Joaquim de Souza Junior

Homenagem de respeito e gratidão.

Ao meu Presidente de these

Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Snr.

Prof. CARLOS ALBERTO DE LIMA

As frequentes intervenções cirurgicas abdominaes e o exame microscopico das hemato-salpyngites teem demonstrado que a gravidez ectopica, ao contrario do que se suppunha, não é uma raridade. A necessidade de fazer um diagnostico preciso, que nos auctorize a intervir immediatamente d'um modo energico, e a responsabilidade que assumimos não o fazendo e permittindo inconscientemente que a portadora de uma gravidez ectopica continue n'um perigo imminente de morte, dão a este assumpto uma importancia que bem justifica o numero de trabalhos publicados.

Os processos da exploração gynecologica e o estudo cuidadoso da symptomatologia, permittindo-nos um diagnostico precoce, teem feito com que o prognostico da gravidez ectopica, que é excessivamente grave quando abandonada á sua evolução expontanea, se tornasse relativamente benigno, quando tratada por um pratico com as qualidades e a educação indispensaveis a um cirurgião moderno.

Quando frequentavamos como alumno do 5.º anno do curso medico-cirurgico a enfermaria de partos do Hospital de Santo Antonio, tivemos occasião de diagnosticar um caso de gravidez extra-uterina de 4 mezes; o illustre Professor Candido de Pinho, a quem aqui testemunhamos o nosso reconhecimento

pela confiança que em nós depositou, permittiu que fizéssemos a colpotomia posterior que confirmou o diagnostico, extrahindo-se o feto n'uma segunda sessão pela abertura praticada.

Este caso, que era o primeiro de que tínhamos conhecimento durante uma frequencia hospitalar de tres annos, tão assidua quanto nos tinha sido permittida, causou-nos uma viva impressão e levou-nos a estudar a gravidez ectopica com o cuidado que a todo o medico deve merecer um assumpto tão importante e tão cheio de interesse.

Obrigado por circumstancias imperiosas a concluir o curso na epocha actual, aproveitamos o ensejo para completar os nossos conhecimentos, procurando elaborar um trabalho que dêsse uma ideia do estado da questão e nos servisse de guia em casos futuros. Propuzemo-nos além d'isso verificar qual é entre nós a frequencia d'esta anomalia da gestação e tirar das observações portuguezas alguns ensinamentos. A nossa tarefa foi extraordinariamente facilitada pelo illustre Professor Souza Junior, que nos orientou no caminho a seguir, e nos forneceu indicações sobre quasi todos os casos observados no Porto; os doutos Professores lisbonenses Custodio Cabeça, Augusto Monjardino e Francisco Gentil amavelmente nos forneceram as observações dos casos por elles ope-

rados e o nosso collega Pires de Mascarenhas facultou-nos as notas de todas as observações nos hospitaes de Lisboa de 1901 até 1907, por elle tiradas dos respectivos registros clinicos.

Com elementos tão valiosos foi-nos facil elaborar a primeira parte do nosso trabalho, sem duvida a mais interessante por archivar, senão todas, pelo menos a maior parte das observações portuguezas de que ha noticia.

Por ella se vê que a gravidez ectopica é entre nós mais frequente do que se julga e que o seu prognostico é relativamente benigno.

Infelizmente é só depois de accidentes mais ou menos graves que as mulheres portadoras de uma gravidez ectopica se hospitalizam; apesar d'isso a estatistica portugueza accusa uma mortalidade insignificante. Se nos nossos hospitaes houvesse uma consulta especialmente destinada ás mulheres grávidas, em que desde o inicio da gestação ellas fossem examinadas, indicando-se-lhes ao mesmo tempo quaes os cuidados hygienicos indispensaveis e especiaes ao seu estado, poder-se-hia então em muitos casos diagnosticar precocemente a gravidez ectopica e evitar as consequencias graves não só d'esta como de muitas outras anomalias.

Não incluímos nas observações que publicamos os casos

de hematocele cuja origem gravidica não foi averiguada. Muitos auctores seguem ainda a opinião de Lawson Tait, para quem todo o hematocele representa uma gravidez ectopica rota, a verdade porém é que, se na maioria dos casos assim succede, alguns ha em que a causa é evidentemente outra. Só a presença do feto ou a existencia de villosidades choriaes, reveladas pelo exame microscopico, nos podem portanto demonstrar a origem gravidica.

Aos Ex.^{mos} Snrs. Professores Souza Junior, Custodio Cabeça, Augusto Monjardino, Francisco Gentil e Dr. Pires de Mascarenhas aqui deixamos registado o nosso profundo reconhecimento pelo auxilio valiosissimo que nos prestaram.

1.^A PARTE

OBSERVAÇÕES

Observação I

(PROF. COSTA SIMÕES — 1845)

Gravidez extra-uterina: retenção sem accidentes durante 43 annos

«A gravidez extra-uterina tem actualmente (1848) dez annos. Esta gravidez de dez annos dá-se n'uma mulher casada ha dezenove annos e com quarenta e oito de idade. Vive na *Serra do Mouro*, freguezia de *Chão de Couce*. Observei-a pela primeira vez em março de 1845 e tenho repetido a observação por outras vezes. Sempre tenho encontrado no ventre um corpo elliptico, ou antes com a fórma d'um rim, com cinco pollegadas no seu maior diametro, duro, boleado, e tão movel que facilmente o fiz percorrer toda a cavidade abdominal; occupando a região hypogastrica, alguns dos hypocondrios, etc., segundo a posição da mulher; e obedecendo sempre ao proprio peso.

A mulher teve um parto regular no primeiro anno do seu casamento; e passados annos, em outubro de 1838, julgou ter concebido segunda vez. Tres mezes depois appareceu-lhe uma metrorrhagia, acompanhada de violentas dôres, que logo se modificaram, demorando-se a hemorrhagia por mais de sete semanas.

Este incidente nenhuma desconfiança lhe produziu, por vêr que na progressiva elevação do ventre, nos movimentos do feto, na intumescencia dos peitos, e em tudo o mais, se tinham manifestado todos os phenomenos d'uma gravidez ordinaria. Fez o enxoval; e no fim do tempo, quando o esperava, appareceram as dôres em tudo semelhantes ás do primeiro parto. A parteira, surprehendida com a demora, custou-lhe a convencer-se de que eram frustados os seus trabalhos, e que d'esta vez não teria a satisfação de *aparar a*

creança. Logo no 1.º dia reapareceu a metrorrhagia, e ao 3.º extravasou-se o leite que seccou de todo ao 8.º dia.

As dôres foram abrandando pouco e pouco; e o volume do ventre, que diminuía successivamente, ficou no fim de seis semanas, quando deixou de correr o sangue, como um ventre de meia gravidez. Em 1845 ainda tinha este volume, mas acheio-o menos elevado a ultima vez que o observei. Deixou de sentir os movimentos do feto desde os primeiros dias d'aquelle trabalho. Passado pouco tempo regularisou-se-lhe a menstruação, que só desapareceu na idade competente.

Ficou soffrendo habitualmente dôres no ventre, que pouco a incommodavam; mas que uma ou outra vez subiam de ponto, só com o fiar, com uma volta na cama, e sempre que tentava serviços pesados.

De 1845 para cá tem soffrido muito menos; e já ha annos que se entrega a toda a casta de serviços de uma mulher do campo.»

Esta observação publicada na *Topographia Medica* ⁽¹⁾, vem transcripta no trabalho que o snr. Dr. Costa Simões publicou em 1885, estudando o caso minuciosamente, e d'onde extrahimos o que segue, por nos parecer do maior interesse:

A mulher a quem se refere esta observação nasceu em 1801 e falleceu em 1881: havia tido o primeiro e unico filho em 1827, e a concepção da gravidez extra-uterina teve logar em 1838. A autopsia foi feita no dia seguinte ao da morte, tendo-se extrahido o kysto fetal que foi enviado para a Universidade de Coimbra.

O kysto em fôrma de rim pesava 563 grammas, tinha no maior diametro um pouco mais de 15 centimetros; adheria em parte á parede abdominal; as suas paredes eram duras e revestidas em toda a face externa por uma pellicula coriacea de menos de 0,001 de espessura, polida e coberta de pequenas saliencias irregulares. Este involucro continuava com o fundo superior da bexiga materna por um pediculo da mesma natureza, flexivel e achatado.

(1) «*Topographia Medica das Cinco Villas de Aregos*, 1860, pag. 128. A data de 1848 a que a historia se está referindo é aquella em que escrevi o livro, cuja publicação só pude realisar em 1860.

A mesma observação foi publicada no *Instituto* de Coimbra, vol. 3.º, 1855, de 1 de dezembro de 1854.»

(Nota do Dr. Costa Simões).

Internamente o involucro do kysto adheria a algumas saliencias osseas do feto, cujos tecidos de revestimento tinham sido adelgaçados ou haviam desaparecido com a compressão, como por exemplo no craneo, no olecraneo direito, e n'algumas phalanges do pé: fóra d'estes pontos o involucro membranoso assentava sobre uma camada de substancia calcarea que servia d'intermedio á sua ligação com os tecidos molles.

Não foi possível separar as antigas membranas ovulares e os tegumentos do feto: em vez de camadas distinctas, chorion, amnios, epiderme e derme, via-se uma só membrana mais ou menos incrustada de saes calcareos em que predominavam os elementos histologicos do tecido conjunctivo e do tecido elastico.

O kysto fetal foi aberto por um córte de serra antero-posterior; o Dr. Costa Simões que faz uma descripção minuciosa de todos os órgãos diz: «Todos ficamos surprehendidos com o estado dos differentes órgãos e seus tecidos, porque nenhum de nós tinha noticia de outro caso semelhante. A côr e consistencia dos musculos, e o aspecto e flexibilidade de todo o canal intestinal, etc., mal poderiam distinguir-se do que ordinariamente se vê nos cadaveres de fetos com órgãos d'iguaes dimensões.»

Pela historia da gravidez parece que o feto viveu os nove mezes da gestação ordinaria. E' verdade que o seu volume e o seu peso eram muito inferiores aos d'um feto de termo. Por ultimo o Dr. Costa Simões diz que nem por isso é menos accetavel a idade dos nove mezes: «porque lhe faltaram na cavidade peritoneal as condições que o interior do utero lhe teria offerecido, n'uma gravidez intra-uterina, para um desenvolvimento mais regular.»

O estudo histologico dos differentes tecidos pareceu confirmar aquella idade do feto.

Observação II

(DR. SANTOS PACHECO — 1846)

Gravidez tubaria esquerda

(Publicada em 1864 no *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*)

«Em fins do anno de 1846 morava no bairro do Alboi da cidade de Aveiro, na rua da Arrochella, a mulher de Manuel Antonio de

Carvalho Bastos, caixeiro de loja de pannos, a qual se chamava Maria Margarida, para quem fui chamado em conferencia com outros collegas.

Esta mulher tinha uma ascite volumosa e queixava-se de dôres do ventre, não tendo achado remedio entre os que tomára, que mitigasse taes padecimentos.

Contava a historia da sua doença do modo seguinte: dizia que cêrca de seis mezes se suppunha grávida, não obstante ter, por duas vezes durante este periodo, o corrimento menstrual, mas em pequena quantidade: que desde o começo d'esta concepção até ao terceiro mez sentira sempre uma dôr obtusa no ventre por baixo do umbigo a qual a pressão aggravava; que passado este tempo começara a notar n'aquelle sitio um tumor duro e movel que occupava espaço, ora de um ora de outro lado do ventre, segundo a posição que ella tomava na cama, e que parecia mudar-se com elle tambem a dôr; que em seguida a dôr se foi exacerbando progressivamente tendo em alguns dias momentos em que era atrocissima; e que a barriga augmentando conjunctamente de volume tinha em pouco chegado ao estado em que a mostrava.

Acabada a narração examinei o ventre da doente e auscul-tei-o em diversas posições; e n'uma d'ellas em que melhor assentava o tumor sobre as paredes abdominaes pude ouvir distinctamente as pulsações do feto.

Em vista dos dados obtidos pela historia e pelo exame minucioso que fiz á doente diagnostiquei uma prenhez extra-uterina, e aventurei a conjectura provavel de que o producto da concepção estava contido n'uma das trompas de Falopio. Disse que a ascite e a dor que padecia a doente eram symptomaticas das lesões organicas e mesmo funcçionaes que aquella anormalidade physiologico-pathologica produzia, e propuz a paracentese como meio explorador e paliativo, e depois a ablação do kysto como meio curativo.

Eu tinha n'esse anno deixado os bancos das aulas e acreditava então mais do que hoje no poderio que tinham os meios da arte contra a inexorabilidade da morte.

Objectaram alguns dos collegas que o utero estava normal; que em alguns mezes se déra a menstruação; que a doente não tinha sentido os movimentos do feto, não obstante julgar-se grávida ha seis mezes; e que a turgencia das mamas e a circumferencia anegrada dos mamillos podiam dar-se sem haver prenhez, e concluiram por julgar que havia uma peritonite chronica determinada

por um tumor de natureza duvidosa, que actuava como corpo estranho no abdomen, e que a este excitamento era devida a ascite.

Rejeitaram pois o meu diagnostico e tambem o tratamento, corroborando as suas rasões por vezes, com certo ar de riso, que levava a critica ao extremo da severidade; e novato como eu era no *sacerdocio medico* e mal aparelhado para elle, julguei-me aniquilado mais que vencido enquanto não fallou o decano dos medicos da localidade, o nosso amigo e distincto collega Luiz Cypriano Coelho de Magalhães. Este foi do meu parecer, mas não concordou na ablação do tumor, propondo outros meios que lhe pareceram mais adequados e menos atrevidos.

Não obstante a paracentese não foi feita, e dos meios empregados não se colheu o resultado desejado, morrendo a doente pouco tempo depois.

Pedi então para abrir o cadaver, e deante d'aquelle venerando e saudoso collega e de muitas outras pessoas competentes fiz a autopsia da cavidade abdominal.

Notava-se um tumor volumoso, que depois de desprendido das muitas adherencias que tinha a diversas partes, se via ser formado pela trompa de Falopio do lado esquerdo. Aberto elle notava-se conter uma substancia transparente de aspecto de gelatina, a qual circumdava um feto do sexo masculino bem configurado, e que teria cerca de dois decimetros de comprimento. O tumor era como pediculado, occupava a parte média e um pouco lateral esquerda do abdomen, e nadava immerso no liquido contido n'esta cavidade. »

Observação III

(DR. SANTOS PACHECO — 1849)

Gravidez extra-uterina: retenção durante 27 annos

(Publicada em 1864 no *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*)

« Em fins do anno de 1849 exercia eu o partido da camara de Vagos, e contratou-se commigo Rosaria de Jesus, viuva de José Antonio Novo, do logar do Lombomeão, da freguezia de Vagos, para eu tratar como facultativo das pessoas de sua familia.

Esta mulher empregava-se em agricultural as suas terras, e fazia parte d'este trabalho tão pesado pcr suas mãos.

Durante cerca de doze annos que residi no concelho tratei-a de varias doencas, e tive occasião de a observar miudamente em referencia aos seus incommodos quasi habituaes, que consistiam em picadas no ventre quando algum esforço maior e posição incon-siderada comprimiam um tumor que tem no ventre desde a primeira concepção.

Este tumor estende-se desde as falsas costellas do lado esquerdo, até á parte superior da região hypogastrica. Occupa pois no ventre uma posição obliqua de cima para baixo, de traz para diante e da esquerda para a direita. Atravez da parede abdominal correspondente ao tumor, que está de côr natural mas muito adelgada e com a pelle luzente, distingue-se pelo tacto que o tumor contem os ossos de um feto.

Os da columna vertebral ficam voltados em direcção obliqua para a linha mediana do ventre, e os da cabeça ficam inferiores áquelles, distando cerca de tres centimetros para a esquerda e um pouco abaixo do umbigo da mãe.

São estes que incommodam a doente resistindo no interior do saco aos movimentos a que se presta o ventre, e assim passivamente ferem mais ou menos dentro as paredes do saco que os contem, causando as picadas que a doente accusa.

Contava ella então que havia já doze annos que tinha concebido a primeira vez; que tinha padecido todos os incommodos ordinarios da prenhez, e que sentira os movimentos do feto até passados dez mezes; que aos nove mezes tivera dôres de parto com fortes contracções; que com taes esforços *quebrára das aguas* e que sentiu sair grande quantidade d'ellas, esperando por muito tempo bal-dadamente pelo filho que sentia mover-se mais accelerado, mas sempre no cimo do ventre; que depois tivera bastante leite e todo o apparato symptomatico que o precede.

Contava mais que um mez depois continuou a sentir bem distinctamente ainda os movimentos do feto, mas que mais tarde elles foram afrouxando até que por meados do undecimo mez, a datar da concepção, cessaram de todo; que depois d'isto padecêra muito e por muito tempo dôres do ventre entre outros incommodos mais, e concluia esta celebre historia por dizer que depois melhorára, e tanto que tinha parido e amamentado em seguida cinco filhos no espaço de doze annos decorridos desde aquella epocha.

D'estes filhos tres morreram, um aos tres mezes em consequencia de uma quêda que com elle deu; outro aos cinco annos de

bexigas e outro de dois annos de febre; restando-lhe duas filhas que ainda vivem.

Estas filhas são já mulheres e vivem com a mãe no mesmo logar ainda hoje, contendo esta os ossos do primeiro feto no mesmo estado que fica dito, e vive sem deterioração notavel na sua saude.

As mulheres a que se referem estas duas observações ainda vivem de saude em fevereiro de 1864 ».

Observação IV

(DR. SANTOS PACHECO — 1851)

Gravidez extra-uterina de nove mezes

(Publicada em 1864 no *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*)

«Na azenha do Solhal, proximo e pertença da fabrica de porcelana da Vista Alegre dos srs. Pintos Bastos, mora Maria Jorja, casada com Manoel José Dias de Oliveira. Esta mulher padeceu durante cinco annos variados incommodos abdominaes, pelo que consultou todos os facultativos das proximidades e alguns dos mestres de Coimbra.

Por fim formou-se-lhe um tumor que rebentou pelo umbigo, e d'elle de envolta com pus sanioso sahiram pequenas phalanges.

Estava n'estes termos a doença quando a primeira vez vi a doente. Era então facil o diagnosticar uma prenhez extra-uterina, mas nunca pude saber precisamente em que órgão ou em que parte se tinha desenvolvido o producto da concepção.

Pelo tacto conhecia-se, mas não bem distinctamente porque a doente era de natural barriguda, um tumor que se dirigia de traz e de baixo para cima e para deante, o qual se abria no umbigo. Sondei-o com um estilete pelo pequeno orificio e pude conhecer que os ossos da cabeça do feto occupavam a parte superior e que estavam contiguos á parte posterior de annel umbilical. Julguei necessario um desbridamento para poder extrahir os ossos d'este sacco continente que constituia o tumor; mas para o fazer era mister convencer-me primeiro de que a parede anterir d'elle estava adherente á abdominal para obviar á passagem da sanie ou de alguns dos ossos para o ventre.

Lembrei-me pois dilatar o pequeno orificio aberto no umbigo, para com o dedo poder explorar o interior do sacco. Para isto fiz, com umas tiras de esponja preparada roladas sobre si, umas rolhas conicas de diversos diametros, as quaes introduzi por seu turno no orificio, segundo a dilataçãõ que cada uma d'ellas ia fazendo; e applicava em cima cataplasma emolliente com o fim de facilitar a cedencia dos tecidos e o descolamento da esponja cerada.

Em poucos dias estes meios empregados produziram um dilatamento tão grande do anel umbilical que a doente pôde através d'elle, com os bicos d'uma tesoura, extrahir um dos ossos parietaes. Depois extrahi eu os restantes pela mesma abertura; e em seguida injeccões apropriadas fizeram contrahir e adherir as paredes do sacco de tal arte que cicatrizada a abertura do umbigo ficou a mulher perfeitamente boa, e mesmo sem vestigio de padecimento tão longo e tão raro de terminar assim.

Esta mulher contava sentir os movimentos do feto até depois do nono mez; que no tempo proprio tivera dores expulsivas como as do parto, e depois tambem algum leite com o apparatus synptomático que lhe é natural.

O que vi acontecer em 1851, e a mulher de quem narro esta historia rara, ainda hoje vive na mesma casa e de perfeita saude ».

Observação V

(DR. ANTONIO SALLES BAPTISTA — 1851)

Observação apresentada pelo Dr. Alberto d'Oliveira
à Sociedade de Sciencias Medicas em sessão
de 1 d'outubro de 1862. ⁽¹⁾

« Julia Guilhermina, de 45 annos, temperamento sanguineo, constituição forte, casada, moradora no logar de Massique de Baixo, concelho de Cascaes. Enquanto solteira só esteve doente com uma metrorrhagia por abuso do café. Casou aos 24 annos, e no fim do primeiro anno de casada foi primipara, com parto demorado e trabalhoso, dando á luz uma creança morta. Não houve delivramento,

⁽¹⁾ *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, anno de 1862, tomo XXVI, pag. 464.

porque um facultativo, com a intenção de expulsar as secundinas, applicou a cravagem de centeio e o utero contrahiu-se ficando ellas dentro. N'esta occasião fui chamado e encontrei o utero volumoso, com fórma espherica, sentindo-o perfeitamente na região hypogastrica; achei o orificio do utero contrahido sobre o cordão umbilical e consequentemente impraticavel qualquer manobra.

No dia seguinte cahiu o cordão e o utero continuava contrahido. Animei a doente e tratei-a conforme as circumstancias o exigiam. Durante dois annos algumas vezes sahia do utero uma sanie, com que o utero perdia um tanto do seu volume, e n'estas condições a doente accusava dores agudas, e perturbações no resto da economia. Passada esta crise a doente entregava-se ao seu trabalho domestico; mas o utero conservava sempre um volume maior que o normal.

Passados dois annos apresentou-se-me ella dizendo que estava grávida. Observei-a e encontrei o utero com o mesmo volume anormal, inclinado para a fossa iliaca direita e não contendo mais que a antiga placenta, e na região hypocondriaca esquerda encontrei um tumor grande, bosselado, em partes duro, em partes molle, occupando todo aquelle lado.

Disse-me a doente que sentia todos os incommodos da gravidez e que até os peitos segregavam leite, e que algumas vezes sentia os movimentos da creança. Eu não os senti, e creio que n'estas occasiões a creança já estava morta.

Lembrei-me da prenhez extra-uterina, mas inclinei-me mais para a existencia d'um tumor scirroso. Aconselhei algum tratamento, dieta restaurant, e nunca perdia das vistas medicas a doente; passaram-se dezoito annos.

No dia 27 do mez passado, veio o marido dizer-me que sua mulher não obrava havia tres dias, que tinha tenesmo, e que estava muito afflicta; receitei-lhe o oleo de ricinus.

No dia 28 voltou o marido dizendo que a doente estava peor, que não obrava, e que a fosse vêr. Eu estava doente, e por não poder ir vê-la, mandei que lhe deitassem clysters.

No dia 29 voltou o marido dizendo que a doente se achava melhor, que obrára, e que com muito custo deitára primeiro aquelle osso (mostrou-me a metade esquerda do osso coronal, dissecado, como pertencente a um esqueleto do feto).

No dia 30 fui vêr a doente, encontrei-a animada, sem febre,

queixando-se muito de dôr e ardor na região anal. Examinei-a sobre o estado antigo do utero, e antigo tumor, que eu e muitos collegas capitulamos de scirro. Encontrei o seguinte: o focinho de tinca no seu estado normal, o utero ainda algum tanto volumoso e oblongo, inclinado para o lado direito; na fossa iliaca esquerda um tumor formado por contentos duros, que agora não deixam duvida sobre serem os ossos do feto alli reunidos por trabalhos eliminatorios da natureza para sahirem a seu tempo pelo recto, como já sahiu o coronal. Carregando no tumor, de cima para baixo faz saliencias no inter-feminino, o que denota que o tumor occupa parte da pelve.

Não tem difficuldade nas dejecções alvinas e vesicaes, e pediu para se levantar da cama. Hoje 4 de julho de 1862 a doente está outra vez entregue a seus trabalhos domesticos, não sentindo mais do que sentiu antes de 27 do mez passado.»

Observação VI

(DR. MAY FIGUEIRA — 1865)

Gravidez extra-uterina de nove mezes: putrefacção do feto

(Publicada em 1871 na these de J. da Cunha e Souza)

«Maria de..., de 30 annos, solteira, costureira, de temperamento lymphatico e constituição fraca; gosou sempre a melhor saude até á epoca da invasão da actual doença, que a fez recolher ao hospital.

Menstruada pela primeira vez aos 16 annos, exerceu-se sempre esta funcção com muita regularidade, tendo 4 a 6 dias de duração.

Em maio do corrente anno suspendeu-se a menstruação, e por esse facto considerou-se entrada no primeiro mez de gravidez (já havia tido 3 filhos); mas em opposição ao que experimentara nas gestações precedentes, começou a ser atormentada por dôres mais ou menos intensas, referidas especialmente ao umbigo.

Estas dôres exasperavam-se de tempo a tempo, e eram então acompanhadas de anciedade e vomitos.

Com o decurso do tempo o ventre foi augmentando de volume,

e redobrando de intensidade os phenomenos abdominaes, a ponto de consultar um facultativo, que lhe prescreveu applicações topicas emollientes, e alguns purgantes para debellar uma constipação de ventre concomitante.

Esta cedeu bastante, mas os phenomenos abdominaes continuaram sem a menor modificação.

Vendo que o seu estado exigia um tratamento mais sério e aturado, que não estava em harmonia com as suas posses, recolheu-se ao hospital de S. José no meado de outubro.

Por espaço de quinze dias se conservou na enfermaria de Santa Quiteria, sujeita ao tratamento emolliente e purgante, com que as dôres do ventre cederam um pouco: no fim d'este tempo, dominada pela ideia de gravidez, pediu alta.

Em casa os phenomenos abdominaes aggravaram-se de novo a ponto de se vêr obrigada a recolher ao hospital, onde deu entrada no dia 19 de dezembro, indo occupar a cama n.º 14 da enfermaria de Santa Maria.

O resultado da observação no dia 20 é o seguinte:

A doente apresenta-se muito deteriorada: physionomia consideravelmente abatida, e indicando longo soffrimento, a pelle muito descorada, revelando anemia profunda. O ventre está muito augmentado de volume; pela palpação não se reconhece fluctuação. E' impossível fazer uma observação minuciosa, porque se queixa de dôres intensas no ventre, que se exasperam á menor pressão. Medindo o ventre por meio d'uma fita graduada, obtivemos 76 centímetros ao nível do umbigo e 74 ao nível das espinhas iliacas.

O toque vaginal revelou-nos edema das paredes da vagina, augmento de volume do utero: o collo muito amollecido, e desviado para a parte anterior, encontra-se logo por detraz da symphise pubica.

Pelo esthetoscopio podemos ouvir o sopro de Kecgaradec um pouco acima da arcada crural direita. Não nos foi possível ouvir as pulsações do coração do feto; e quanto aos movimentos activos a doente diz tel-os sentido. As urinas são de côr amarello-palha, acidas, de 1,010 de densidade, sem albumina nem assucar.

Não tem appetite, e tem grande diarrhea.

Pela auscultação percebemos a respiração um pouco enfraquecida em ambos os pulmões. Temperatura de 38°.

Nas carotidas ouve-se sopro. O rythmo do coração normal. Pulso molle a 120.

Tratamento sistente, fomentações narcóticas sobre o ventre, dieta restaurante.

O diário até 31 resume-se no seguinte: conseguiu-se fazer parar a diarreia, que reapareceu por mais d'uma vez; a anorexia foi augmentando progressivamente assim como o enfraquecimento e as dôres abdominaes que chegaram a ponto de tirar-lhe o somno. O tratamento narcótico continuou sempre, o sistente variou com o symptoma a que se dirigia: addicionou-se depois o analeptico, acompanhado tudo sempre de dieta restaurante.

No dia 31 a face está um pouco decomposta, e a doente indifferente a tudo o que a cerca. Dão-se-lhe algumas colheres de vinho do Porto e pilulas de carne crúa.

Dia 1.º de janeiro, pela manhã, face verdadeiramente hippocratica; a doente exhala um cheiro cadaverico; os extremos apresentam-se frios, não se lhe sente pulso. Reduz-se o tratamento a uma poção excitante.

Falleceu á uma hora da tarde.

Necropsé 20 horas post mortem.—Habitó externo: decubito dorsal, rigidez cadaverica, augmento de volume do ventre, signaes de putrefacção nas paredes do mesmo, que apresenta uma côr esverdeada. Hemorrhagia abundante pela vulva.

Cavidade thoracica.—Adherencias antigas de ambas as pleuras, pulmões diminuidos de volume e emphyseomatosos, coração normal.

Cavidade abdominal.—Encontra-se um verdadeiro kysto peritoneal ulcerado, communicando a ulceracção ás paredes interiores do ventre, e contendo uma grande porção de liquido espesso, e com uma côr muito semelhante á da borra do vinho.

Além d'este, encontra-se um outro de maiores dimensões, de tal modo relacionado com a parede posterior do utero, que este lhe serve de parede anterior. Este segundo contém uma grande quantidade de liquido sanioso, envolvendo um feto de termo, já muito putrefacto com 43 centimetros de comprimento e 1 kilogramma de peso, feto, que está completamente livre, por isso que o cordão umbilical está separado do umbigo, mas adherente ainda á placenta. Esta acha-se reduzida a uma massa putrilaginosa de um volume exaggerado, pesando 1:040 grammas.

A massa cerebral do feto está reduzida a um liquido espesso e escuro. Os ossos do craneo completamente separados. O peso do feto depois de se ter dado sahida ao liquido cerebral diminuiu 200 grammas.

O kysto, que envolve o feto, tinha superiormente ligações com o intestino delgado, a que estava adherente, e com os ureteres extremamente dilatados. Utero augmentado de volume, de paredes espessas e forrado internamente por uma verdadeira caduca suplementar. Cavidade do collo do utero muito dilatada. Não ha mais alteração que mereça mencionar-se. Esta observação é de 1865.»

Observação VII

(DR. THEOTONIO DA SILVA — 1868)

Prenhez extra-uterina: abertura do kysto fetal pelo recto

(Extrahida da communicação feita á Sociedade
das Sciencias Medicas de Lisboa pelo Dr. Theotonio da Silva em 13
de janeiro de 1872)

«J. R., vinte e tantos annos de idade, casada ha alguns annos, mas sem nunca ter tido filhos, era em solteira sujeita a colicas uterinas durante a menstruação. Em maio de 1868 teve a colica uterina mais intensa do que de costume, sendo seguida de abundante hemorrhagia. Algum tratamento empregado diminuiu os soffrimentos, a ponto da doente poder ir de Lisboa, onde residia, para as immedições de Coimbra. No dia 20 de junho reappareceram as dôres, que foram depois progressivamente augmentando, a ponto de não poder fazer movimento algum sem que lhe sobreviessem lipothymias. No dia 30 as dôres eram menos intensas, sem terem completamente desaparecido, e a enferma pôde regressar a Lisboa, onde se lhe exacerbaram as dôres do utero e ventre a ponto de não poder sahir da cama.

No dia 6 de junho (?) as dôres eram insupportaveis, o ventre inchou consideravelmente, supprimiram-se as urinas e a hemorrhagia continuou abundantemente. A continuação do tratamento fez diminuir todos os symptomas, excepto a hemorrhagia, pelo que no

principio de setembro, por conselho do snr. Cadet, foi a doente para Belem, afim de fazer uso dos banhos de mar, o que se realizou no fim do referido mez. Tomou sete banhos até 28 de setembro; teve porém de suspender a sua applicação porque voltaram as dôres intensas e a inchação do ventre. O snr. Cadet de novo chamado, mandou applicar doze sanguesugas, cataplasmas, etc., com o que as dôres diminuíram.

No dia 2 de outubro reapareceram as dôres e com ellas uma grande agitação, o que durou até ás 4 horas da madrugada. N'essa occasião, depois de uma violenta dôr, expelliu um corpo que, segundo a descripção feita pelo marido da enferma, *era semelhante a um folle, da configuração de um bucho de pescada, porém maior e bastante escuro, parecendo um bocado de fressura, liso por um lado e um pouco esbranquiçado e cheio de raizes ou veios pelo outro lado.*»

Depois de descrever os varios tratamentos empregados especialmente contra a peritonite, por varios clinicos, que julgavam tratar-se de um aborto, foi chamado o Dr. Theotonio da Silva que descreve assim o estado da doente:

« Encontrei deitada na cama em decubito dorsal a pobre doente, summamente abatida e magra, com pulso pequeno e muito frequente, calor de pelle augmentado, fastio, sêde, disposição para vomito e prisão de ventre. A sensibilidade do ventre era tal que não podia perceber-se nenhum dos signaes dados pela pressão ou palpação: o volume era maior que o do ventre ao nono mez de gravidez, havendo maior volume do lado direito que do esquerdo. Pelo toque vaginal encontrava-se um tumor molle fluctuante e muito volumoso na parte superior e posterior da vagina: na parte anterior achava-se o collo do utero achatado contra os pubis e sem nenhum dos caracteres que costuma apresentar durante a prenhez. Percebia-se facilmente que havia um grande tumor entre o recto e o utero, mas a que este órgão era completamente extranho. Introduzindo o dedo no recto era facil perceber que o tumor estava tambem proeminente para este canal a 8 ou 9 centimetros de distancia do anus. Não me foi facil fazer logo diagnostico, só fiquei sabendo que havia um tumor contendo liquido, e podia abrir-se para a vagina ou para o peritoneo se não se procedesse a uma punecção pelo recto, por onde o tumor tambem tinha tendencia para se abrir.»

No dia 22 de novembro foi feita a «punecção do tumor pelo recto, com um trocarte grande, curvo e grosso, fazendo em seguida

uma injeção de agua tepida para dar sahida a coagulos sanguineos, que em pequena quantidade estavam nas canulas».

«Nos ultimos dias de novembro e durante o mez de dezembro, sahíu primeiro sangue coagulado, depois sangue alterado e por ultimo pus com cheiro fetido. O tumor foi diminuindo, a doente emmagrecendo, soffrendo accessos de febre, anorexia, etc.

De janeiro de 1869 até ao principio de março a quantidade de pus foi diminuindo, os accessos e fastio cedendo á quina, vinho do Porto e dieta restaurante, bem como a injeção de agua phenica e outros desinfectantes.

No meiado de março de 1869 a doente tornou a accusar dôres no hypogastro. que ha muito já tinham desaparecido; o tumor que estava na fossa iliaca direita, do volume de um punho e muito duro não dava signaes de inflammação.

No fim de tres para quatro dias de colicas uterinas, as mamas incharam e começaram a segregar leite.

Passados porém dias a enferma expelliu um osso comprido que parecia ser uma tibia de um feto de 4 para 5 mezes, depois dois humeres, e por fim um osso omoplata.

A abertura que fizera no recto, por onde sahíu pus, sangue e pus, obliterou-se pouco depois, mas ainda se sentia na fossa iliaca um tumor com dureza ossea e da grandeza de uma grande laranja.

No dia 14 d'abril appareceu a menstruação que veio depois regularmente no meiado dos mezes de maio, junho, julho e agosto ».

*

* *

NOTA:— As considerações feitas pelo Dr. Theotonio da Silva na Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa em que apresentou a sua comunicação (13 de janeiro de 1872), e a discussão sobre este caso, que teve logar na sessão da mesma Sociedade de 2 de março de 1872, são muito interessantes, por nos elucidarem sobre o estado dos conhecimentos d'aquella epocha a este respeito.

(V. *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa*, 1872, pag. 76, 87 e 134).

Observação VIII

(DR. JULIO FRANCHINI -- 1880)

Gravidez extra-uterina: comunicação do kysto fetal com o utero
e com a bexiga

(Publicada em 1887 na *Revista de Medicina e Cirurgia*)

«Em 21 de novembro de 1882 apresentou-se á consulta externa d'este hospital ⁽¹⁾ Maria da Silva, de 37 annos, solteira, natural de Passos de Brandão. A violenta commoção moral que a dominava e a intensidade de soffrimentos physicos, que se lhe tinham exacerbado durante a viagem, impossibilitavam esta desgraçada de satisfazer cabalmente ás perguntas que lhe eram dirigidas, e muito mais de fazer uma exposição embora succinta dos seus padecimentos actuaes e pregressos. Amparada por duas mulheres e quasi sem poder caminhar, limitou-se a dizer que sentia dores violentas no baixo ventre, que uma necessidade constante de urinar a torturava, e que todas as vezes que procurava satisfazer essa necessidade as dores augmentavam extraordinariamente, conseguindo apenas expellir algumas gottas de urina, muitas vezes ensanguentada; finalmente, que durante a viagem e após exforços consideraveis conseguira expellir um corpo extranho, que me entregou, e que verifiquei ser um fragmento osseo de um centimetro de comprimento, ligeiramente curvo e incrustado em parte de saes calcareos.

Na impossibilidade de fazer um exame minucioso, que o estado actual contraindicava formalmente, limitei-me a preencher as indicações symptomaticas de maior urgencia, combatendo o erethismo geral do systema nervoso e a violencia das cystalgias, pelo brometo de potassio, hydrato de chloral, clysteres e cataplasmas laudanizadas. Como alimentos, leite e caldo alternadamente de tres em tres horas. Todas estas prescripções foram feitas com a ordem expressa de não perturbar o somno da doente, em qualquer occasião que elle se manifestasse.

(1) *Hospital de Santo Antonio.*

A doente foi immediatamente removida para a enfermaria n.º 11 de cirurgia.

No fim de dois dias os soffrimentos tinham-se attenuado sensivelmente debaixo da influencia do descanso e da medicação instituida, e julgamos a doente em estado de poder relatar-nos circumstanciadamente os seus padecimentos e submeter-se a um exame tanto quanto possivel completo.

Eis o que podemos colher relativamente á historia da doença.

Ha perto de dois annos que tiveram origem os actuaes padecimentos. Tendo sido até então regularmente menstruada, notou pela primeira vez a suspensão dos menstros durante trez mezes consecutivos, sem que esta suspensão fosse acompanhada da mais ligeira indisposição.

Reputou-se grávida e, como gozasse d'uma saúde perfeita, continuou no exercicio das suas occupações habitaes, até que um dia, nas proximidades da quarta epocha menstrual a contar da primeira falta, trabalhando á beira d'um fosso n'um campo visinho cahiu da altura de dois metros approximadamente, supportando o membro inferior esquerdo toda a violencia do choque, em virtude da disposição inclinada do terreno.

Imediatamente sentiu na região hypogastrica, um pouco acima do pubis e á esquerda da linha media, uma dor violenta e lancinante, que por instantes dominou todas as outras provenientes das numerosas contusões que recebera na queda.

Passados os primeiros momentos de commoção e attenuada a intensidade da dor, conseguiu levantar-se e dirigir-se a custo para casa, onde poucas horas depois foi accommettida de hemorragias copiosas, acompanhadas de dores lombares e hypogastricas intermittentes, seguidas da expulsão de coagulos volumosos e abundantes.

Estes symptomas persistiram durante dois dias, aggravando-se consideravelmente no decurso do terceiro e tomando uma feição nova. As dores tornaram-se continuas com exacerbações intensas e repetidas, irradiando-se para a região lombar e parte interna das coxas; toda a região hypogastrica, extremamente sensivel, não supportava a menor pressão, principalmente um pouco acima do pubis, á esquerda, precisamente na parte em que a doente dizia encontrar um tumor arredondado do volume d'uma laranja de grandes dimensões. Havia mais uma sensação de peso e tensão no perineo, tenesmo, micções frequentes e dolorosas. Estes symptomas

locaes eram acompanhados de nauseas, anorexia, calor, sede intensa, agitação e insomnia.

Esta serie de perturbações persistiu com igual intensidade durante alguns dias, declinando em seguida lentamente: as metro-rrhagias foram diminuindo pouco a pouco sendo depois substituidas por um corrimento sero-sanguineo semelhante a agua de lavar carne; as dores attenuaram-se parallelamente, persistindo como mais rebeldes as lombares e as que de principio se tinham manifestado ao nivel da tumefacção supra-pubica, accusada pela doente.

A micção e a defecação readquiriam quasi as condições normaes e o estado geral modificou-se favoravelmente. Em summa, no fim de dois mezes de soffrimento o organismo triumphara na lucta; mas a saude ficara profundamente abalada; um corrimento leucorrhoeico extremamente abundante e por vezes estriado de sangue se manifestou pouco tempo depois, acompanhado de dores hypogastricas, provocadas pela pressão e pela marcha. Uma repugnancia invencivel pelos alimentos e um profundo abatimento physico e moral collocaram esta desgraçada na quasi impossibilidade de se entregar a qualquer occupação. Este estado persistiu com ligeiras variantes durante cinco annos, no decorrer dos quaes se notaram importantes modificações nas funcções utero-ovaricas.

O fluxo menstrual que no estado de saude costumava correr abundante por espaço de tres a quatro dias, passou a ter apenas a duração d'um dia, em quantidade insignificante e ainda assim deixando por vezes de apparecer durante dois ou tres mezes consecutivos. Alem d'isso, nas epochas menstruaes augmentavam as dores espontaneas e provocadas na tumefacção supra-pubica, e as difficuldades na micção e defecação tornavam-se mais sensiveis, accentuando-se principalmente os symptomas de irritação vesical.

Foi n'uma d'estas exacerbações que, decorridos quatro annos, se manifestaram sem causa apreciavel novas e gravissimas complicações: as dores augmentaram extraordinariamente attingindo dentro em pouco um grau superior ás que se haviam manifestado, por occasião do primeiro ataque; ainda d'esta vez tiveram o seu maximo de intensidade na região hypogastrica, que augmentou sensivelmente de volume.

Assim decorreram alguns dias cujo numero a doente não póde precisar, e no fim dos quaes appareceu subitamente na urina uma quantidade consideravel de pus e sangue, seguida d'uma diminuição muito sensivel das dores. Nada podemes colher relativamente á me-

dicação instituída para combater estes accidentes, porque a doente não nos deu informações sufficientemente claras a esse respeito. Apenas se lembra que, passados os primeiros dias depois da evacuação de sangue e de pus pela urethra, a tumefacção supra-pública tinha quasi desaparecido. A purulencia das urinas e as hematurias tinham diminuido consideravelmente no fim de 20 a 30 dias, conservando-se todavia a urina muito turva e por vezes acompanhada da expulsão de fragmentos membranosos de cheiro fétido, que tornavam a micção difficil e dolorosa.

Estes symptomas persistiram ainda durante muitos mezes com frequentes alternativas, apresentando-se umas vezes as urinas quasi normaes, outras pelo contrario turvas e sanguinolentas. Um novo periodo de remissão se seguiu a estes accidentes graves. Durante tres annos approximadamente a doente recuperou novamente as precarias condições de saúde de que gozava anteriormente a este segundo ataque, com a unica differença de que, ás perturbações funcionaes do aparelho genital, que tinham subsistido depois do primeiro ataque, vieram juntar-se um conjunto de alterações organicas e funcionaes do aparelho urinario, que mais tarde deviam adquirir, como vamos ver, um valor importante, dominando a scena pathologica e dando-lhe uma feição especial. Foi effectivamente em maio de 1882, 6 mezes antes do dia em que a doente deu entrada no Hospital que os symptomas vesicaes tomaram um caracter mais grave e persistente. As dores augmentavam com os movimentos dos membros inferiores, condemnando a doente a um repouso forçado quasi permanente; as micções tornaram-se frequentissimas principalmente durante o dia, seguidas de hematurias e de dores violentas que só diminuiam á medida que a quantidade de urina ia augmentando no reservatorio urinario. Em summa, eram claramente os symptomas da presença de corpos extranhos na bexiga, mas de corpos extranhos que pela sua fórma ou asperezas provocavam uma irritação intensa e por vezes mesmo a retenção urinaria exigindo o catheterismo vesical.

Por muitas vezes a doente conseguiu expellir, á custa de grandes esforços e soffrimentos, pequenos fragmentos osseos encrustados de saes calcareos, semelhantes áquelle que expelliu durante a viagem. Mas o beneficio resultante d'estas eliminações parciaes era temporario, e os padecimentos continuaram a aggravar-se continuamente. Por ultimo começou a notar que ao levantar-se da cama, depois d'um decubito dorsal um pouco prolongado, uma certa quan-

tidade de urina era involuntariamente expellida pela vagina. Foi n'este estado deploravel que a doente resolveu dar entrada no Hospital de Santo Antonio, embora profundamente desanimada e sem esperanças de recuperar a saude.

A doença tinha chegado á sua ultima phase; completemos agora pelo exame clinico a historia d'este caso, tam digno de interesse a todos os respeitos.

Em primeiro lugar a palpação abdominal, exercida com todo o cuidado, apenas revelava uma ligeira sensibilidade em toda a região hypogastrica, principalmente sobre o pubis e na fossa iliaca esquerda; mas sem modificação sensível de volume, forma ou consistencia.

Em contraposição com estes symptomas quasi negativos, a exploração vesical fornece importantes elementos. O catheter introduzido na bexiga mostrava claramente a existencia de corpos extranhos multiplos, uns de pequenas dimensões e completamente moveis, outros pelo contrario de dimensões maiores, quasi immobilizados e provocando dores em partes oppostas da bexiga, pelo contacto do instrumento. Penetrando mais profundamente á esquerda o catheter dava a sensação d'um rebordo saliente d'uma duresa fibrosa, cuja forma e extensão não podemos apreciar. Passando sob esse rebordo encontrava-se a um centimetro de distancia uma parede resistente, para alem da qual toda a exploração era impossivel. Durante o catheterismo a doente accusava dores fortes, e uma necessidade constante de urinar; algumas gottas de sangue foram expellidas depois de retirado o catheter.

A exploração vaginal, feita em seguida, deu os seguintes resultados: o collo do utero, desviado na direcção do sacro, apresentava-se volumoso principalmente á custa do labio anterior, de consistencia fibrosa, e com algumas granulações pequenas dissimadas em volta do orificio externo largamente aberto.

No fundo de sacco vaginal anterior encontrava-se uma saliencia arredondada, formada pelo corpo do utero em ante-flexão evidente ao nivel do orificio interno. Procurando imprimir movimentos com os dedos ao corpo e ao collo do utero, reconhecemos que esses movimentos eram muito limitados e dolorosos. A mesma sensação era accusada pela doente ao nivel do fundo de sacco lateral esquerdo no trajecto d'um cordão fibroso, duro e resistente, rellacionado com o rebordo saliente, que tinhamos encontrado na cavidade vesical.

Pela exploração combinada verificamos facilmente a existência do desvio e d'um augmento consideravel de volume do utero, com os mesmos caracteres da dureza fibrosa que se tinham encontrado no collo.

Introduzindo em seguida o espéculo tornou-se bem patente o collo uterino, revelando-se claros os signaes da metrite chronica no periodo de transição: côr marmorea com placas de ischemia, ectropion do labio anterior, orificio externo entre-aberto com granulações violaceas e erosões superficiaes, corrimento muco-purulento, estriado de sangue. Mas o que principalmente attrahiu a nossa attenção foi a sahida d'um liquido aquoso e transparente, todas as vezes que se exercia uma certa pressão na região hypogastrica. Suspeitando d'uma comunicação entre a cavidade uterina e a bexiga introduzimos sem retirar o especulo, uma sonda na cavidade vesical pela qual injectamos com todas as precauções devidas 60 a 100 grammas d'agua á temperatura de 25 graus.

Immediatamente um jacto de liquido sahiu pelo orificio do collo, confirmando as nossas suspeitas. Havia uma comunicação entre o utero e a bexiga. Restava precisar-lhe a séde pelo catheterismo uterino: abtemo-nos de o praticar attendendo ao estado inflammatorio do apparelho genito-urinario e á importancia secundaria que, no momento actual, tinha para o tratamento essa particularidade do diagnostico. Em summa, a existencia d'uma comunicação entre a cavidade do utero e a da bexiga, a formação de calculos vesicaes tendo como nucleos os ossos d'um feto, e os dados fornecidos pela historia da doença, desde o seu começo, levaram-nos a assentar no seguinte diagnostico: gravidez extra-uterina tubo-intersticial do lado esquerdo, interrompida accidentalmente ao quarto mez, terminando pela ruptura do kisto na cavidade vesical e formação de fistula vesico-uterina.

Em face do diagnostico e sendo incontestavel a existencia dos ossos d'um feto na cavidade vesical, a primeira indicação a preencher surgia clara e positiva: a extracção dos corpos extranhos, logo que o estado da bexiga e permitisse. Conseguido este primeiro resultado seria necessario tentar a obliteração da fistula vesico-uterina, ou pelo menos attenuar-lhe tanto quanto possivel as deploraveis consequencias.

Dissemos que o estado da doente tinha melhorado sensivelmente no fim de dois dias; mas as contracções dolorosas que os instrumentos exploradores despertavam ainda no reservatorio urina-

rio, obrigaram-nos a addiar por algum tempo a intervenção operatoria, e a insistir no emprego dos meios destinados a combater a irritabilidade vesical e a melhorar a cystite chronica provocada pela presença de corpos extranhos. Alguns balsamicos foram empregados conjunctamente com a medicação calmante, e no fim de seis dias julgamos a doente em estado de submeter-se ao tratamento operatorio.

Na escolha do methodo a seguir não tivemos a menor hesitação, e a nossa opinião foi partilhada pelos collegas que assistiram á conferencia. Pondo de parte a cystotomia supra-pubica, que nenhuma consideração justificava no presente caso, e as talhas urethraes pelos inconvenientes e perigos a que expõem os doentes, restavam apenas a *extracção simples ou combinada com a lithotricia* e a *cystotomia vaginal*. Ora o volume do calculo formado pelos ossos d'um feto de pequenas dimensões (4 mezes) reduzidos quasi á substancia calcarea e encrustados de saes phosphaticos, d'uma fragmentação facil, e a possibilidade de extrahir os ossos compridos pelo simples emprego das pinças(sem grande traumatismo vesical nem dilatação extrema dos sphincters, pareceram-nos circumstancias favoraveis ao emprego da lithotricia, de preferencia á cystotomia vaginal. Mas, além d'estas considerações relativas aos calculos e de per si só sufficientes para indicar a lithotricia, havia factos d'outra ordem que militavam no mesmo sentido. Effectivamente existindo uma cavidade kistica em communicação com a bexiga, e não podendo haver a certeza de que o conteúdo d'essa cavidade tivesse sido já totalmente evacuado no reservatorio urinario, era perfeitamente admissivel a eventualidade de apparecerem novos calculos, algum tempo depois de praticada a operação.

E' certo que poderiamos para evitar esse inconveniente tentar evacuar ao mesmo tempo a bexiga e a cavidade kistica; mas a exploração previamente feita não havia dado esclarecimentos sufficientes relativamente a fórma, dimensões e posição d'essa cavidade anormal, e portanto corriamos o risco de não a poder attingir com os instrumentos evacuadores, e de contundir violentamente os labios da ferida nas manobras de extracção. Este inconveniente era tanto mais para receiar que a anteflexão do utero e sua fixação por adherencias anteriores, não permittiam uma abertura superior a dois centimetros, atravez da qual as manobras seriam extremamente difficeis, augmentando assim as probabilidades d'uma fistula permanente, circumstancia verdadeiramente desastrosa n'uma doente portadora já d'uma fistula vesico-uterina.

Resolvida a operação sem o emprego de chloroformio, e tendo sido preparada a doente pela introdução successiva de sondas flexíveis até ao n.º 30 da fieira de Charrière (um centimetro de diametro) procedemos a uma ultima exploração para avaliar aproximadamente o volume, fôrma e posição dos ossos mais volumosos e julgar da possibilidade da extracção simples para algum d'elles. Em seguida introduzindo pela urethra uma simples pinça de curativo, e guiando, com o indicador da mão esquerda introduzido na vagina, os movimentos do instrumento na apreensão do calculo conseguimos extrahir com facilidade dois ossos compridos, deformados pelas incrustações calcareas, mas que, sem duvida, pertenciam aos membros do feto. Fazendo em seguida novas tentativas de extracção nada mais podêmos conseguir: os ossos restantes ou eram demasiadamente largos para atravessarem inteiros o canal urethral ou não podiam ser apprehendidos na direcção conveniente; era portanto necessario recorrer á lithotricia.

N'essa occasião não possuia ainda o Hospital de Santo Antonio os magnificos instrumentos de lithotricia e evacuação (Reliquet e Begelow) que hoje possui. Tinhamos apenas á nossa disposição o instrumento de percussão de Heurteloup. Era portanto necessario renunciar á pratica rigorosa da lithotricia rapida; podiamos quando muito approximar-nos do principio fundamental do methodo, trituando e evacuando o mais possivel, de fôrma a attenuar a irritação provocada pela permanencia de fragmentos angulosos na cavidade vesical. Igualmente tinhamos de prescindir da injectão vesical, destinada a facilitar as manobras operatorias e diminuir os attritos, porque o liquido injectado era immediatamente evacuado pela fistulo vesico-uterina. A este inconveniente podiamos obviar applicando uma pinça de Teneson sobre o collo uterino e assim obliterar momentaneamente este orificio; mas a injectão praticada n'estas condições distendia simultaneamente a bexiga, o utero e a cavidade kistica.

Ora, pelo que respeita ao utero todos sabem os inconvenientes e perigos que resultam da accumulção d'um liquido dentro da cavidade debaixo d'uma certa pressão, e o principio fundamental que domina a technica das injectões intra-uterinas para evitar esses perigos. Quanto á cavidade kistica não possuamos nenhuma garantia segura da resistencia sufficiente das paredes em todos os seus pontos, sendo portanto para receiar uma ruptura de consequencias funestas.

Além d'isso seria difficil conter o liquido injectado na bexiga, attendendo a que o diametro do lithotridor era sensivelmente inferior a um centimetro, diametro da dilatação maxima a que tinhamos levado a urethra pela dilatação preparatoria.

Por todas estas considerações preferimos fazer a lithotricia a secco. A trituração foi feita cautelosamente pela simples pressão da mão; em alguns ossos tivemos de empregar uma força bastante consideravel; mas na maior parte dos fragmentos a operação correu sem grande difficuldade e foi levada tão longe quanto possivel com o instrumento imperfeito que possuimos. Cinco ou seis injectões abundantes foram praticadas logo depois de retirados os instrumentos, e assim conseguimos evacuar a maior parte das particulas calculosas.

Alguns fragmentos mais volumosos, que se encostavam ao collo da bexiga, foram extrahidos pelas pinças. Em todas estas manobras procuramos reduzir ao minimo o traumatismo operatorio. A sessão durou meia hora e foi regularmente tolerada pela doente. Na tarde d'esse dia o thermometro marcava 38°,1. Por duas vezes nas primeiras vinte e quatro horas tive de extrahir com as pinças pequenos fragmentos retidos na urethra após as micções, que eram um pouco difficeis e dolorosas.

Passados dois dias verifiquei pela catheterismo a presença d'um pequeno fragmento que consegui extrahir sem difficuldade. A bexiga parecia completamente livre da presença de calculos; mas attendendo ao numero de fragmentos extrahidos era de suppôr que uma parte ainda importante do esqueleto estivesse contida no interior da cavidade kystica.

Praticando n'esta occasião o catheterismo uterino verifiquei que o hystermometro marcava 11 centimetros e que se movia facilmente no interior da cavidade augmentada de volume.

Não podemos encontrar o orificio de communicação, talvez em virtude da anteflexão uterina, que tornava inacessivel ao instrumento uma parte da parede anterior. A fistula conservava-se perfeitamente permeavel; a urina continuava a sahir pela vagina e os liquidos injectados pela bexiga refluiam largamente pelo collo uterino.

Assim decorreram sete dias no fim dos quaes começaram de novo a manifestar-se os symptomas da presença de corpos estranhos na bexiga, o que foi confirmado pela exploração vesical.

Em 7 de dezembro teve logar a 2.^a sessão de lithotricia. Como

da primeira vez a trituração foi levada o mais longe possível e alguns fragmentos foram simplesmente extrahidos pelas pinças.

As consequencias foram igualmente favoraveis, havendo apenas uma ligeira hematuria e uma temperatura de 38o,3 á tarde.

Prescrevemos um diuretico ligeiro, o decocto de gramma e fragaria com duas grammas de nitro: clyster e cataplasmas laudanisadas.

Nos dias seguintes foram practicadas algumas irrigações vesicaes com agua previamente fervida, tendo em dissolução uma pequena quantidade d'acido phenico, $\frac{1}{2}$ por cento. Alguns pequenos ossos foram ainda extrahidos.

Durante dez dias depois d'esta segunda operação a bexiga conserva-se livre; em seguida appareceram novamente ossos fetaes na bexiga, e em 20 de dezembro terceira operação foi practicada, sendo porém muito menor o numero dos fragmentos extrahidos. Consequencias operatorios as mesmas

No dia 14 de janeiro foi pela quarta vez introduzido o lithotridor para fragmentar dois ou tres ossos totalmente incrustados e volumosos. Como nas operações anteriores alguns ossos de pequenas dimensões foram n'esta sessão simplesmente extrahidos pelas pinças ou evacuados pelas injeções.

Foi esta a ultima vez que tivemos de recorrer á lithotricia; durante 15 a 20 dias ainda alguns ossos appareceram e foram espontaneamente eliminados ou extrahidos com facilidade. Ao mesmo tempo a doente começou a notar que a quantidade de urina expellida pela vagina ia progressivamente diminuindo, augmentando pelo contrario a abundancia das micções.

No dia 8 de fevereiro participou-nos contentissima que havia já dois dias que nenhuma urina sahia pela vagina, mesmo ao levantar-se da cama, occasião em que o jacto costumava ser largo e abundante.

Surprehendeu-nos esta declaração, e, sem grande confiança em que a obliteração tivesse sido definitiva, inclinamo-nos a suppôr que algum fragmento osseo ou membranoso que ainda restasse se tivesse encostado ao orificio sensivelmente retrahido produzindo assim uma cura apparente e transitoria.

Ainda assim, admittindo a possibilidade d'um começo de trabalho cicatricial, recommendamos á doente que se conservasse no maximo repouso possível e que não deixasse accumular na bexiga grande quantidade de urina. A's enfermeiras de serviço foi orde-

nado que durante a noite acordassem a doente de 4 em 4 horas para urinar. Passados oito dias durante os quaes não houve o menor indicio de sahida da urina pela vagina, julgamos opportuno verificar pelas injeccões intra-vesicaes o estado de permeabilidade da fistula.

Por muitas vezes em dias successivos as injeccões foram praticadas com abundancia collocando a doente em posições diversas: os resultados foram absolutamente confirmativos: nem uma gotta do liquido refluia pelo collo do utero amplamente descoberto pelo especulo.

Duvidando ainda da obliteração definitiva insistimos com a doente para que se conservasse em observação por mais algum tempo.

Recusou-se a isso formalmente dizendo que se julgava curada, e que voltaria se os incommodos apparecessem novamente.

Em face da recusa forçoso foi dar-lhe alta em 24 de fevereiro. A doente sahiu caminhando sem difficuldade e nas melhores disposições de espirito; frisantissimo contraste com o estado deploravel em que tres mezes antes havia entrado n'este hospital.

Observação IX

(PROF. AZEVEDO MAIA - 1891)

Gravidez extra-uterina complicada com gravidez normal

(Publicada em 1891 na these de Carvalho Beirão)

«F., casada, 37 annos, natural de Nantes, residente na Guarda. Antecedentes hereditarios sem importancia.

Menstruada normalmente aos 14 annos. Casada aos 16.

Aos 18, aborto de tres mezes.

Decorrido um anno, uma filha que vive e tem boa saude.

Dois annos depois, uma creança do sexo masculino, hydrocephalica e morta aos dois mezes. Passados alguns mezes, outro aborto de tres mezes.

Após um anno, creança masculina que teve convulsões durante a primeira dentição, mas vive e é bem constituída. Dois annos depois, uma menina que já tinha um dente aos tres mezes e morreu

aos cinco de bronchite capillar. Decorre em seguida um lapso de cinco annos, durante os quaes os mezes, comquanto periodicos, são precedidos de dôres pelvicas e de fortes dôres na região epigastrica. Ao fim d'este periodo F. tem uma falta da qual infero achar-se grávida, mas parece que alguma coisa de inexplicavel e insolito sente em si desde logo: sente um grande peso ao fundo do ventre, e emite com grande e crescente frequencia pequenas quantidades de urina muito carregada.

Ao cumprir tres mezes de amenorrheia, sente repentinamente uma fortissima dôr ao fundo do ventre, acompanhada de lipothimia, suor frio, collapso, tumefacção no hypogastrico e impossibilidade de realisar o menor movimento durante muitas horas.

O seu medico assistente, chamado attribuiu tudo a colicas intestinaes e applicou banhos geraes muito quentes, unções de pomada hydrargiro-belladona, purgantes e narcoticos.

Decorrido mais d'um mez começou a ensaiar os primeiros passos que, aliás, lhe provocavam ainda dôres abdominaes, as quaes continuaram ainda mesmo depois que sentiu de modo inequivoco movimentos do feto, o que succeden dos cinco para os seis mezes. O seu medico só ficou inteirado da realidade dos movimentos fetaes depois de completado o 7.º mez.

Do 7.º para o 8.º mez, novo ataque subito de dôres abdominaes com enorme distensão do abdomen, vomitos, suor frio e estado syncopal.

Reduziu-se novamente a uma completa immobildade no leito, usando de calmantes *intus et extra*. O volume do ventre foi-se reduzindo, abatendo as dôres e logo após de cumprido o 8.º mez de gravidez, deixou de sentir os movimentos do feto.

Entre o 8.º e 9.º mez, mais proximo porém do termo da gravidez, quando o ventre readquirira em grande parte a sua flacidez, a paciente começou a sentir um volume irregular dentro do ventre, no qual lhe parecia distinguir partes certas d'um feto, como a cabeça, espaldas, membros inferiores, etc., occupando de resto posições tão varias no ventre, que se diria inteiramente livre ou fluctuante lá. Diz a paciente que tudo isto foi observado pelo seu medico assistente. Uma vez sentia a cabeça do feto nos hypochondrios, outras vezes nas regiões ilio-lombares, etc.

Logo depois de cumpridos os 9 mezes de gravidez, teve uma hemorrhagia utero-vaginal abundante, com sahida de fragmentos membranosos, pedaços de caduca provavelmente, e dôres ao fundo

do ventre que, no dizer da doente, não se pareciam com as dores do parto, já suas conhecidas; depois a sua menstruação voltou periodicamente. As dores do ventre, resultantes da presença d'um feto muito movel, foram lentamente diminuindo, até que, ao fim de 4 para 5 annos, quasi a não estorvavam; todavia não houve momento algum, em que n'uma ou outra attitude não pudesse identificar dentro do ventre alguma parte do feto, que na attitude vertical por vezes estava, ao parecer, absolutamente confinado á cavidade pelvica.

Ha 6 mezes, nova suspensão de menstruação. Pouco a pouco o antigo feto, que parecia sepultado na cavidade pelvica, foi subindo no ventre e ocasionando-lhe dores por vezes intoleraveis, a tal ponto que por meados de janeiro resolveu procurar allivio, senão cura, aos seus grandes males, dirigindo-se ao Porto e consultando-me.

Um exame attento constatou o seguinte:

1.º — A presença d'um feto dentro da cavidade peritoneal, livre e movel, no qual se percebem soffrivelmente, atravez da parede abdominal muito adelgada, ossos do craneo com endentações muito duras.

2.º — Existencia de uma gravidez uterina de 5 para 6 mezes.

A' direita do utero gravido, completamente independente do feto intra-peritoneal apalpa-se uma massa dura e bastante sensivel á pressão.

Operação a 18 de janeiro de 1891.

Depois de anestesiada a paciente, evacuada de urina a bexiga e feita a toilette habitual na região operatoria, fiz uma incisão de cerca de um decimetro entre o umbigo e o appendice xyphoideo na linha media (a cabeça do feto estava n'este momento logo por baixo do figado). A parede abdominal era em extremo delgada, mais vascular porém que o costume e o revestimento peritoneal, de côr normal na sua superficie livre, espesso e avelludado na secção.

Completa a abertura, apresentou-se desde logo á vista o epiplon em extremo vascularizado. A mão direita introduzida atravez da ferida, ao mesmo tempo que mostrou ligações assás intimas entre o feto e o epiplon, foi gradualmente descolando este, o que occasionou uma hemorragia não tão pouco importante que não reclamasse algumas ligaduras a catgut, que foram abandonadas dentro do ventre. O epiplon teimava em apresentar-se á abertura abdominal e foi necessario repellil-o com algumas esponjas chatas. En-

tão appareceu a superficie do feto, ao parecer coberto d'uma espessa camada de verniz. Houve alguma difficuldade em trazer a cabeça do feto á abertura abdominal; conseguindo isto porém, fortes pressões lateraes sobre a parede abdominal fizeram-na saltar fóra e o feto completo appareceu nas mãos do meu ajudante, o snr. Agostinho de Souza. Foram em seguida retiradas as esponjas chatas e, antes de lançar a esponja para a collocação dos pontos de sutura, introduzi novamente a mão com o fim de explorar a massa á direita do utero, verificando que se achava na fossa iliaca interna e penetrava na pequena bacia do mesmo lado.

Não me ficou duvida ácerca da origem placentar de tal volume.

Seis pontos de sutura profunda, e quatro superficiaes a crina de Florença fecharam a parede abdominal. Nada de drenagem.

Curativo antiseptico habitual e contensão do ventre por uma faixa de flanela.

Em tudo foram gastos 33 minutos.

Foram auxiliares os snrs. Vaz Pereira (ao chloroformio), Beirão, Perry Sampaio e Carlos Lima.

Consequencias operatorias excellentes, conservando-se a temperatura sempre abaixo de 37°.5.

Ao 5.º dia a operada começou a tomar algum alimento solido; ao 9.º foram levantados os fios de sutura, e ao 11.º a operada sentava-se no leito, levantando-se ao 12.º.»

«P. S.—A 30 de abril do mesmo anno, a paciente deu á luz com a maxima felicidade, uma creança do sexo feminino, robusta.»

*

* *

«NOTA:—No feto não se descobre o menor vestigio de cordão umbilical; todavia é tão notavel a sua frescura e conservação que o exame dos órgãos genitales externos denuncia desde logo o sexo feminino.

A cabeça está em flexão forçada sobre o thorax, e este chega á bacia, graças a uma syphose muito accentuada. Membros superiores cruzados sobre a parte mais declive do tronco, e membros inferiores em flexão extrema de pé sobre a perna, d'esta sobre a coxa e d'esta sobre a bacia. O craneo achatado lateralmente, sobresahindo as dentações dos coroneas e parietaes—sobre o thorax ha uma zona de 5 centímetros de diametro em que as costellas estão á vista.»

Observação X

PROF. AZEVEDO MAIA — 1891)

Gravidez tubo-ovarica

(Publicada em 1891 na these de Carvalho Beirão)

«No dia 6 de março de 1891 fui chamado a Villa Nova de Gaya, para soccorrer F., 30 annos, casada ha 8 para 9 annos, tendo um filho robusto de 12 mezes, o primeiro.

Padeceu sempre de dôres menstruaes, previas especialmente.

Não foi, como esperava, menstruada em meados de fevereiro; porém de 28 d'este mez para 1 de março, começou-lhe um leve corrimento vaginal sanguineo que continuava indeciso á minha visita e acompanhado d'algumas dôres no fundo do ventre, lombares especialmente, cephalalgia, arrepios frequentes e uma certa tendencia para vertigens.

De 5 para 6 de março, após uma excitação por motivos domesticos, sentiu uma dôr repentina no baixo ventre, esvaimento de cabeça, xanthopia, tenesmo vesical e rectal. Em breve a dôr irradiava por todo o ventre. Recolheu-se immediatamente ao leito, onde se achava por occasião da minha primeira visita, ás 3 horas da tarde.

Um rapido toque vaginal mostrou-me que o colo estava molle e bastante aberto; mas não pude identificar o corpo do utero, porque a sensibilidade do ventre era tal que a doente se queixava em extremo á menor pressão.

A' minha discipula, snr.^a D. Maria Paes Moreira, que estava presente, communiquei desde logo a minha impressão: ou aborto ou hemorragia interna por gravidez extra-uterina. Como nada havia já de alarmante, limitei-me a aconselhar repouso e applicações calmantes.

No dia immediato, á noite, é a minha presença novamente reclamada, mas com urgencia, junto da doente. A doente comeu um pouco de peixe ao jantar, e duas horas depois sentira-se muito mal: dôr repentina no ventre, desfallecimento, suor frio, vomitos, pallidez livida.

A doente não consente a mais insignificante apalpação do ventre que está abaulado e tympanico. Comquanto não me parecesse um simples caso de indigestão, como era convicção da familia, formulei capsulas d'oleo de ricino e insisti nas applicações calmantes.

No dia 8, domingo, novo ataque subito, mas d'esta vez a doente cahiu em profundo collapsio: ao voltar a si, queixou-se de dôr intoleravel no ventre. Novamente chamado á noite, deparou-se-me a doente livida, fallando a muito custo, accusando intoleraveis dôres no ventre e um tympanismo extremamente incommodo.

O ventre crescia consideravelmente. Não podia realizar o menor movimento.

Ainda que já capacitado da existencia d'uma hemorragia peritoneal, que se repetia pela 3.^a vez, resolvi fazer um exame physico a fundo. Auctorisado pela doente e familia administrei algumas gottas de chloroformio á doente, conseguindo em poucos minutos um grau sufficiente de resolução muscular — constatando: utero manifestamente vasio e fundos de saco vaginaes tensos, mas uniformemente. A exploração do ventre revelou-me provas inequivocas de grande quantidade de liquido solto na cavidade peritoneal.

Diagnosticio: hematocele intra-peritoneal, resultante da ruptura d'uma gravidez provavelmente tubar.

Formada a minha opinião sobre o caso, notifiquei á familia da doente que urgia abrir o ventre com o duplo fim de dar saida ao sangue já extravasado e prevenir o extravasamento de mais, pois quasi com certeza a doente não resistia a 4.^o ataque.

Devidamente auctorisado, mas conscio da responsabilidade que assumia, tratei de tudo aprestar para a laparotomia no dia immediato, certo de que não procedia com precipitação.

9 de março.

Ajudante: *Agostinho de Souza*.

Choroformio: *A. de Medeiros*.

Auxiliares: *D. Maria Paes Moreira*. — *F. Beirão*. — *Perry Sampaio*.

Anesthesiada a doente no seu leito, foi transportada para o quarto operatorio onde foi evacuada a bexiga e feita uma cuidadosa toilette ao ventre. O recinto achava-se entre 25° e 30° centigrados. Incisão de 8 centimetros. Uma vez sobre o peritoneo impressionou-me a côr negra d'esta serosa e lembrei-me d'uma abertura abdominal feita 2 annos antes no Hospital de Santo Antonio em que essa côr era devida a adherencias com uma ansa intestinal, de sorte que d'um pequeno golpe de bisturi resultou a saida de fezes; em poucos segundos porém capacitei-me de que no caso presente não se dava tal adherencia; portanto incisei o peritoneo, saindo *in con-*

tinente um intenso jorro de sangue negro. Prolongada a incisão peritoneal a todo o comprimento da abertura cutanea, o sangue extravasado na cavidade peritoneal saia em borbotões, graças a pressões methodicas sobre a parede. Dir-se-hia inexaurível semelhante deposito de sangue, o que me fez pensar que o mais rapido e seguro era dirigir-me á presumida causa da hemorrhagia.

Assim introduzi dois dedos da mão esquerda atravez da abertura abdominal que, explorando rapidamente o interior da bacia, trouxeram ao exterior a trompa direita em cujo pavilhão encontraram alguma coisa de anormal.

O pavilhão da trompa offercia um desenvolvimento consideravel, com grande augmento de espessura, adherindo ao ovario. Esta massa offercia uma ruptura atravez da qual passava a corrente vermelha da vida.

Uma forte ligadura foi lançada no ligamento largo, fazendo em seguida a secção a thermo-cauterio da trompa e ovario, resultando uma hemostase immediata.

Os annexos do lado esquerdo manifestamente alterados, foram egualmente extirpados.

Fiz em seguida com a mão direita a extracção d'enorme quantidade de coalhos pretos, molles, alastrados entre as ansas intestinaes tanto nas regiões declives do ventre como nos hypochondrios.

Era superior a 4 litros o volume do sangue e coalhos extravasados na cavidade peritoneal, e estes eram tão molles que só uma abundantíssima irrigação peritoneal a 40º, prolongada por mais d'um quarto d'hora lhes fez justiça.

Depois fiz a sutura da parede abdominal com 5 pontos profundos a seda, e 4 superficiaes a crina de Florença, sem drenagem.

A temperatura immediatamente antes da operação era de 37º,4. Pulso 110. Immediatamente depois do acto operatorio que durara 50 minutos. a temperatura era 36º,3 e o pulso 100. Chloroformio dispendido 35 gr.

A operada recuperou rapidamente os sentidos sem auxilio de estimulantes, continuando em estado inteiramente satisfactorio, sem a menor elevação anormal da temperatura até ao dia 14 em que a auctorisei a tomar algum alimento solido, leve, que todavia a doente não ingeriu por motivo d'algum tympanismo que começou a sentir no ventre pela tarde d'este dia.

No dia 15 pelas 3 horas da madrugada, chamado junto da ope-

rada, deparou-se-me esta com a face manifestamente decomposta, temperatura a 36º, pulso 120, amplo mas sem tensão, vomitos, suor frio e grandes dores ao fundo do ventre.

Assaltou-me immediatamente o espirito a ideia de nova hemorrhagia interna em virtude de alguma das ligaduras perdidas, que resvalasse ou cortasse os tecidos que estrangulara, ou talvez mesmo procedente d'algun ramo da arteria uterina, que não fôra ligada por parecer desnecessario; mas deteve-me 1.º a consideração de que a doente não sobreviveria a nova anesthesia. 2.º a lembrança de que poderia tratar-se d'uma occlusão ou mesmo sómente paralyisia intestinal, visto como havia mais de 24 horas não se dera saída de gazes intestinaes.

Tratei portanto de fazer actuar os intestinos, gastando-se todo o dia de domingo em diligencias baldadas para isso, e ainda a maior parte de segunda-feira 16 de março, em que só pela noite houve dejecções alvinas abundantes, que continuaram no dia seguinte.

Na segunda-feira a temperatura começara a elevar-se, attin- gindo 38º, pulso 130. Na terça-feira entre 38º e 39º e pulso já difficilmente contavel, vomito incoercivel, verde, dôres abdominaes intoleraveis que zombavam de todos os analgesicos, *facies abdominalis*. Este estado foi agravando e a doente fallecia a 13 de março, pelas 11 horas da noite. Não foi feito exame cadaverico.

Do que precede conclue-se, que do 4.º para o 5.º dia após a operação houve provavelmente nova hemorrhagia interna, e em seguida uma peritonite que foi a causa da morte da doente.

Esta peritonite não foi consequencia directa do acto operativo, pois se o fôra forçosamente teria apparecido muito antes.»

*

* *

«NOTA: — O augmento de espessura do pavilhão da trompa é devido á placenta, cujas villosidades penetram a parede do mesmo pavilhão.

A placenta adheria ao ovario direito, de sorte que o caso deve reputar-se de gravidez ectopica tubo-ovarica.

Do embryão, certamente de tamanho minimo, pois que não teria mais de um mez, não appareceram vest'igios: perder-se-hia com os coalhos ou teria sido já digerido e absorvido pelo peritoneo.

A trompa do lado esquerdo estava obliterada na sua extremidade abdominal, com inflexão das pregas do pavilhão e o ovario respectivo affectado de degeneração micro-kystica.»

Observação XI

Gravidez tubo-abdominal

(Extrahida da these de Armando da Cunha Azevedo — 1894)

F., de 24 annos de idade, costureira, natural de Braga, e moradora no Porto, entrou para a enfermaria de partos do Hospital de Santo Antonio, no dia 27 de dezembro de 1893, á tarde.

Poucos dias antes, teve abundantes metrorrhagias, pelo que recolheu ao hospital, necessitando para isso de se fazer transportar em carro.

Dos antecedentes hereditarios nada se averiguou. Tivera uma filha que morreu aos 5 mezes de idade.

No dia da sua entrada para o hospital a parteira fazendo o toque não reconheceu signaes de parto proximo. Durante os seis dias seguintes nada offereceu que chamasse a attenção, comendo com appetite. Ao cabo d'esses dias pediu levante, mas no dia seguinte quando se dispunha a sahir do hospital, sentiu uma forte dôr no abdomen que a obrigou a recolher-se á cama, onde a enfermeira a foi já encontrar queixando-se de muito frio e arripios.

Nos 3 dias seguintes, durante os quaes o appetite diminuiua, guardou o leito.

Já melhor, e no dia 6 de janeiro em que tencionava retirar-se, na occasião de levantar-se para obrar, cahiu sem sentidos, sendo preciso que as enfermeiras a mettessem na cama, onde lhe foi dado leite quente, que ella bebeu já difficilmente.

Teve algumas evacuações involuntarias, e morreu uma hora depois. A autopsia foi feita no dia seguinte pelo mallogrado Professor Clemente Pinto, então alumno do 5.^o anno medico.

Aberta a cavidade abdominal, d'ella correu logo uma porção de sangue que se calculou um litro e meio a dois litros.

No pavilhão da trompa direita havia um kysto que se suppoz ser um hemato-salpinge. Feita a amputação dos órgãos genitales ao nivel da inserção do collo do utero com a vagina, observou-se que do pretendido hemato-salpinge sahia um cordão á extremidade do qual se achava preso um feto fluctuando já na cavidade abdominal.

O kysto fetal apresentava uma placenta que se via pela abertura atravez da qual havia sahido o feto que aparentava ter 3 mezes

a 3 mezes e meio. Além d'isso havia a notar que o utero estava augmentado de volume.

(A observação de que fazemos este extracto é acompanhada d'uma phototypia).

Observação XII

(DR. BORDALLO PINHEIRO — 1897)

Prenhez tubaria esquerda

(Publicada na these do snr. Mattos Continho, em 1887)

F., de 36 annos, natural de Lisboa, casada e de emprego domestico, entrou para o Hospital Estephania no dia 22 de abril de 1897.

«*Antecedentes hereditarios.* — O pae morreu em S. Thomé (Africa) na idade de 31 annos, não sabendo com que doença; a mãe morreu aos 54 annos d'uma lesão cardiaca. A mãe teve seis filhos, sendo os partos normaes. Tres dos irmãos morreram em creança; os dois vivos gosam boa saude. A irmã que tem, nunca teve filhos.

«*Antecedentes pessoais.* — E' vaccinada, teve sarampo em creança. Desde que começou a ter filhos que se queixa do figado e especialmente desde que teve o segundo. Esta doente teve nove abortos e oito partos de termo.

O primeiro de termo, aos 21 annos; cinco dias depois do parto teve uma peritonite. O segundo de termo, aos 22 annos e meio; não houve complicações. Foi n'esta data que começou a padecer do figado, pondo, por conselho do seu medico assistente, tres vesicatorios na região hepatica. Ha dois annos teve o ultimo ataque de figado, que curou com pinturas de tintura d'iodo n'aquella região, tomando tambem internamente remedios de que se não recorda.

Dos 22 annos e meio aos 26 teve sete abortos, ficando bem de todos elles. Teve o terceiro parto normal aos 26 annos, correndo tudo muito bem. Aos 27 annos teve outro filho de termo; parto bom. Dos 27 aos 32 annos teve dois abortos, ficando bem depois d'elles. Em cada um dos quatro annos seguintes teve um filho de termo, e sem complicações posteriores.

Historia da doença actual. — Diz que foi menstruada pela ultima vez no dia 11 de novembro de 1896, extranhando a pouca abundancia do menstruo. Logo a seguir teve enjôos acompanhados do mau estar geral que costumava ter quando estava gravida.

No dia 22 de janeiro de 1897, de manhã, sentiu uma dôr muito grande em toda a fossa iliaca esquerda, e foi tal a intensidade d'ella que perdeu os sentidos por algum tempo. Quando os recuperou começou com agonias e vomitos, que se prolongaram até á noite d'esse dia, mandando então chamar um medico, que filiou estes symptomas n'uma congestão no utero e ovarios, segundo diz a doente.

No dia seguinte, 23 de janeiro, depois de poucas e pequenas contracções uterinas, deitou pela vulva uma pellesinha fina, com a fôrma d'um pequeno sacco, e juntamente algum sangue.

Depois d'isto, veio-lhe um forte ataque de febre, muitas agonias, e vomitos continuos, que a impediam de mecher a cabeça, chegando mesmo a perder a falla e a vista.

Assim passou os dias 24, 25 e 26, começando a melhorar no dia 27. A 11 de fevereiro o medico que a tratava disse-lhe que tinha tido uma peritonite, de que já estava quasi curada, sendo n'esta data que a doente, palpando o ventre, sentiu um pequeno tumor, um pouco mais acima do ponto onde tivera a dôr.

Este tumor foi crescendo gradualmente para cima e para traz; fez-lhe varios tratamentos sem que conseguisse impedir-lhe o crescimento. A 22 de abril de 1897 o seu medico assistente disse-lhe que tinha um tumor, de que precisava ser operada, e aconselhou-a a que desse entrada no hospital. Diz que, desde a sua entrada n'esta enfermaria, sente movimentos que lhe parece terem a sua sêde dentro do tumor.

Observação. — A doente é de constituição regular e temperamento mixto. Apresenta, quer de pé, quer em qualquer dos decubitos, o abdomen um pouco volumoso á esquerda da linha média.

Pela palpação percebemos que ha um tumor irregular, duro, occupando quasi toda a fossa iliaca esquerda e prolongando-se até ao rebordo das falsas costellas; caminhando para a linha média e um pouco para a direita percebe-se um outro tumor, mais pequeno, regular, que parece ser o utero empurrado pelo primeiro tumor.

A percussão dá-nos som massigo em toda a fossa iliaca esquerda, até ao rebordo das falsas costellas, e n'uma linha partindo d'estas até dois dedos acima do umbigo, e d'ahi para baixo até ao pubis. O toque dá-nos a sensação de que o collo do utero está um

pouco amolecido. O seu orificio externo permite apenas a entrada do indicador até ao anel interno, que não se acha quasi nada dilatado.

Fazendo o toque e palpação combinada do abdomen encontram-se os tumores que descrevi, e reconhece-se que o mais pequeno, e que está um pouco á direita, é o utero empurrado pelo maior. A' vista, a vagina está um pouco congestionada, assim como o collo do utero, que, descido, apparece na abertera vulvar.

No dia 13 de maio, o Ex.^{mo} Sr. dr. Bordallo Pinheiro convidou o Ex.^{mo} Sr. dr. Abilio de Mascarenhas, professor de partos n'esta Escola, e os cirurgiões dos hospitaes, os Ex.^{mos} Srs. drs. Stromp, Gentil, Farinha e Almeida Ribeiro, a observarem a doente, depois de chloroformisada.

N'este dia o collo do utero estava mais descido, sahindo um pouco pela abertura vulvar. Tanto a sua abertura externa como o seu anel interno, estavam sufficientemente dilatados a poderem deixar introduzir sem esforço o indicador na cavidade do utero, que se verificou estar vazia e um pouco maior do que no estado normal. Mais uma vez se verificou, que este órgão está empurrado para a direita pelo tumor. Pelo toque intra-uterino percebem-se atravez da parede esquerda do utero, partes fetaes dentro do tumor; o seu fundo toca-se bem.

Pela auscultação ouvem-se pulsações fetaes a meio d'uma linha indo do pubis á espinha iliaca anterior e superior do lado esquerdo.

Diagnostic. — Prenhez extra-uterina.

Tratamento. — Propõe-se a laparotomia o mais breve possivel.

No dia 15 a doente toma quatro capsulas d'oleo de ricinos (24 grammas) e um banho de sublimado, e marca-se a intervenção cirurgica para o dia 16.

N'este dia faz-se a laparotomia. Opéra o Ex.^{mo} Sr. dr. Bordallo Pinheiro, ajudado pelos Ex.^{mos} Srs. drs. Abilio de Mascarenhas, Gentil, Móra e por mim.

Operação. — Fez-se a incisão na linha média como para a laparotomia ordinaria; apenas se incizou o peritoneo appareceu logo á vista o tumor fetal envolvido pelo seu sacco, que tinha a posição e consistencia já descriptos.

N'esta occasião fez-se a palpação para encontrar a cabeça do feto, com o fim de se fazer a incisão da parede do sacco sobre ella, para se não ir cahir sobre a placenta. Encontrada ella, incizou-se o sacco, apparecendo logo o feto, que estava vivo. Fez-se immediata-

mente a laqueação do cordão e extrahiu-se o feto pelos pés, o qual, depois de cuidado, foi mettido na chocadeira á temperatura constante de 35º.

Logo a seguir fez-se a sutura em massa da parede do sacco e peritoneo á parede anterior do abdomen, ficando d'esta fórma a cavidade do sacco á vista, com a placenta dentro.

Antes de se fazer esta operação tentou-se extrahir todo o sacco com a placenta dentro, mas não foi possível, porque tinha largas adherencias aos intestinos.

Tentou-se tambem fazer o descollamento da placenta, mas o receio de que se dêsse grande hemorrhagia fez com que se abandonasse esta tentativa. Fez-se a drenagem de toda a cavidade com tiras de gaze hydrophila aséptica, e collocou-se sobre a ferida operatoria um penso aséptico.

Viu-se que a prenhez era tubaria. A operação durou 40 minutos. A creança pesava 655 grammas, tinha incurvação da columna vertebral para deante e uma bossa sero-sanguinea na região occipitoparietal direita. Nasceu ás 12 horas e tres quintos da manhã e falleceu ás 10 horas da noite d'esse mesmo dia.

Diario.—Dia 16, ás 10 horas da noite. Faz-se uma injectão hypodermica de quatro gottas de chlorhydrato de morphina. Temperatura de tarde, 37º,1.

Dia 17, ás 9 horas da noite. Faz-se uma injectão hypodermica de chlorhydrato de morphina de quatro gottas. Temperatura de manhã 38º,9, de tarde 37º,7.

Dia 18. Começa a tomar caldos de gallinha e 0,1 decilitro de vinho de pasto. Ainda não evacuou; faz-se-lhe por isso um clyster alto. Temperatura de manhã 37º,1, de tarde 37º,1.

Dia 19. Temperatura de manhã 37º,9, de tarde 38,2. Em vista da elevação da temperatura e de estar sujo o penso, renovou-se este. Não foi preciso mudar a gaze da drenagem por não ter havido hemorrhagia; havia já exsudações com mau cheiro. O penso da ferida operatoria foi iodoformado. Toma agua de Vidago e 0,2 de vinho de pasto.

Dia 20. Tem alguns vomitos e soluços. Obrou bastante. A' noite faz-se-lhe uma injectão de chlorhydrato de morphina de quatro gottas. Renova-se o penso. Temperatura de manhã 37º,1 de tarde 37º,9.

Dia 21. De manhã penso. Injectão de quatro gottas de morphina. Temperatura de manhã 38º, de tarde 38º,8.

Dia 22. Renova-se o penso de manhã. Tiram-se os tampões de

gaze de dentro do sacco. Não houve hemorragia. Havia mau cheiro. A placenta está pouco retrahida. Temperatura de manhã 38°, de tarde 38°,5.

Dia 23. Grande diarrhêa depois do penso. Toma 8 grammas de salicylato de bismutho por dia. Temperatura de manhã 38°, de tarde 38°,7.

Dia 24. Temperatura de manhã 38°, de tarde 38°.

Dia 27. Toma um gramma de sulfato de quinina por dia. A tarde faz-se-lhe uma injeccão hypodermica d'um gramma de bromydrato de quinina em solução. Temperatura de manhã, 38°, de tarde 39°.

Dia 27. Faz-se a extracção da placenta sob a acção do chloroformio. Esta até hoje nada se tem retrahido, nem tão pouco eliminado. Tem mau cheiro, e pesou 170 grammas. Uma hora depois houve hemorragia. Metteram-se compressas quentes. Temperatura de manhã 38°,9. Injecta-se-lhe um litro de sôro artificial. Faz-se-lhe uma injeccão hypodermica de tres gottas de chlorydrato de morphina. A's 4 horas da tarde morre, depois de se lhe ter sustado nova hemorragia.

Autopsia. — Confirma-se que a prenhez extra-uterina era na trompa esquerda. O sacco estava adherente aos intestinos e epiplon. A morte foi causada por septicemia e hemorragia depois da extracção da placenta, que se fez 11 dias depois da operação. O utero, com os seus annexos e sacco, pesava 855 grammas ».

Observação XIII

(PROF. CUSTODIO CABEÇA, n.º 276 (*) — 1897)

«Gravidez de 2 a 3 mezes»

«Hematocele retro-uterino attingindo quazi o umbigo, á custa dos annexos esquerdos.

Colpotomia posterior em 9 de agosto de 1897 e cura em 20 de setembro».

(*) Este numero, assim como os que se encontram nas outras observações do snr. Prof. Cabeça, referem-se ao registo clinico d'este Professor.

Observação XIV

(PROF. CUSTODIO CABEÇA, n.º 288 — 1897)

«Gravidez tubaria de 3 a 4 mezes»

«Laparotomia e marsupialisação abdominal e drenagem no fundo de sacco vaginal posterior em 10 de outubro de 1897 e cura em 15 de novembro. Só se encontraram bocados de placenta e coalhos; a caduca uterina tinha sido expulsa alguns dias antes».

Observação XV

(PROF. CUSTODIO CABEÇA, n.º 318 — 1898)

«Gravidez tubo-abdominal esquerda de 4 mezes»

«Laparotomia e marsupialisação abdominal em 6 de abril de 1898 e cura em 20 de maio.

A trompa tinha a espessura d'um dedo».

Observação XVI

(PROF. CUSTODIO CABEÇA, n.º 340 — 1898)

«Gravidez tubo-ligamentosa direita de 3 a 4 mezes»

«Oophoro-salpingectomia dupla abdominal e drenagem no fundo do sacco vaginal posterior em 7 de agosto de 1898, e cura em 6 de outubro.

Só se encontraram bocados de placenta e coalhos».

Observação XVII

(PROF. CUSTODIO CABEÇA, n.º 371 — 1899)

«Gravidez tubo-abdominal direita de 4 mezes»

«Laparotomia e marsupialisação abdominal em 1 de janeiro de 1899 e cura em 19 de fevereiro.

Feto do sexo masculino; sacco formado pelo utero, ligamento largo direito, metade direita da pelve, recto e falsas membranas».

Observação XVIII

(PROF. CUSTODIO CABEÇA, n.º 493 — 1900)

«Gravidez tubaria direita de 2 a 3 mezes: inundação peritoneal»

«Castração abdominal direita e drenagem pelo fundo de sacco vaginal posterior em 26 de maio de 1900 e cura em 10 de junho.

O feto foi tirado com um clamp».

Observação XIX

(PROF. CLEMENTE PINTO — 1900)

Prenhez ectopica

A observação que segue foi-me fornecida pelo Snr. Prof. Souza Junior. Diz assim:

«No mez de dezembro de 1900 entrou na Enfermaria de Partos da Escola uma mulher de cerca de 30 annos, não primipara, que se julgava grávida de 6 a 7 (?) mezes. Algum tempo antes da entrada, não sei quanto, houve qualquer accidente que a mulher contou ao saudoso Prof. Clemente Pinto e que não posso dizer qual fosse, porque depois de tantos annos estou a fazer esta nota de memoria.

Sei que o referido Prof. diagnosticou uma prenhez ectopica, resolvendo fazer a laparotomia e convidando-me para seu ajudante. Lembro-me que a mulher á data da operação, no referido mez de dezembro de 1900, se apresentava com facies abdominal, com alguma febre e mostrando uma tumefacção abdominal não muito saliente, cujo ponto culminante estava quasi no meio do ventre, um pouco abaixo do umbigo. Chloroformisada a doente e feita uma incisão média, retirou o operador uma creança macerada cujo peso era de 575 grammas, sendo o do cordão e placenta 100 grammas. Também foram extrahidos coagulos sanguineos que pesavam 120 grammas. Estes dados referentes aos pesos do feto e annexos colhi-os do artigo «O Laboratorio Nobre», do Prof. Alberto d'Aguiar, publicado na extincta *Gazeta Medica do Porto*, 4.º anno, pag. 423

e 424. Não houve accidentes operatorios dignos de nota e a mulher curou-se.

Esta observação ficou inedita por se ter ausentado para Lisboa em janeiro de 1901 o Prof. Clemente Pinto, a occupar o seu logar na Camara dos Deputados. Nem mesmo no livro de operações do Hospital de Santo Antonio foi apontada esta intervenção. Além da referencia do artigo do Prof. Alberto d'Aguiar respeitante ás peças — feto, cordão, placenta e coagulos — que se encontram no Museu de Anatomia Pathologica da Escola, sómente foi publicada ácerca d'esta operação a seguinte nota de Souza Junior n'um artigo intitulado «Pelo Hospital» e publicado no 4.^o anno da citada *Gazeta Medica do Porto*, pag. 102:

[Finalmente um ultimo caso interessante. Trata-se d'uma mulher recolhida na Enfermaria de Partos (Escola) que se diz grávida de 6 a 7 mezes, salvo erro, e na qual, depois de cuidadosa e demorada exploração, diagnosticou seguramente o Prof. Clemente Pinto uma prenhez extra-uterina. Fez elle a laparotomia extrahindo um feto macerado. A mulher sahio curada. Tendo-se em conta as difficuldades reaes do diagnostico da prenhez ectopica, é de justiça felicitar este illustre professor, que, sendo um novo, pelo seu trabalho aturado está hoje consagrado como um cirurgião de provado valor].

Observação XX

(PROF. CUSTODIO CABEÇA, n.^o 559 — 1901)

«Gravidez tubaria esquerda e salpingo-ovarite direita»

«Castração direita abdominal; resecção de metade da trompa esquerda com a gravidez, que tinha o volume d'uma laranja, e sutura do resto da trompa á superficie do ovario, em 15 de janeiro de 1901; cura em 25 do mesmo mez».

Observação XXI

(PROF. CUSTODIO CABEÇA, n.º 583 — 1901)

«Gravidez tubaria esquerda e kysto hematico do ovario direito»

«Castração abdominal esquerda e kystectomia á direita em 31 de março de 1901 e cura em 10 de maio.

O kysto fetal estava collocado a meio da trompa, e rompera-se havia um mez, produzindo um hematocele com o volume d'uma cabeça de feto».

Observação XXII

(PROF. CUSTODIO CABEÇA, n.º 622 — 1901)

«Gravidez tubo-abdominal esquerda de 2 a 3 mezes»

«Amputação supra-vaginal e drenagem abdominal em 8 de julho de 1901 e cura em 14 de agosto».

Observação XXIII

(PROF. ÁLFREDO DA COSTA — 1901)

Gravidez tubaria direita

M. A., de 24 annos, casada, tecedeira, natural de Mangualde, entrou para a enfermaria n.º 12 do Hospital de S. José em 2 de dezembro de 1901.

Foi operada no dia 9 do mesmo mez: laparotomia e extracção da trompa direita d'um feto de tres mezes e meio, perfeito.

Sahi curada em 19 de janeiro de 1902.

Observação XXIV

(PROF. CUSTODIO CABEÇA, n.º 677 — 1901)

« Gravidez tubaria esquerda no terço externo »

« Castração abdominal em 31 de dezembro de 1901 e cura em 17 de janeiro de 1902. O resto do sacco era formado por ansas intestinaes e epiploon ».

✱

A. C. M., de 28 annos, casada, costureira, natural de Lisboa, entrou para a enfermaria n.º 5 do Hospital Estephania em 14 de dezembro de 1901.

Hematocele pelvico; sede lateral e retro-uterina. Variedade: prenhez extra-uterina. Periodo: coalhos.

Operação em 31 de dezembro: oophoro-salpingectomy abdominal esquerda; drenagem abdominal.

A anesthesia foi feita com morphina e chloroformio.

Teve alta em 23 de janeiro de 1902.

Observação XXV

(PROF. JOSÉ GENTIL — 1902)

Gravidez tubaria esquerda

G. P., de 18 annos, solteira, domestica, entrou para a enfermaria n.º 16 do Hospital de S. José em 17 de abril de 1902.

Foi laparotomizada no dia 20 do mesmo mez debaixo d'anesthesia chloroformica.

O kysto fetal occupava o terço interno da trompa: o ligamento largo estava desdobrado até á parte inferior, constituindo o bordo esquerdo do utero a parede interna.

Autoplastia peritoneal d'um lado com o ligamento redondo.

Sahi curada em 8 de maio de 1902.

Observação XXVI

(DR. BORDALLO PINHEIRO — 1902)

Gravidez tubaria esquerda: hemato-salpinge

E. M., de 29 annos, casada, domestica, natural de Nova-Gôa, entrou para a enfermaria particular do Hospital Estephania em 14 de abril de 1902.

Foi operada no dia 20 do mesmo mez; oophoro-salpingectomy esquerda sob anesthesia de chloroformio e ether. Teve alta, curada, em 5 de maio.

Observação XXVII

(DR. CRAVEIRO LOPES — 1902)

Gravidez extra-uterina da 4 mezes

M. C. V., de 32 annos, casada, domestica, natural do Outeiro, concelho de Tondella, entrou para a enfermaria n.º 7 do Hospital do Desterro no dia 10 de abril de 1902. Foi operada no mesmo dia: colpotomia posterior e extracção do feto, sem anesthesia.

Teve alta, curada, a 15 de julho.

Observação XXVIII

(DR. BORDALLO PINHEIRO — 1902)

Gravidez tubaria esquerda com hematocele retro-uterino

E. A., de 23 annos, casada, domestica, exposta do Hospicio do Porto, entrou para a enfermaria particular do Hospital Estephania em 8 de maio de 1902.

Foi menstruada pela primeira vez aos 12 annos; as menstruações, regulares mas dolorosas, duravam oito dias. Teve um aborto haveria 3 annos e mezes, seguido de grande hemorragia; deixára de ser menstruada ha 3 mezes.

Um mez antes de entrar para o hospital sentiu uma grande dôr no ventre que a obrigou a ficar de cama, com vomitos.

Diagnostico provisório: gravidez tubaria esquerda.

Coexistentes: adherencias fortes do intestino ao tumor.

Intercorrentes: Fistula estercoral do S iliaco e peritonite.

Foi operada no dia 17 de maio, sendo-lhe feita a oophoro-salpingectomia sob anesthesia de chloroformio e ether.

No dia 29 do mesmo mez fez-se-lhe uma laparotomia para tentar a cura da fistula estercoral, o que se não conseguiu em consequencia da sêde da 'fistula e das poderosas adherencias do S iliaco e do recto, que não foi possivel mobilisar.

Falleceu em 31 de maio; a autopsia feita no dia seguinte confirmou que a fistula era no S iliaco.

Observação XXIX

(PROF. AUGUSTO MONJARDINO — 1902)

« Prenhez tubaria direita »

« Salpingite esquerda: degenerescencia kystica dos ovarios.

Tratamento: Salpingectomia dupla: resecção e sutura dos dois ovarios. Drenagem abdominal.

Nota: grandes adherencias ao intestino delgado e ao recto: sutura da serosa de revestimento.

Operada em 20 de maio de 1902.

Alta, curada, em 17 de junho de 1902».

Observação XXX

(DR. FRANCISCO STROMP — 1902)

Gravidez tubaria esquerda de 2 mezes

P. D., de 21 annos, solteira, creada, entrou para a enfermaria n.º 7 do Hospital do Desterro em 27 de junho de 1902.

Foi operada no dia 26 do mez seguinte. Depois de chloroformisada, fez-se-lhe a extirpação da trompa esquerda e do ovario do mesmo lado, por via abdominal.

Sahi curada em 14 d'agosto do mesmo anno.

Observação XXXI

(PROF. CUSTODIO CABEÇA, n.º 743 — 1902)

«Gravidez tubaria esquerda no terço interno e rota
no ligamento largo»

«Castração abdominal em 29 de maio de 1902 e cura em 10 de junho».

*

L. F., de 33 annos, costureira, natural de Mafra, entrou para a enfermaria n.º 5 do Hospital Estephania em 27 de março de 1902.

Foi-lhe feita a oophoro-salpingectomia no dia 29 do mesmo mez com anesthesia pela morphina e chloroformio.

Teve alta em 24 de junho.

Observação XXXII

(PROF. CUSTODIO CABEÇA, n.º 779 — 1902)

«Gravidez extra-uterina de 4 mezes: fórma abdominal»

«Laparotomia; extracção do ovo completo (placenta, membranas e feto) e de muitos coalhos, destruição de adherencia e marsupialisação em 15 de agosto de 1902 e cura em 10 de setembro».

*

A. B. P. E., de 21 annos, casada, domestica, natural de Lisboa, entrou para a enfermaria n.º 5 do Hospital Estephania em 13 de agosto de 1902.

Foi operada no dia 15 do mesmo mez; laparotomia e extracção do ovo completo; oophoro-salpingectomia direita. Drenagem à Mielicz.

A anesthesia foi feita com morphiña e chloroformio. Alta em 15 de setembro.

Observação XXXIII

(PROF. JOSÉ GENTIL — 1902)

Gravidez tubaria esquerda

S. L. C., de 25 annos, casada, domestica, natural de Castanheira, concelho de Pedrogão Grande, entrou para a enfermaria n.º 12 do Hospital de S. José em 29 d'agosto de 1902.

Foi operada em 15 de setembro sob anesthesia chloroformica; laparotomia com extracção da trompa esquerda e da ponta (?) do kysto fetal.

Sahiú curada em 19 de dezembro.

Observação XXXIV

(PROF. MOREIRA JUNIOR — 1902)

Hematocele dependente de prenhez ectopica

M. F., de 37 annos, creada, domestica, natural da Galliza, entrou para a enfermaria n.º 11 do Hospital de S. José em 11 de dezembro de 1902.

Foi-lhe feita no dia seguinte uma laparotomia sob anesthesia chloroformica.

Teve alta, curada, em 8 de fevereiro de 1903.

Observação XXXV

(PROF. JOSÉ GENTIL — 1902)

Gravidez tubaria

G. R., de 28 annos, solteira, creada, natural de Beselga, concelho de Thomar, entrou no dia 13 de dezembro de 1902 para a enfermaria de Santa Maria, e foi operada no dia 15 do mesmo mez.

Laparotomia: incisão do kysto fetal, marsupialisação e drenagem, visto as adherencias não permittirem a extirpação.

Sahiú curada em 4 de fevereiro de 1903.

Observação XXXVI

(DR. SOUZA OLIVEIRA — 1902)

E. A., de 30 annos, casada, domestica, entrou para a enfermaria n.º 13 do Hospital de Santo Antonio em 15 de dezembro de 1902.

Diagnosticó: Hematoma d'uma das trompas de Fallopio.

Causa: Gravidez ectopica.

Operação: Salpingectomy vaginal com esvaziamento e drenagem em 21 de dezembro de 1902.

Sahiú curada no dia 12 de janeiro de 1903.

Observação XXXVII

(PROF. CUSTODIO CABEÇA — 1903)

Prenhez tubaria esquerda de 3 mezes: hematocele pelvico

J. M. C., de 37 annos, casada, domestica, natural da Aldeia de Matto, districto de Santarem, entrou para a enfermaria de Santa Maria em 2 de junho de 1903.

Em 12 do mesmo mez foi-lhe feita a colpotomia posterior, sem anesthesia: drenagem com gaze.

Sahiú curada em 5 de julho de 1903.

Observação XXXVIII

(PROF. AUGUSTO MONJARDINO — 1903)

Gravidez extra-uterina tubo-peritoneal direita

P. C. L., de 47 annos, viuva, domestica, natural de Lisboa, entrou para a enfermaria n.º 6 do Hospital Estephania em 17 de julho de 1903.

Coexistentes: Insufficiencia do perineo e hemorrhoidas.

Foi operada em 8 de agosto: hysterectomy vaginal (laqueação

a seda) e extirpação do kysto fetal. Conservação dos annexos á esquerda. A anesthesia feita com morphina e chloroformio, decorreu sem incidentes.

Em 6 de setembro o dr. Feyer e Castro fez-lhe a colpo-perineorrhaphia e a extirpação das hemorroidas pelo processo de Whitehead.

Sahiú curada em 11 de outubro de 1903.

Observação XXXIX

(PROF. CUSTODIO CABEÇA, n.º 1030 — 1904)

«Gravidez tubaria direita; hematocele retro-uterino»

«Salpingectomia direita e drenagem abdominal em 27 de fevereiro de 1904 e cura em 20 de março.

Tinha expulso a caduca 4 dias antes de operada».

*

B. J., de 35 annos, solteira, domestica, natural de Ceia, entrou para a enfermaria n.º 5 do Hospital Estephania em 27 de fevereiro de 1903.

Operação em 7 de março: castração direita; salpingectomia esquerda (hydro-salpingite) e drenagem abdominal.

A anesthesia feita com morphina e chloroformio decorreu sem incidentes.

Teve alta em 5 d'abril.

Observação XL

(PROF. SABINO COELHO — 1904)

Septicemia por prenhez extra-uterina

M. C. R., de 28 annos, casada, domestica, natural do Barreiro, entrou para a enfermaria n.º 7 do Hospital Estephania em 25 de fevereiro de 1904 e foi operada no dia 3 do mez seguinte: laparotomia e drenagem. A anesthesia pelo chloroformio correu sem incidentes.

Sahiú curada em 7 de maio.

Observação XLI

(PROF. CUSTODIO CABEÇA, n.º 1044 — 1904)

«Gravidez extra-uterina de 3 a 4 mezes»

«Fórma abdominal, tendo rasgado todo o ligamento largo esquerdo.

Laparotomia e extracção do ovo, drenagem abdominal em 19 de março de 1904 e cura em 10 de junho.»

*

M. J., de 33 annos, casada, domestica, natural de Villa Nova de Ourem, entrou para a enfermaria n.º 5 do Hospital Estephania no dia 16 de março de 1904.

A operação foi feita com anesthesia pela morphina e chloroformio sem incidentes.

Teve alta em 16 de junho de 1904

Observação XLII

(DR. SOUZA OLIVEIRA — 1904)

Gravidez extra-uterina

I. D., de 25 annos, casada, entrou em 5 de abril de 1904 para a enfermaria n.º 13 do Hospital de Santo Antonio.

Diagnosticó: Gravidez extra-uterina.

Operação: Hysterectomy vaginal, esvaziamento e drenagem em 11 d'abril de 1904.

Sahiú curada em 15 de maio do mesmo anno.

Observação XLIII

(DR. SOUZA OLIVRIRA — 1904)

Gravidez ectopica: peritonite

R. P., entrou para o Hospital de Santo Antonio em 25 de abril de 1904, com vomitos fecaloides de 4 dias de duração.

Diagnostico: Gravidez ectopica complicada de peritonite.

Operação: Hysterectomia abdomino-vaginal e drenagem vaginal em 28 d'abril.

Notou-se a necrose d'uma grande extensão d'intestino, que determinou a peritonite.

Falleceu no dia 30 de abril.

Observação XLIV

(DR. SOUZA OLIVEIRA — 1904)

P. J., de 34 annos, casada, domestica, entrou para a enfermaria n.º 13 do Hospital de Santo Antonio em 28 de janeiro de 1904.

Diagnostico: Gravidez ectopica, tubaria direita, com ruptura da trompa e placenta adherente aos intestinos, peritoneu, etc.

Operação: Hysterectomia abdomino-vaginal com drenagem do sacco pela vagina e restauração definitiva da parede abdominal, em 4 de julho de 1904.

Sahi curada em 6 de agosto.

Observação XLV

(PROF. SABINO COELHO — 1904)

Gravidez tubaria direita e hematocele

E. C. B., de 25 annos, casada, domestica, natural de Almeirim, entrou para a enfermaria n.º 7 do Hospital Estephania em 18 de julho de 1904.

No dia 20 do mesmo mez fez-se-lhe a oophoro-salpingectomia direita e o esvaziamento do hematocele; drenagem.

A anesthesia foi feita com chloroformio, sem incidentes.

Sahi curada em 24 d'agosto.

Observação XLVI

(DRS. FRANCHINI e MAIA MENDES — 1904)

Gravidez extra-uterina: inundação peritoneal

Symptomas: Pulso tenuissimo, abdominal; vomitos; abahulamento enorme do ventre; dôr atroz que principiára de um modo subito; facies decomposto, agonico; ausencia de trabalho de parto.

Operação: Laparotomia; extracção d'um feto de 7 mezes (?) e da placenta que se encontravam livres na cavidade abdominal, com grande quantidade de sangue e de coagulos.

A mulher continuou na agonia morrendo algumas horas depois.

Observação XLVII

(PROF. JOSÉ GENTIL — 1905)

Gravidez tubaria esquerda: hemorragia intra-peritoneal

A. C., de 30 annos, casada. costureira, natural de Bragança.

Entrou para a enfermaria de Santa Maria em 21 de janeiro de 1905.

No dia 29 do mesmo mez fez-se-lhe a salpingectomy esquerda, debaixo d'anesthesia chloroformica, sem incidentes.

Teve alta em 22 de fevereiro, sahindo curada.

Observação XLVIII

(DR. SOUZA OLIVEIRA — 1905)

Gravidez tubaria

A. P., de 26 annos, solteira, domestica, entrou para o Hospital de Santo Antonio em 4 de janeiro de 1905.

Diagnostic: Gravidez tubaria complicada de suppuração.

Operação: Laparotomia, extracção do feto e drenagem do sacco exteriorisado.

Sahiu curada no dia 31 de maio de 1905.

Observação XLIX

(PROF. JOSÉ GENTIL — 1905)

Gravidez tubaria de 3 mezes

C. F., de 28 annos, casada, domestica, entrou para a enfermaria de Santa Maria Anna em 9 de janeiro de 1905.

No dia 4 de fevereiro, foi-lhe feita a extirpação do kysto fetal e dos annexos direitos, por via abdominal. A anesthesia pelo chloroformio correu sem incidentes.

Sahiu curada no dia 27 do mesmo mez.

Observação L

(PROF. CUSTODIO CABEÇA — 1905)

Gravidez empolar esquerda e fibro-myomas uterinos sub-peritoneaes

Coexistente: grande hemorrhagia interna.

M. P., de 32 annos, solteira, domestica, entrou para a enfermaria n.º 5 do Hospital Estephania em 13 d'outubro de 1905. Foi-lhe feita a operação no dia 20 do mesmo mez: myomectomy abdominal e salpingectomy esquerda. A anesthesia, feita com morphina e chloroformio, decorreu sem incidentes.

Curada. Teve alta em 8 de novembro.

Observação LI

(DR. FEYO E CASTRO — 1905)

Gravidez tubaria esquerda de 3 mezes

A. M. F., de 40 annos, casada, costureira, natural de Olhão, deu entrada na enfermaria n.º 6 do Hospital Estephania em 26 de dezembro de 1905.

Foi operada no dia 27 de janeiro de 1906: hysterectomy supra-vaginal e extirpação da trompa e do ovario esquerdo; drenagem. Conservou-se o ovario direito.

Sahiu curada em 15 de abril.

Observação LII

(PROF. FRANCISCO GENTIL — 1906)

Prenhez tubaria esquerda

M. J., de 35 annos, domestica, de Mira, deu entrada no dia 29 de março de 1906 na enfermaria de Santa Maria do Hospital de S. José.

No dia 10 de abril foi-lhe feita a laparotomia mediana e a oophoro-salpingectomia esquerda, debaixo d'anesthesia choroformica.

Teve alta, curada, em 25 do mesmo mez.

Observação LIII

(PROF. AUGUSTO MONJARDINO — 1906)

Prenhez tubaria direita

«Doente entrada na enfermaria de Nossa Senhora da Piedade com evidentes symptomas de hemorragia interna, não tendo sido menstruada havia mais de 4 mezes.

Tumor revelado pela palpação nos annexos esquerdos com dôres menos intensas do que antes da sua entrada no hospital.

Diagnostic: Prenhez tubaria esquerda com ruptura do sacco,

Tratamento: Laparotomia; extirpação do sacco da prenhez, dos abundantes coagulos e de um feto de 2 a 3 mezes da cavidade peritoneal.

Operada em 26 de maio de 1906. Alta, curada, em 12 de agosto de 1906».

Observação LIV

(PROF. AUGUSTO MONJARDINO — 1906)

«Prenhez tubaria direita»

«Salpingite chronica á esquerda. Appendicite chronica.

Tratamento: Amputação supra-vaginal pelo methodo americano.

Appendicectomy pelo processo de Kelly.

Operada em 18 de julho de 1906. Alta em 12 de agosto de 1906, curada».

Observação LV

(PROF. AUGUSTO MONJARDINO — 1906)

Prenhez tubaria esquerda

M. G., de 26 annos, casada, domestica, entrou para a enfermaria n.º 7 do Hospital Estephania em 18 de setembro de 1906.

Diagnostic: Prenhez tubaria esquerda.

Tratamento: Oophoro-salpingectomy esquerda e drenagem abdominal, em 27 de setembro de 1906.

A anesthesia foi feita com morphina e chloroformio; decorreu sem accidentes.

Sahi curada no dia 29 de outubro de 1906.

Observação LVI

(PROF. AUGUSTO MONJARDINO — 1906)

«Prenhez tubaria direita»

«Salpingo-ovarite esquerda.

Tratamento: Amputação supra-vaginal pelo processo americano.

Operada em 8 de dezembro de 1906.

Alta, curada, no dia 25 do mesmo mez».

Observação LVII

(PROF. FRANCISCO GENTIL — 1906)

Gravidez extra-uterina: feto vivo de 10 mezes

M. G. R., de 34 annos, casada, domestica, natural de Lisboa, entrou para a enfermaria de Santa Maria do Hospital de S. José em 19 de dezembro de 1906.

Foi operada no dia 21: feita a laparotomia mediana, extrahiuse o feto e fez-se a marsupialisação da bolsa.

O anestesico empregado foi o chloroformio; a tensão arterial medida com o esphygmomanometro de Riva-Rocci era de 13 antes da operação; não houve accidentes. O feto tinha morrido ás 5 horas da tarde do dia 20.

Sahi curada.

Observação LVIII

(PROF. ALFREDO DA COSTA — 1907)

Gravidez tubaria direita

P. M., de 23 annos, casada, domestica, entrou em 6 d'abril de 1907 para a enfermaria n.º 12 do Hospital de S. José.

Havia ruptura do ovo e hemorragia interna; fez-se a laparotomia com anesthesia chloroformica, mas a doente falleceu no dia 9 do mesmo mez.

Observação LIX

(DR. SENNA PEREIRA — 1907)

Gravidez tubaria direita

M. R., de 39 annos, solteira, domestica, entrou em 11 de novembro de 1907 para a enfermaria n.º 11 do Hospital de S. José.

Havia grande hemorragia peritoneal devida á ruptura do sacco tubario.

Doença coexistente: peritonite.

Foi operada no dia seguinte: oophoro-salpingectomy direita e drenagem abdominal. A anesthesia foi feita com chloroformio; não houve accidentes.

A doente falleceu no mesmo dia.

Observação LX

(DR. FRANCISCO STROMP — 1907)

Gravidez tubaria direita

M. R. H., de 29 annos, solteira, empregada do Hospital de Meda, entrou para a enfermaria de Nossa Senhora da Piedade do Hospital do Desterro, em 23 de agosto de 1907.

Diagnostic: Prenhez tubaria direita rota para a cavidade abdominal, com fortissima hemorragia.

Tratamento: Salpingectomy direita sob anesthesia chloroformica.

Sahi curada em 14 de setembro de 1907.

Observação LXI

(DR. FRANCISCO STROMP — 1907)

Prenhez extra-uterina com ruptura da trompa direita para o ventre

L. C. F., de 39 annos, casada, domestica, natural de Lisboa, deu entrada na enfermaria n.º 7 do Hospital do Desterro em 23 de outubro de 1907.

Foi operada em 2 de novembro sob anesthesia chloroformica. Sahiu curada em 23 de dezembro.

Resta uma fistula correspondente ao dreno.

Observação LXII

(PROF. ALFREDO DA COSTA — 1907)

Gravidez tubaria esquerda

M. P., de 32 annos, creada, entrou para a enfermaria n.º 13 do Hospital de S. José em 3 de dezembro de 1906.

Foi operada no dia 5 de janeiro de 1907 sob anesthesia chloroformica. Fez-se a laparotomia e extrahiu-se o embrião que se encontrava na cavidade abdominal: o ovo estava roto.

Falleceu de peritonite no dia 15 do mesmo mez.

Observação LXIII

(PROF. CUSTODIO CABEÇA, n.º 1553 — 1907)

«Gravidez tubo-abdominal esquerda de 2 a 3 mezes»

«Hydro-salpingite direita.

Oophoro-salpingectomia esquerda e salpingectomia direita em 10 de dezembro de 1907 e cura em 22 do mesmo mez.

O ovo estava completo».

Observação LXIV

(PROF. AUGUSTO MONJARDINO — 1908)

Prenhez tubaria esquerda de 3 mezes

«Salpingo-ovarite direita.

Tratamento: amputação supra-vaginal do utero. (Hemiseccão uterina).

Operada em 4 de junho de 1908.

Alta, curada, no dia 24 do mesmo mez».

Observação LXV

(DR. SOUZA OLIVEIRA — 1908)

Gravidez tubaria esquerda

T. M., de 33 annos, casada, domestica, entrou em 4 de julho de 1908 para a enfermaria n.º 13 do Hospital de Santo Antonio.

Diagnostic: Salpingite esquerda aberta para o tecido peri-urethral.*Causa*: Gravidez tubaria e aborto de 2 mezes.

Foi operada em 9 de julho de 1908 sob anesthesia pelo chloroformio, e sahiu curada no dia 16 do mesmo mez.

Observação LXVI

(DR. SOUZA OLIVEIRA — 1908)

Gravidez tubaria esquerda

A. S., de 35 annos, solteira, jornaleira, entrou para a enfermaria n.º 13 do Hospital de Santo Antonio em 2 de agosto de 1908.

Diagnostic: Hematoma salpingitico esquerdo.*Causa*: Aborto tubario.*Operação*: Salpingectomy vaginal, esvaziamento e drenagem, em 4 de agosto, com anesthesia pelo chloroformio.

Sahi u curada no dia 29 do mesmo mez.

Observação LXVII

(PESSOAL — 1908)

Gravidez extra-uterina de 4 mezes

A. S., de 34 annos, casada, domestica, natural do Pinheiro da Bemposta (concelho de Oliveira d'Azemeis), entrou no dia 9 d'abril de 1908 para a enfermaria n.º 10 do Hospital de Santo Antonio, sendo transferida no dia seguinte para a enfermaria de partos (Escola).

Antecedentes hereditarios: O pae morreu de paludismo (?). A mãe é viva e saudavel: teve 9 partos e 1 aborto.

Da historia morbida e obstetrica da familia, nada mais apuramos digno de registro.

Antecedentes pessoais: Teve em creança influencia e variola: Foi menstruada pela primeira vez aos 13 annos: a menstruação appareceu-lhe sempre na epocha propria e durante tres dias, ás vezes acompanhada d'algumas dôres; era normal na côr e na quantidade.

Durante os dois primeiros dias que se seguiam ao periodo menstrual, tinha uma ligeira leucorrhœa.

Casou ha quatro annos: é nullipara.

Historia da doença actual: Foi menstruada a ultima vez em 25 de dezembro; passado um mez começou a ter pouco appetite e aborreceu o vinho; uma sialorrhœa abundantissima, que augmentava depois das refeições, incommodava-a immenso.

Nos primeiros dias de fevereiro sem suspeitar que estava grávida e preocupada com a falta da menstruação, consultou um medico, que lhe receitou umas pilulas (cuja fórmula não me foi possível obter); poucas horas depois de tomar a primeira pilula sentiu no lado esquerdo do abdomen uma grande dôr, que lhe durou duas horas e que se repetiu 4 dias depois.

No principio de março, appareceu-lhe um corrimento vaginal sanguineo, que lhe durou apenas um dia, e era mais escuro do que o menstroo habitual. Passados tres dias houve nova metrorrhagia com os mesmos caracteres, e que se repetiu ainda uma vez quatro ou cinco dias depois.

No dia 4 d'abril, uma dôr intensa no lado esquerdo do abdomen, acompanhada de abundante metrorrhagia, obrigou-a a recolher á cama: no dia 6 a dôr exacerbou-se e suspenderam-se por completo

as micções e dejecções. Assim permaneceu até ao dia 9, em que entrou para o Hospital, onde lhe fizeram logo que chegou á enfermaria o esvaziamento da bexiga.

Exame da doente: O primeiro exame que fiz á doente no dia 4 d'abril, em presença do snr. Prof. Candido de Pinho, revelou o seguinte: Pelo toque vaginal pareceu-me que havia no fundo de sacco de Douglas uma collecção liquida, abundante, cuja fluctuação era nitida, e que distendia fortemente os fundos de sacco vaginaes posterior e esquerdo.

A sensibilidade do ventre não permittia que fizesse uma exploração conveniente com o toque e a palpação combinada: era mesmo imprudente faze-lo e por isso me limitei a um exame superficial pelo qual percebi que a collecção se estendia para a fossa iliaca esquerda. O utero estava fortemente repellido para cima e para a direita, contra a symphise publica, sendo difficil attingi-lo; não foi possível por isso verificar as suas modificações.

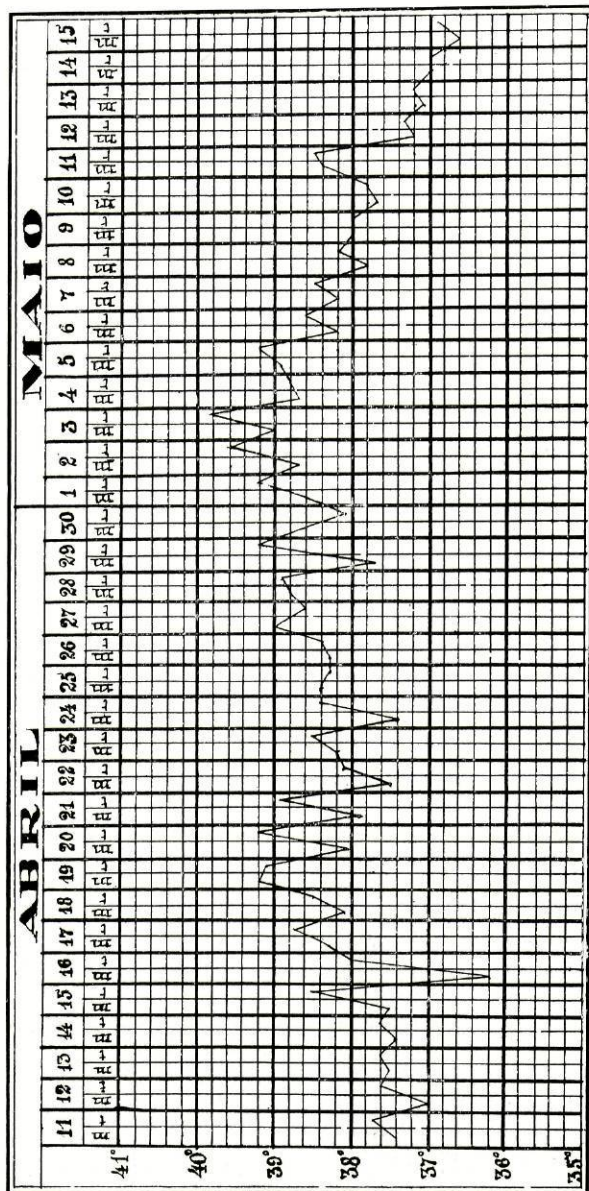
O pulso era pequeno e frequente: 110 por minuto. A doente estava bastante deprimida; a temperatura tinha oscillado nos dias anteriores entre 37° e 37°5, como se vê no graphico.

Era necessario praticar o catheterismo para esvaziar a bexiga; a constipação tinha sido combatida com calomelanos e oleo de ricino.

Diagnosticó: Ficou-se hesitante entre um hematocele e um phlegmão pelvico e, como não foi possível completar o estudo do caso n'aquella occasião, resolveu o snr. Prof. Pinho addiar para o dia seguinte a intervenção. O interrogatorio minucioso que n'esse intervallo fiz á doente, e a pequena elevação de temperatura em discordancia com o estado do pulso, fizeram-me inclinar para o diagnostico de uma prenhez ectopica rota. No dia 15 expuz esta opinião ao snr. Prof. Pinho, que me auctorizou a fazer uma colpotomia exploradora, a que procedi immediatamente.

Operação: Chloroformisada a doente, fez-se o esvaziamento da bexiga e a desinfecção da vagina e dos órgãos genitais externos. Com uma pinça de Museau fixa no labio posterior do collo do utero, puxei-o para baixo e para diante, o que me permittiu descobrir completamente o fundo de sacco posterior; fiz uma incisão transversal de dois centímetros d'extensão approximadamente, pela qual sahio uma pequena quantidade de sangue muito escuro; introduzi o dedo n'esta abertura e certifiquei-me da presença do feto, ao mesmo tempo que verifiquei a integridade da bexiga e do recto.

GRAPHICO THERMICO DA OBS. LXVII



Desde o dia 27 de abril até 13 de maio as temperaturas foram tiradas de 3 em 3 horas; o graphico indica as temperaturas maximas durante este periodo.

Resolveu o snr. Prof. Pinho que no mesmo dia, á tarde, se fizesse uma laparotomia; introduzi na vagina um tampão de gaze iodoformada, de fórma a obliterar a abertura feita, e a doente recolheu á cama. A' tarde, porém, quando tudo estava preparado para a intervenção abdominal, reconheceu o snr. Prof. Pinho que a falta de uma mesa de operações apropriada e d'illuminação conveniente tornava quasi impossivel fazer uma tal operação; o estado da doente, bastante deprimida, com pulso pequeno e frequente (120 por minuto) tambem não animava a fazer uma intervenção laboriosa.

N'estas condições resolveu continuar a operação por via vaginal. Chloroformisou-se a doente, e o snr. Dr. Maia Mendes, chefe da clinica de partos, alargou um pouco com uma thesoura a incisão que eu tinha feito no fundo de sacco vaginal posterior e extrahiu o feto. Seccionado o cordão, tentou ainda fazer a extração da placenta, mas uma forte hemorragia obrigou-o a desistir; uma irrigação abundante com agua quente e o tamponamento com gaze da cavidade em que a placenta se encontrava, foram sufficientes para fazer a hemostase.

Consequencias operatorias: No dia seguinte ao da operação (16 de abril), tiraram-se os tampões de gaze e introduziu-se um dreno de cautchú; fez-se a lavagem da cavidade com agua iodada fraca; deu-se uma injeccção de sôro physiologico de 250^{cc}. O pulso continuava pequeno e frequente: temperatura anterior da tarde a 38°.

No dia 17 o snr. Dr. Maia Mendes fez outra tentativa para extrahir a placenta, mas a hemorragia obrigou-o a desistir: uma irrigação quente e o tamponamento com gaze fizeram a hemostose.

Tiraram-se os tampões no fim de 24 horas, e fez-se a lavagem da cavidade.

Nos dois seguintes combatem-se a adynamia com digitalina e strychnina: apesar da temperatura ser elevada, como se vê no graphico, o estado geral da doente foi-se modificando favoravelmente.

A analyse do sangue feita no Laboratorio da Escola em 27 de abril deu o seguinte resultado:

Globulos rubros por mm ³	2.905.400
Globulos brancos por mm ³	11.000
Riqueza globular (Hayem).	$R = \frac{13.297.830}{10} = 1.329.783$
Valor globular	$G = \frac{R}{N} = 0,475$

FORMULA LEUCOCYTARIA:

Polynucleares neutrophilos.	87,91
Grandes mononucleares.	4,09
Lymphocytos.	7,99
	99,99

Ao quarto dia depois da operação tornou-se desnecessario algaliar a doente: as funcções intestinaes regularisaram-se a pouco e pouco, desaparecendo a constipação.

As lavagens da cavidade em que se encontrava a placenta eram feitas duas vezes ao dia por meio de uma sonda de Dolleris; empregavam-se dez litros de cada vez ou de agua iodada ou de agua oxygenada fraca. A placenta foi-se putrefazendo; havia um corrimento abundante, escuro e extremamente fetido, e o liquido das lavagens arrastava pequenos pedaços do tecido placentar.

Como a temperatura no dia 3 de maio attingisse 39º,8, ordenou o snr. Prof. Candido de Pinho que as lavagens se fizessem de 3 em 3 horas; a temperatura começou então a diminuir de dia para dia, e em 14 de maio a doente estava apyrectica e assim se conservou até à sua sahida do hospital.

Intercorrenzia: No dia 1 de maio queixou-se a doente d'uma forte dôr na região lateral esquerda do pescoço; diagnosticou-se uma phlebite, que não teve consequencias e desapareceu em poucos dias.

Pediu alta em 16 de junho; havia ainda um pequeno orificio no fundo de sacco de Douglas, mas não havia corrimento.

A placenta tinha-se eliminado completamente, e a doente podia considerar-se curada.

A menstruação restabeleceu-se quinze dias depois da sahida do hospital, sem accidentes.

Observação LXVII

Feto de 4 mezes extrahido por colpotomia (tamanho natural)



2.^A PARTE

Esboço historico

O estudo da prenhez ectopica é relativamente recente; considerada por muito tempo como uma anomalia rara de gestação, as observações limitavam-se a alguns casos encontrados em autopsias e que nem sempre eram bem interpretados.

Quando a asepsia fez entrar a cirurgia abdominal n'uma via segura e scientifica, reduzindo o risco operatorio a um minimo, que nos permite fazer laparotomias exploradoras ás vezes com o unico fim de firmar um diagnostico, então as intervenções multiplicaram-se e, ao mesmo tempo que se reconhecia a frequencia da prenhez ectopica, fixava-se a sua symptomatologia, estabeleciam-se as regras do seu tratamento e modificava-se o prognostico.

A medicina portugueza acompanhou brillantemente esta evolução; das observações que publicamos na primeira parte do nosso trabalho só se podem tirar conclusões honrosas para os nossos cirurgiões e apenas é para lastimar, permitta-se-nos dizê-lo, que a maior parte d'ellas estejam incompletas.

Quem attentar porém um pouco nas condições do exercício da medicina em Portugal, miserrimamente retribuido e sem as garantias a que o medico tem direito pela sua missão social, ha-de reconhecer que as observações registradas n'essas poucas paginas representam um esforço consideravel.

O primeiro trabalho publicado em portuguez sobre este assumpto parece ter sido a *Memoria sobre uma prenhez extra-uterina de mais de vinte annos, com estampas a aguarella*, apresentada á Academia Real das Sciencias em 1827 pelo Dr. Carlos José Pinheiro, lente da Universidade de Coimbra ⁽¹⁾. Depois ha a registar a observação I do Dr. Costa Simões; foi publicada em 1860 na *Topographia Medica das Cinco Villas e Arega*, mas tinha sido escripta em 1848 e a observação do caso fôra feita em 1845. Em 1885 publicou o mesmo Professor um estudo muito completo d'este caso, que é dos mais interessantes que se encontram em toda a litteratura medica sobre a prenhez ectopica.

No *Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas* de 1848 (2.º semestre, pag. 329) encontra-se um artigo intitulado: «Prenhez extra-uterina. Caso singular observado em Loanda (Angola) pelo snr. A. L. Teixeira Crespo». Por nos parecer que se tratava d'uma ruptura uterina e não de prenhez ectopica, não registamos esta observação.

Seguir-se-hiam por ordem bibliographica as observações v (1862), II (1864), III (1864), IV (1864) e VI (1871) e VII (1872).

Em 1871 faz na sua these o snr. Cunha e Souza re-

⁽¹⁾ Não nos foi possível lêr este trabalho: é citado pelo Dr. Costa Simões in *Gravidez extra-uterina de mais de 43 annos*, pag. 126.

ferencia a dois casos cujas peças anatomicas se encontravam no Museu de Anatomia Pathologica da Escola Medica de Lisboa, mas não indica a epocha em que esses casos foram observados.

Termina aqui o primeiro periodo historico da gravidez extra-uterina em Portugal.

Começa então uma nova epocha em que a asepsia permite intervenções mais arrojadas, e o prognostico se modifica; pertencem a este periodo as restantes observações que publicamos.

Etologia e Pathogenia

O conhecimento da etiologia e pathogenia da gravidez ectopica tem grande importancia, não só pelo interesse que nos despertam os phenomenos da fecundação, mas ainda porque n'elle devemos basear o tratamento preventivo da recidiva, que é bastante frequente.

Se a fecundação do ovulo e a sua evolução normal têm pontos obscuros que nem a physiologia nem a anatomia comparada conseguiram desvendar, menos conhecida é ainda a etiologia da gravidez ectopica. Por observações e experiencias feitas n'alguns mamíferos, sabe-se que a fecundação se dá sempre fóra do utero, no terço externo da trompa ou mesmo no ovario.

O espermatozoide, dotado de grande mobilidade, caminha atravez da trompa até ao encontro do ovulo; este é transportado para a cavidade uterina pelas celhas vibratéis do epithelio tubario, que n'este sentido dirigem os seus movimentos. O ovulo á medida que caminha para o utero vae-se envolvendo n'uma camada de fibrina, que difficulta e depois impede completamente a sua fecundação.

Quaes são as causas que impedem o ovo de chegar até á cavidade uterina e permitem a sua implantação e

o seu desenvolvimento n'uma situação anormal? Vamos expôr as varias theorias apresentadas para explicar o phenomeno; são todas mais ou menos acceptaveis, mas nenhuma está sufficientemente provada.

A idade e o numero de partos anteriores parecem não ter influencia sobre a maior ou menor frequencia da gravidez ectopica.

a) Causas moraes

Uma emoção profunda durante o coito ou pouco tempo depois tem sido indicada como causa de gravidez extra-uterina. Se alguns auctores a contestam, como por exemplo Paquy que a considera uma «concepção infantil», Baudelocque, Desgranges e muitos outros a admittem, tendo publicado observações para justifica-la.

Astruc explica a maior frequencia da gravidez ectopica nas mulheres solteiras ou viúvas, pelo receio que têm de conceberem ou de serem surprehendidas em flagrante delicto.

Com effeito, não repugna admittir que um espasmo ou paralysis da trompa impeça o ovulo de penetrar no utero e motive uma gestação extra-uterina.

b) Deformações congenitas

As deformações congenitas das trompas, taes como a sua bifurcação ou a existencia de pavilhões accessorios, são muito raras e não podem ser invocadas como causas habituaes.

Segundo Karl Abel a gravidez tubaria desenvolve-se n'uma trompa sinuosa, mais ou menos moniliforme, tendo conservado o typo infantil.

O exame dos órgãos genitales nas frequentes interven-

ções, feitas em casos de gravidez ectopica, não tem demonstrado a existencia d'esta anomalia; só como causa absolutamente excepcional a podemos admitir.

c) Compressão e adherencias das trompas

A compressão por um tumor abdominal ou as curvaturas, produzidas na trompa pelas adherencias aos órgãos proximos, podem reduzir mais ou menos completamente a cavidade tubaria.

Se a obliteração é completa, o espermatozoide penetra pela trompa intacta e, por uma migração intraperitoneal, vae fecundar o ovulo no ovario ou na trompa opposta: se é incompleta, a cavidade tubaria, ficando permeavel em toda a sua extensão, póde permittir a passagem do espermatozoide, que é mais pequeno do que o ovulo, e reter este ao nivel do ponto retrahido.

As adherencias da trompa podem tambem impedi-la de adaptar o pavilhão á superficie do ovario na occasião da ruptura do folliculo de Graaf.

d) Salpingite descamativa

A theoria da salpingite descamativa, tambem chamada theoria de Lawson Tait, foi durante muito tempo considerada classica e ainda hoje alguns auctores a admittem; baseia-se comtudo em principios que não são verdadeiros e nem a clinica nem a anatomia pathologica a confirmam.

Lawson Tait julgava indispensavel a queda da mucosa uterina durante a menstruação para que o ovulo se fixasse na parede do utero; pensava tambem que as células ciliadas do epithelio tubario tinham por fim, não só facilitar a progressão do ovulo para o utero, mas tambem impedir que os espermatozoides penetrassem nas trompas.

A salpingite descamativa, destruindo as células ciliadas, permitia essa penetração e dava á trompa o aspecto da parede uterina depois da menstruação; o ovulo era assim fecundado na trompa e ali se fixava e desenvolvia.

Como se vê, os principios em que assenta a theoria de Lawson Tait não são hoje admittidos; nem as celhas vibráteis impedem os espermatozoides, dotados de grande mobilidade, de penetrarem nas trompas nem a fecundação se dá normalmente no utero, como elle affirmava.

Segundo Martin a mucosa tubaria deve estar completamente sã para permittir a fixação e o desenvolvimento do ovulo; se tiver havido algum processo morbido anterior é necessario que a restituição tenha sido feita *ad integrum* para que possa haver gravidez ectopica.

Com effeito, se se admite que a metrite é uma causa de esterilidade, pelo menos relativa, não podem as mesmas condições, que no utero difficultam o desenvolvimento do ovo, favorecer-lo na trompa.

Os exames histologicos de trompas grávidas, em diferentes estados de evolução, têm mostrado a ausencia de lesões inflammatorias e, como veremos adeante, a reacção grávidica da trompa, systematizada, proporcional á idade da gravidez e á proximidade do ovo, não parece ser o estigma d'um estado pathologico anterior.

A gestação extra-uterina nos animaes, hoje perfeitamente demonstrada, tambem é um argumento contra a theoria da salpingite descamativa; seria necessario que houvesse pelo menos uma outra causa para a explicar.

e) *Hereditariedade pathologica*

Roger Maur admite a influencia das causas já expostas, mas não as julga sufficientes. «Ao lado d'um phenomeno

mechanico — a disposição tubaria, ha um phenomeno de biologia geral», diz. Inspirando-se em Larger, que classificou todas as anomalias da gestação como estigmas de degenerescencia, considera a gravidez ectopica como tal.

E' necessario portanto procurar a sua causa nos antecedentes hereditarios ou no passado morbido, principalmente da mãe. Como os estigmas de degenerescencia n'uma familia se podem transformar, é preciso investigar os antecedentes nevropathicos, teratologicos ou obstetricos; a consaguinidade, a tuberculose, a syphilis e o alcoolismo podem talvez ter influencia.

A favor d'esta theoria, Roger Maur lembra ainda a raridade da gravidez extra-uterina nos camponezes, em contraste com a sua frequencia nas cidades, onde as condições de vida contribuem mais intensamente para a degenerescencia individual e familiar.

A gravidez ectopica, chegando raras vezes a termo, segue, segundo o mesmo auctor, aquella lei da pathologia geral, segundo a qual as familias de degenerados tendem a extinguir-se rapidamente.

Nem estes argumentos nem as observações apresentadas são sufficientes para confirmarem a theoria; contudo ella é interessante e as investigações n'este sentido mereciam ser proseguidas.

Como se vê, nenhuma das theorias propostas explica satisfactoriamente a implantação do ovo fóra da cavidade uterina: se algumas das causas apontadas podem provocar a gravidez ectopica, devem-no fazer accidentalmente, em casos excepcionaes; a causa habitual, que tão frequente torna esta anomalia, é-nos desconhecida.

Anatomo-physiologia

E' impossivel fazer actualmente um estudo anatomo-physiologico synthetico e sufficientemente completo da gravidez ectopica. Era necessario estudar previamente ovos vivos, de diferentes edades e pertencentes ás diferentes variedades de gravidez extra-uterina, para depois n'um estudo de conjuncto estabelecer a marcha geral da sua evolução, compara-la com a da gravidez intra-uterina e fixar as differenças caracteristicas de cada variedade de gestação.

A difficuldade, senão a impossibilidade, de obter exemplares nas condições exigidas, tem feito com que a anatomo-physiologia da gravidez ectopica se baseie quasi exclusivamente em observações de ovos mais ou menos alterados e contendo fetos mortos: taes observações são necessariamente bastante incompletas.

As classificações modernas da gravidez extra-uterina têm por base: 1.º a séde primitiva do ovo; 2.º a expansão secundaria do sacco fetal ou para o abdomen (*expansão abdominal*) ou para entre os dois folhetos do ligamento largo (*expansão intra-ligamentar*).

Têm sido feitas muitas divisões que nem sempre correspondem a factos devidamente averiguados e que nem a anatomo-physiologia nem a clinica justificam sufficientemente. A classificação de Pozzi, que adoptamos por ser a que melhor obedece aos principios que referimos, é a seguinte:

- I. **Gravidez tubaria** $\left\{ \begin{array}{l} \text{a) } \textit{intersticial} \\ \text{b) } \textit{isthmica} \\ \text{c) } \textit{empolar} \\ \text{d) } \textit{infundibular.} \end{array} \right.$

II. **Gravidez ovarica.**

III. **Gravidez abdominal.**

IV. **Gravidez desenvolvida n'um corno uterino rudimentar.**

Antes de estudar cada uma d'estas variedades de per si, faremos a descripção das modificações soffridas pelo organismo materno, e dos caracteres do ovo, communs a todas ellas.

*

*

*

Modificações do organismo materno

Além das perturbações d'ordem mechanica que o kysto fetal produz pelo seu volume e pelo seu peso, as quaes adeante referiremos, observam-se no organismo materno phenomenos analogos aos da gravidez normal.

Notam-se modificações nos seios, perturbações ner-

vosas e digestivas d'origem reflexa e sympathica, mais ou menos accentuadas, e ás vezes pigmentações anormaes.

Mas no aparelho genital e especialmente no utero é que essas modificações se accentuam, tornando-se um elemento de diagnostico de grande valor: são de natureza mixta, devidas ao mesmo tempo a phenomenos trophicos e ao augmento geral da circulação pelvica.

Parece serem tanto mais intensas quanto mais proximo do utero se fez a implantação do ovo e quanto mais adeantada é a evolução da gravidez.

Depois da morte do feto, passado approximadamente um mez segundo Pinard, o utero soffre uma involução, adquirindo ordinariamente os seus caracteres normaes.

A **situação do utero** varia conforme a séde do ovo, a idade da gravidez e o estado de vida ou de morte do feto. Pôde não ser deslocado, mas ordinariamente é impellido para deante e para cima contra a face posterior da symphyse publica, tornando-se difficilmente accessivel pelo toque (obs. LXII); n'esta situação inclina-se ás vezes para a direita ou para a esquerda, arrastando mais ou menos a bexiga comsi'o. E' então facilmente notado pela palpação e apresenta-se com a fôrma d'um pequeno tumor, um pouco maior do que um utero normal, separado do kysto fetal por um sulco mais ou menos perceptivel, e com differenças de consistencia que é importante verificar.

Outras vezes é repellido para traz e o kysto fetal, collocado adeante, torna-o inaccessible á palpação; só poderemos apreciar a sua direcção e as suas dimensões pela hysterometria. N'alguns casos o utero desce, apparecendo na abertura vulvar (obs. XII).

Além d'estas deslocações o utero pôde não conservar a sua direcção normal, soffrendo flexões ou versões em todos os sentidos, o que augmenta a difficuldade de n'alguns casos fazer uma delimitação precisa.

A **hypertrophia do utero** é constante e mais ou menos consideravel, consoante a séde e a idade da gravidez (obs. vi). Segundo Cazeaux a multiparidade é uma condição que predispõe o utero a hypertrophiar-se mais do que nas nulliparas; o augmento de volume do corpo do utero é ordinariamente comparavel ao que apresenta o utero gravido de 2 a 3 mezes, mas pôde ser muito mais consideravel; Fraënkell verificou uma altura uterina de 20 centimetros n'um caso de gravidez tubaria de 8 mezes. Geralmente mede-se apenas a altura da cavidade uterina por meio do hysterosmetro; mas segundo Cazeaux parece que o augmento se dá em todos os diametros internos e externos do órgão e é approximadamente proporcional ao comprimento normal do diametro considerado. Segundo o mesmo auctor a hypertrophia faz-se á custa do corpo uterino nas primiparas, ao passo que nas multiparas o collo toma tambem uma parte activa no augmento de volume do utero.

A **consistencia do utero** é muito modificada. O corpo é molle e pastoso; o amolecimento do collo (obs. vi, x e xii) não é nunca tão completo nem tão profundo como na gravidez uterina, mas existe sempre que o feto extra-uterino está vivo.

A **mucosa uterina** hypertrophia-se, soffre modificações mais ou menos analogas ás que se passam na mucosa d'um utero gravido e transforma-se em caduca. Essas modificações consistem na transformação do epithelio que se torna cubico, no desenvolvimento das glandulas, na hypertrophia do chorion cujos elementos cellulares, dissociados pelo edema, tomam os caracteres das cellulas deciduaes.

Ao mesmo tempo os capillares desenvolvem-se e a sua ruptura frequente origina os corrimentos sanguineos, que constituem um dos symptomas mais constantes da gravidez ectopica (obs. i e vii).

A intensidade d'estas modificações é muito variavel e talvez dependente da séde e da idade da gravidez; mas ainda não possuímos elementos para tirar conclusões a este respeito.

A *caduca uterina* é constituida pela camada superficial da mucosa do utero modificada e é expulsa em retalhos ou inteira, reproduzindo o molde da cavidade uterina augmentada de volume (obs. VII e IX).

Caracteres do ovo

O ovo tem sempre dois involucros d'origem fetal: o chorion, que é villosa em toda a superficie durante as primeiras semanas, e o amnios.

O liquido amniotico é mais ou menos abundante e reabsorve-se ás vezes completamente depois da morte do feto.

A forma e as dimensões da placenta variam conforme o seu ponto de implantação.

*

* *

I. Gravidez tubaria

Nas 67 observações que publicamos, ha 48 em que a localização do ovo está indicada: em 1 caso a gravidez é abdominal e nos 47 restantes é tubaria, o que dá uma percentagem de 97,9. Esta grande frequencia, que é confirmada por todas as estatisticas, dá á gravidez tubaria uma importancia especial.

Conforme a porção da trompa em que o ovo se implanta, assim a gravidez se diz *intersticial*, *isthmica*, *empolar* ou *infundibular*.

Antes de descrevermos cada uma d'estas variedades de per si, estudaremos os caracteres que são communs á gravidez isthmica e á gravidez empolar durante os primeiros mezes da sua evolução, baseando-nos nos trabalhos de Couvelaire cujas conclusões são interessantes debaixo de muitos pontos de vista.

Modificações da trompa grávida fóra do sacco

As modificações da trompa fóra do sacco devem ser estudadas longe do ovo e proximo d'este; claro está que não nos referimos ás modificações accidentaes, como polyps intra-tubarios, fibromas, etc., que nenhuma relação têm com a reacção gravidica da trompa.

Longe do ovo e durante as primeiras semanas da gravidez não se notam modificações no epithelio da trompa, ha apenas uma hypertrophia do systema vascular em todas as camadas da parede, o que augmenta um pouco a sua espessura.

Mais tarde, entre o segundo e o terceiro mez, as modificações accentuam-se e tornam-se mais intensas, á medida que nos approximamos dos polos do sacco. A hypertrophia, até então limitada ao systema vascular, estende-se a todos os elementos conjunctivos e musculares; o epithelio de revestimento, cylindrico e ciliado, torna-se n'alguns pontos achatado, sub-cubico.

Proximo do ovo, nos polos do sacco, as modificações são mais intensas e precoces. Nas primeiras semanas nota-se uma hypertrophia de todas as camadas, com hyperplasia dos elementos musculo-conjunctivo-vasculares.

Mais tarde a parede da trompa é séde d'uma hyper-

leucocytose notavel e as pregas da mucosa encostam-se, circumscrevendo fundos de sacco pseudo-glandulares.

Em resumo, podemos dizer que as modificações da trompa fóra do sacco são tanto mais accentuadas quanto mais avançada é a gravidez e quanto mais proximo do sacco fôr o ponto considerado.

Topographia do ovo no sacco tubario

O ovo ectopico insere-se apenas sobre uma parte da parede tubaria; ao passo que um dos polos adhire á parede da trompa (*zona d'inserção parietal do ovo*), o outro faz saliencia na cavidade tubaria, achatada e excentrica (*polo livre do ovo*), sem contrahir nenhuma adherencia pelo menos até ao terceiro mez da sua evolução.

A cavidade tubaria persiste permeavel em toda a extensão, mas fica reduzida no ponto d'implantação do ovo a uma fenda semi-lunar estreita e muito excentrica.

Quando se produz a apoplexia ovular a zona d'inserção parietal do ovo é distendida, sem que a parede tubaria livre participe d'essa distensão. A excentricidade da cavidade tubaria é assim exaggerada, evocando a ideia d'um «encastamento excentrico do ovo».

Parece que a maior parte dos casos, etiquetados de *gravidez diverticular*, *pseudo-diverticular* e *intra-parietal* resultam simplesmente d'esta excentricidade assim exaggerada.

Couvelaire relata um caso de gravidez isthmica, immediatamente juxta-uterina, que faz excepção ao que acabamos de dizer. O ovo em vez de se fixar sobre um ponto limitado, adheria a toda a circumferendia da trompa, inse-

rindo em toda ella as suas villosidades choriaes; a cavidade tubaria estava assim completamente obliterada.

Este caso, que póde parecer excepcional, é talvez a regra n'esta variedade topographica e explica-se pelas condições anatomicas da região: cavidade muito exigua e superficie de revestimento epithelial da mucosa muito pouco consideravel.

Zona d'inserção parietal

Da quarta semana até ao fim do terceiro mez não se encontra, segundo Couvelaire, ao nivel da inserção parietal do ovo na trompa nenhum elemento histologico que recorde o epithelio tubario ou seja assimilavel á camada esponjosa da caduca uterina. O espaço intervilloso é separado da parede musculo-conjunctivo-vascular do sacco tubario por uma camada irregular de elementos cellulares, de morphologia variada, mais ou menos encaستados n'um estroma intercellular.

Esta camada, a que Couvelaire chama *capsula externa do ovo*, tem uma espessura muito variavel, conforme os pontos considerados, e estende-se formando a esse espaço intervilloso um pavimento regular, erigado de saliencias mais ou menos proeminentes, que podem chegar até á proximidade da lamina chorial.

Os histologistas discordam profundamente sobre a origem d'esta camada capsular.

Para uns é equivalente á caduca uterina: é uma caduca serotina d'origem materna; para outros, esta capsula é d'origem exclusivamente fetal. Couvelaire, que estudou este ponto cuidadosamente, julga, sem comtudo se pronunciar d'um modo decisivo, que «a capsula externa do ovo é

constituída por elementos d'origem fetal que substituíram os elementos maternos».

Entre a capsula externa do ovo e a parede do sacco não ha limite nitido: na proximidade immediata d'esta capsula a parede tubaria apresenta uma intensa infiltração leucocytaria diffusa, que constitue desde as primeiras semanas o phenomeno mais nitido da reacção materna.

A parede do sacco fóra da zona d'inserção parietal do ovo tem uma espessura e uma estrutura muito differente, segundo a idade da gravidez e segundo as regiões.

No principio da gravidez não ha modificações nem na natureza nem na disposição topographica dos elementos anatomicos. A parede do sacco é musculo-conjunctivo-vascular e apenas se nota n'esta epocha um augmento do numero e do volume dos vasos sanguineos e lymphaticos e ligeiro edema do tecido conjunctivo. Mais tarde, no fim do segundo mez, estas modificações accentuam-se, notando-se então a hypertrophia dos feixes musculares e a sua dissociação irregular.

No terceiro mez a parede do sacco é sobretudo conjunctiva ou conjunctivo-vascular; existem poucos feixes musculares que estão dispersos e dissociados pelo tecido conjunctivo.

A espessura da parede do sacco é muito variavel; é mais consideravel ao nivel do polo livre do ovo do que na zona d'inserção parietal e, n'esta, é tanto menor quanto mais proximo da zona de ruptura fôr o ponto considerado.

Quando a implantação do ovo se faz no sector mesosalpingiano da trompa, a parede do sacco é reforçada pelos elementos musculo-conjunctivo-vasculares do meso-salpinx.

Polo livre do ovo

Como já dissemos, durante os primeiros mezes d'evolução da gravidez a cavidade da trompa persiste permeavel em toda a sua extensão, mas reduzida ao nivel do ovo a uma fenda estreita e excentrica. O polo livre do ovo é limitado do lado da cavidade tubaria por uma membrana, que continua directamente com a capsula externa parietal do ovo e que como ella é formada por um estroma de fibrina, em cujas malhas se encontram grupos de cellulas polygonaes, claras, com grandes nucleos.

A mucosa tubaria na parte correspondente ao polo livre do ovo é absolutamente normal nas primeiras semanas da gravidez; mais tarde o epithelio torna-se cubico e os elementos musculares da parede hypertrophiam-se e são dissociados por um tecido conjunctivo abundante, muitas vezes edematoso.

Parece pois que a capsula externa do ovo é constituida exclusivamente por elementos d'origem fetal, tanto no polo livre como na zona d'inserção parietal.

Não existe na gravidez tubaria uma caduca reflectida d'origem materna analoga á do ovo intra-uterino.

a) *Gravidez intersticial*

E' a variedade mais rara da gravidez tubaria. Lawson Tait em 100 casos de gravidez tubaria apenas encontrou um em que a implantação do ovo se tinha feito na porção intersticial da trompa; nas nossas observações ha um caso classificado como tal (obs. viii).

A exiguidade da cavidade, a pouca elevação e espessura das pregas da mucosa tubaria e as relações intimas d'esta parte da trompa com o musculo uterino dão a esta

variedade de gravidez ectopica uma certa individualidade que seria interessante conhecer em todos os seus aspectos evolutivos; infelizmente os nossos conhecimentos são muito incompletos n'este particular.

O kysto fetal faz corpo com o utero, constituindo um tumor sessil que coifa e deforma o corno uterino; o ligamento redondo insere-se fóra do ovo.

A expansão pôde fazer-se parcialmente atravez do *ostium* uterino dilatado.

b) Gravidez isthmica

As estatisticas bibliographicas baseadas sobre observações de differentes auctores que raras vezes indicam a séde exacta da implantação do ovo, não nos permittem avaliar com precisão da frequencia relativa das variedades da gravidez tubaria: comtudo está averiguado que a gravidez isthmica é muito menos frequente do que a gravidez empolar. A estatistica de Martin, cuidadosamente feita, e baseada em observações pessoaes, accusa 8 casos em 77 de gravidez tubaria.

Em 7 casos de gravidez isthmica de menos de dois mezes, estudados por Couvelaire, a topographia do sacco fetal era sempre a mesma: situado perto do utero, no bordo superior da aza media do ligamento largo, livre, ou com pequenas adherencias e proeminente na cavidade abdominal.

A implantação do ovo pôde fazer-se em qualquer ponto da circumferencia interna da trompa. A expansão do sacco é quasi sempre abdominal: a obs. xxv refere-se a um caso de gravidez isthmica cuja expansão foi intra-ligamentar.

c) *Gravidez empolar*

Martin em 77 casos de gravidez tubaria, menciona 57 em que o ovo se tinha fixado na empola da trompa; Couvelaire em 35 casos menciona 25. Todas as estatisticas são concordes em que é esta a variedade mais frequente da gravidez tubaria.

O *ostium abdominal* pôde conservar-se aberto ou obliterar-se devido á congestão e edema das franjas e do tecido muscular e seroso subjacente.

Segundo Pozzi esta obliteração faz-se muito precocemente, porém Couvelaire nunca a observou nos casos de gravidez de 1 a 2 mezes. Seja qual fôr a epocha em que isso se dá, o que é facto é que as duas eventualidades podem existir dando origem a duas variedades de sacco empolar: fechado ou aberto.

O sacco empolar *fechado* pôde ser devido a dois processos diferentes. Umas vezes é o *ostium* abdominal que se oblitera como acima dissemos, deixando de existir a comunicação entre a empola e a cavidade abdominal; outras vezes o *ostium* abdominal dilata-se e é a base do *infundibulum* que se fecha por convergencia das franjas e reunião das suas extremidades por neo-membranas exteriores. O sacco primitivamente empolar torna-se assim *empolo-infundidular* fechado, continuando comtudo a ser unicamente tubario.

O pavilhão toma assim parte na constituição do sacco, que sendo primitivamente empolar se torna *empolo-infundibular*, sem deixar de ser unicamente tubar.

Quando a gravidez evoluciona até ao 3.º ou 4.º mez é extremamente difficil, e ás vezes impossivel, encontrar vestigios do pavilhão mesmo na superficie interna do sacco.

No sacco empolar *aberto* a comunicação faz-se entre a empola e a cavidade abdominal atravez o *ostium*; as

franjas do pavilhão mais ou menos turgescentes conservam a sua topographia normal, ou evertem-se e estendem-se sobre a superficie exterior do sacco.

A *expansão do sacco* fetal póde fazer-se na direcção da cavidade peritoneal ou entre os dois folhetos do ligamento largo.

A *expansão peritoneal* póde fazer-se por dilatação progressiva sub-peritoneal da empola, e o sacco fica *exclusivamente tubario*; ou o sacco é ao mesmo *tubario* e *intra-peritoneal* sendo constituido em parte pela parede da trompa, em parte pelas neo-membranas que o fixam aos órgãos proximos.

Esta evolução tubo-peritoneal secundaria póde effectuar-se por dois mechanismos differentes: Uma vez é directamente pelo *ostium* abdominal dilatado que se faz a expansão intra-peritoneal: a gravidez toma o nome de *tubo-abdominal secundaria directa*. Outras vezes é atravez d'uma ruptura da parede tubaria que o ovo se torna tubo-abdominal para constituir uma gravidez *tubo-abdominal secundaria indirecta*.

A **expansão intra-ligamentar** resulta do desenvolvimento excentrico do sacco entre os dois folhetos do ligamento largo; e dá-se quando a placenta se insere no sector meso-salpingiano da circumferencia tubaria.

Schuchardt considera tres variedades: *a)* quando a tunica muscular da trompa no sector meso-salpingiano persiste intacta; *b)* quando esta tunica desaparece por distensão; *c)* quando o ovo se rompe entre os dois folhetos do ligamento largo, e ahí continua a sua evolução. A existencia d'esta ultima variedade, ainda que possivel, não está demonstrada.

Couvelaire distingue na evolução intra-ligamentar dois graus:

1.º Evolução intra-ligamentar parcial, fazendo-se a

maior parte das vezes na porção mais externa tubo-ovarica do ligamento largo; o sacco fica livre ou adhire secundariamente aos órgãos proximos.

2.º Evolução intra-ligamentar completa, em que o sacco está profundamente encravado na bacia, e o utero é desviado lateralmente: é excepcional.

Um caracter importante dos saccoes fetaes empolares, é serem pelo menos nos primeiros estadios da sua evolução providos d'um pediculo, constituído pela parte interna não grávida de trompa, e pelo meso-sapinge, que é sufficientemente longo e flexivel para permittir á empola mudanças de situação analogas áquellas que é commum encontrar nas salpingites.

Este pediculo póde:

- a) Conservar a sua situação habitual;
- b) Encurvar-se: a empola grávida cáe com o ovario no fundo do sacco intra-uterino e ahi se desenvolve contrahindo adherencias com os órgãos proximos. Póde-se produzir assim por adherencias ou formação de falsas membranas, um verdadeiro encapsulamento secundario, que reforça o sacco;
- c) Torcer-se: a torsão póde não ter consequencias para o desenvolvimento do ovo, mas ás vezes produz uma apoplexia salpingiana que lhe é fatal.

d) *Gravidez infundibular*

Resulta da implantação do ovo no *infundibulum* ou n'um pavilhão accessorio. Muitas vezes se confunde com a gravidez abdominal, sobretudo quando o ovo está fixado na franja tubo-ovarica.

A observação XI descreve um caso que foi classificado como de gravidez tubo-abdominal, mas que nos parece ter sido infundibular.

*
* *

II. Gravidez ovarica

A gravidez ovarica dá-se quando o ovulo é fecundado e se desenvolve no folliculo de Graaf. Lawson Tait e muitos outros auctores negam a sua existencia, baseando-se uns no facto de nunca a terem encontrado, outros em considerações theoricas que se não justificam. Assim, Webster só considera possivel a implantação do ovo em tecidos capazes de se transformarem em caduca. Como vimos, essa transformação não se dá na gravidez tubaria e ninguém contesta por isso a sua existencia.

Ainda que muitas observações publicadas como de gravidez ovarica não sejam na realidade senão ovos tubo-abdominaes com adherencia secundaria do ovario á sua parede, a existencia d'esta variedade de gestação ectopica está perfeitamente averiguada. E' porém excepcional; nas observações portuguezas ha uma que foi classificada pelo snr. Prof. Azevedo Maia como tubo-ovarica (obs. x); a placenta adheria ao ovario e ao pavilhão.

A caracteristica anatomica da gravidez ovarica é para Heineken a presença da placenta no interior do ovario, com desenvolvimento abdominal do sacco fetal; Werth considera como ovarica toda a gravidez em que o sacco fetal provem dos annexos, sem participação da trompa.

Eva Conheim, depois de estudar as observações e as criticas dos differentes auctores, conclue que os signaes necessarios para fazer o diagnostico d'uma gravidez ovarica são os seguintes:

Nos casos pouco avançados — 1.º integridade da trompa; 2.º presença de villosidades choriaes no interior do ovario.

Nos casos avançados — 1.º ausencia do ovario; 2.º integridade da trompa correspondente; 3.º séde ovarica da placenta.

*

* *

III. Gravidez abdominal

A existencia da gravidez abdominal primitiva tem sido contestada. Lawson Tait, diz: «Não posso admittir que o ovulo fecundado seja capaz de germinar na cavidade peritoneal visto o consideravel poder d'absorção d'esta serosa. Os casos descriptos debaixo do nome de gravidez abdominal são evidentemente excepçoes: referem-se a casos de gravidez tubaria com obstrucção da trompa e ruptura ao terceiro mez, cahindo o feto no peritoneo ao passo que a placenta conserva alguma adherencia na zona de implantação primitiva. Assim se fórma secundariamente uma gravidez abdominal: a placenta desenvolvendo-se ultrapassa a trompa e insere-se sobre os órgãos proximos, peritoneo e epiploon».

Kelly, Bandl e ainda outros cirurgiões são da mesma opinião.

Apesar da auctoridade d'estes auctores, a sua opinião não póde ser acceite, porque ha observações que não nos deixam duvidas sobre a implantação do ovo fóra do aparelho genital. Entre outros, conhecemos o caso descripto por Gutierrez em 1904, em que a implantação da placenta se fazia sobre o grande epiploon, e os órgãos genitales estavam absolutamente sãos: foi um caso de gravidez abdominal primitiva que evoluciou até ao termo, o que é excessivamente raro.

Nas nossas observações ha um caso (obs. xxxii) que foi considerado pelo snr. Prof. Custodio Cabeça como «fórma abdominal».

*

* *

IV. Gravidez desenvolvida n'um corno uterino rudimentar

A existencia d'um corno uterino rudimentar é uma anomalia rara, o que torna esta variedade de prenhez ectopica muito pouco frequente. Nas nossas observações não ha nenhum caso que tenha sido classificado como tal.

A sua historia clinica e anatomo-physiologica é ainda mal conhecida, sendo difficil e muitas vezes impossivel distinguir se o ovo se fixou e desenvolveu na porção intersticial da trompa ou n'um corno uterino rudimentar. Pozzi diz que o ligamento redondo está situado na parte interna do sacco fetal quando a gravidez é tubaria, e na parte exterta quando o ovo se implantou no corno uterino. Se isto fosse exacto seria facil a distincção, mas, como já dissemos, na gravidez intersticial o ligamento redondo insere-se tambem fóra do ovo.

Evolução — Complicações

Quando a prenhez ectopica é abandonada á sua evolução espontanea póde o feto desenvolver-se normalmente até á epocha da viabilidade ou até ao termo sem provocar accidentes graves (obs. I, III, IV, VI e LV).

Muitas vezes produz-se então *falso trabalho* que póde dar a illusão de que se trata d'um parto normal; as dôres são mais ou menos intensas e devidas a contracções uterinas; a secreção lactea estabelece-se com todo o apparatus symptomatico que a precede; os movimentos do feto acceleram-se e a metrorrhagia reaparece. Mas o collo do utero não se modifica, a bolsa das aguas não se fórma e debalde se espera por um parto que se não realisa. Passados alguns dias todo este apparatus symptomatologico se acalma a pouco e pouco; os movimentos do feto vão afrouxando para deixarem de existir no fim d'um tempo mais ou menos variavel; as dôres abrandam a pouco e pouco, podendo desaparecer completamente; a secreção lactea pára bem como as metrorrhagias, o ventre diminue de volume e algumas semanas depois a menstruação restabelece-se, continuando nas epochas normaes com os caracteres que lhe são proprios.

A descrição que acabamos de fazer resulta das obs. I e III que são das mais interessantes e completas que se encontram na litteratura medica: na obs. I os movimentos do feto deixaram de existir desde os primeiros dias do falso trabalho; na obs. III só nos «meados do undecimo mez a datar da concepção cessaram de todo».

A morte do feto póde dar-se em qualquer epocha da sua evolução, sem ruptura ou descolamento do ovo e sem que se observem os phenomenos do falso trabalho. Em qualquer dos casos começa um novo cyclo evolutivo; deixa de haver gravidez para apenas existir uma retenção fetal.

O liquido amniotico reabsorve-se mais ou menos completamente, a placenta atrophia-se, as paredes do sacco retrahem-se e o seu volume diminue; exteriormente nota-se a diminuição successiva do volume do ventre (obs. I).

Comtudo Pinard observou um caso em que depois da morte do feto o kysto fetal augmentou de volume durante dois mezes pela accumulacão de liquido na epocha menstrual.

Casos ha tambem em que a placenta conserva a sua vitalidade durante algumas semanas depois da morte do feto e até continua a desenvolver-se, conforme verificou Lawson Tait.

O kysto fetal, assim retido na cavidade abdominal, sofre modificações muito variadas.

Póde calcificar-se, o que é pouco frequente e não sabemos em que condições se faz.

Küchenmeister, que estudou cuidadosamente o assumpto, admite as seguintes variedades: *lithokelyphos* — calcificação das paredes do sacco; *lithokelyphopaedion* — quando os saes calcareos se depositam nas camadas superficiaes do feto; *lithopaedion* — quando o feto calcificado,

sem sacco e sem membranas, está collocado directamente na cavidade abdominal.

E' ainda o caso relatado na obs. I pelo Prof. Costa Simões que pôde ser considerado como typo d'uma d'estas fórmas d'evolução; as membranas ovulares e os tegumentos do feto constituíam «uma só membrana mais ou menos incrustada de saes calcareos em que predominavam os elementos histologicos do tecido conjunctivo e do tecido elastico».

A conservação do feto era perfeita: «A côr e consistencia dos musculos e o aspecto e flexibilidade de todo o canal intestinal, etc., mal poderiam distinguir-se do que ordinariamente se vê nos cadaveres de fetos com órgãos d'eguaes dimensões».

Posteriormente (1883) á observação do Prof. Costa Simões, foi apresentado por Sappey á Academia de Sciencias de Paris um caso analogo, em que a retenção havia durado 56 annos; o feto parecia qua «tinha acabado de adormecer; a pelle, os órgãos superficiaes, as visceras, os musculos e todas as partes molles tinham conservado a consistencia e côr normaes. Apenas as paredes do kysto tinham soffrido a incrustação calcarea; eram extremamente duras e de superficie irregular».

A's vezes as partes molles do feto reabsorvem-se juntamente com o liquido amniotico e no sacco apenas fica o esqueleto do feto; foi o que succedeu no caso relatado na obs. III, em que se distinguíam pelo tacto atravez a parede abdominal, os ossos do feto existentes dentro do kysto fetal.

Todos estes modos d'evolucionar da retenção fetal são raros; a maior parte das vezes o feto é macerado e putrefaz-se. Ao contrario do que succede na gravidez intra-uterina, em que depois do feto morto a infecção nunca se dá enquanto o ovo se conserva intacto, na gravidez ecto-

pica a infecção faz-se facilmente, devido á proximidade do intestino e á finura e natureza das paredes do sacco.

E' a complicação mais grave da retenção prolongada. O kysto fetal pôde tornar-se assim o ponto de partida d'uma septicemia ou d'uma peritonite generalizada e rapidamente mortal. A peritonite pôde porem ser localizada e determinar adherencias com os órgãos proximos; o kysto fetal abre-se então para o exterior ou n'uma cavidade visceral, eliminando o seu conteúdo.

Nas nossas observações encontramos exemplos interessantes d'estes modos de terminação. No caso relatado na observação iv a eliminação do kysto fetal começou a fazer-se por um orificio aberto espontaneamente no umbigo, que o cirurgião depois dilatou extrahindo por elle todos os ossos do feto: intervenção feliz e prudente, tanto mais que n'aquella epocha (1851) a gravidade da cirurgia abdominal contra-indicava qualquer operação mais radical.

A observação v refere-se a um caso em que o kysto fetal se abriu no intestino, tendo sido expellida pelo anus a metade esquerda do osso coronal; é um modo de terminação muito frequente dos kystos fetaes suppurados. A observação vi relata-nos um caso interessante de ruptura do kysto fetal na bexiga e formação consecutiva de uma fistula vesico-uterina.

Todos os casos que acabamos de descrever constituem fórmias raras d'evolução da gravidez ectopica. A maior parte das vezes a gestação é interrompida durante os primeiros mezes da sua evolução por hemorragias intra-tubarias ou ruptura do sacco.

As hemorragias intra-tubarias podem ser provocadas por traumatismos, ou congestões do aparelho genital: mas a causa real é a acção terebrante das villosidades sobre as paredes da trompa.

A intensidade da hemorrhagia é muito variavel.

Se é pequena, póde ficar limitada no interior do sacco dando origem a um hemato-salpinge, que póde reabsorver-se completamente sem deixar vestígios.

Quando a hemorrhagia é maior, as contrações da trompa podem expulsar o sangue para a cavidade abdominal ou para o utero, sem contudo haver ruptura da trompa. Póde ao mesmo tempo produzir-se a sahida do embrião para fóra da trompa: é o aborto tubario. Conforme a séde do ovo é mais proxima do *ostium* abdominal ou do *ostium* uterino, assim o ovo será expulso para a cavidade abdominal — aborto tubo-abdominal — ou para a cavidade uterina — aborto tubo-uterino.

A parede tubaria na zona d'inserção pariteal do ovo torna-se irregular, adelgaça-se, e a distensão produzida pelo derrame sanguineo provoca a sua ruptura. Esta póde ser punctiforme, difficilmente perceptivel, ou extensa com bordos irregulares e lacerados: a hemorrhagia que se produz é ás vezes sufficiente para provocar rapidamente a morte.

Quando a expansão do sacco é intra-ligamentar a hemorrhagia póde fazer-se para entre os dois folhetos do ligamento largo e fórma-se assim uma cavidade que não é susceptivel de se distender indefinidamente; a hemorrhagia pára pela contra-pressão do sangue derramado.

Se a hemorrhagia se faz para a cavidade abdominal as consequencias são diversas conforme o peritoneo está são ou mais ou menos alterado.

Quando a serosa está mais ou menos inflammada, existem adherencias que rapidamente enkystam o derrame sanguineo, constituindo um loco limitado; a hemorrhagia pára pelo processo acima indicado.

Quando o peritoneo está são o sangue não encontra obstaculos e continua a correr sem interrupção; se uma intervenção rapida não fizer a hemostase, a morte é uma consequencia fatal.

Recidiva

A recidiva da gravidez ectopica tem para alguns auctores uma importancia tal, como elemento de prognostico, que aconselham fazer, sempre que se tenha de intervir, a salpingectomia dupla com o fim de a evitar.

Assim, Lawson Tait diz: «Deixar uma trompa de Fallopio a uma mulher victima d'uma gravidez extra-uterina, é pôr em perigo sem necessidade a sua vida para o futuro, se é que não é criminoso.»

Veremos, a proposito do tratamento, quaes são as indicações therapeuticas, que devemos tirar dos nossos conhecimentos actuaes sobre esta questão.

A primeira memoria sobre o assumpto é devida a Puech; e foi publicada em 1879; numerosos trabalhos lhe tem succedido, uns relatando observações pessoas, outros procurando n'um estudo de conjuncto esclarecer a etiologia ou tirar conclusões clinicas. D'estes os mais importantes são a memoria de Varnier apresentada em 1900 á *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris* e as theses de Sens (1901), Haret (1901), Martin (1901) e Sauvé (1906).

Frequencia—As estatísticas pessoais dos diferentes operadores são muito irregulares. Veit em 12 operações accusa 3 recidivas ectópicas; Strauch 5 casos em 92 operações; Routier 1 em 16; Dührsen 2 em 36; mas Bouilly em 80 casos e Schwartz em 40 não encontraram nenhuma. Nas observações portuguezas, também não houve nenhuma recidiva conhecida.

E' impossível com taes elementos tirar uma conclusão segura; mesmo para se fazer uma ideia approximada, servindo-nos das estatísticas bibliographicas, necessariamente muito incompletas, era preciso recolher todos os casos publicados de gravidez ectópica e de recidiva e estabelecer a sua proporcionalidade. Seria um trabalho interessante mas para que não possuímos elementos.

Muitos auctores, tendo em conta apenas o numero total de recidivas conhecidas, concluem com Varnier: «A recidiva da gravidez extra-uterina é muito mais frequente do que se tem imaginado.»

Sens diz: «Ha tendencia manifesta á repetição da gravidez extra-uterina.»

Parece-nos que a unica conclusão que actualmente se pôde tirar é a de Schuhl: «A gravidez extra-uterina observa-se mais frequentemente nas mulheres que já tiveram uma gravidez extra-uterina do que n'aquellas que não tiveram senão gestações normaes.»

Caracteres da recidiva—Cœ, n'uma laparotomia feita em 1892, encontrou no ligamento largo direito o sacco d'uma gravidez ectópica, que 12 annos antes tinha evoluído até ao 3.º mez; por baixo d'este, havia outro sacco roto d'uma gravidez, cujo feto vivo, de 3 a 4 mezes, fluctuava no sangue existente na cavidade abdominal.

E' esta a unica observação que existe de recidiva na mesma trompa; fazendo-se ordinariamente a extirpação da

trompa com o kysto fetal, comprehende-se bem que a segunda gravidez ectopica não se possa dar senão no lado opposto.

Não ha observação nenhuma de tres casos de gravidez ectopica occorrerem na mesma mulher, porém Varnier e Sens admittem a sua possibilidade; se a recidiva na mesma trompa se póde dar, como o demonstra a observação de Coë, comprehende-se que a trompa opposta possa por sua vez ser séde do mesmo phenomeno.

O tempo decorrido entre a primeira e a segunda gravidez ectopica é muito variavel: n'uma observação de Zangmeister, os primeiros signaes da recidiva foram notados 6 semanas depois da 1.^a intervenção cirurgica; na observação de Coë que acima referimos, o intervallo foi de 12 annos. Entre estes dois extremos, segundo as estatisticas de Sens e de Haret, o maior numero de recidivas dá-se durante os dois annos seguintes á primeira intervenção.

Evolução—A evolução da segunda gravidez ectopica é na maioria dos casos identica á da primeira. Varnier, que insiste n'este ponto, diz não conhecer nenhum caso em que a primeira gravidez ectopica tivesse terminado pela ruptura ou pelo aborto tubario durante os primeiros mezes e em que a segunda evoluçionasse até ao termo ou terminasse pela retenção do feto morto: ao contrario, quando a primeira gravidez evoluçiona até ao termo é de regra succeder o mesmo na recidiva; este auctor só conhecia dois casos que faziam excepção.

Esta identidade na evolução tem um grande valor pratico, porque nos permite obter na historia da doente elementos que determinem a oportunidade d'uma segunda intervenção.

Entre a primeira gravidez ectopica e a recidiva póde haver um parto normal.

Symptomatologia

Na gravidez ectopica encontram-se os mesmos symptomas da gravidez uterina mais ou menos accentuados, conforme as mulheres e a idade da gestação. Mas é absolutamente excepcional que esses symptomas não sejam acompanhados de perturbações d'intensidade variavel, mas sempre sufficientes para nos fazerem pensar n'uma anomalia da gestação.

As **perturbações nervosas** são frequentes: mudança de character, syncopes, vertigens, nauseas, vomitos, sialorrhéa (obs. LXVII), etc.

A **dôr** é quasi constante; habitualmente começa antes das hemorragias, mas com intensidade e fôrma muito variaveis. E' um symptoma muito importante: segundo Cœ « é pathognomonica da gravidez ectopica, mas só em certas condições: a dôr tem n'estes casos o character d'uma colica viva, localisada nitidamente n'um lado, acompanhada d'uma fraqueza mais ou menos notavel e seguida d'uma remissão completa.

O pulso é acelerado durante o accesso mas não ha elevação de temperatura. A dôr violenta, dilacerante, acom-

panha a ruptura peritoneal e os accidentes d'hemorrhagia interna».

Na maioria dos casos começa á esquerda ou á direita, excepcionalmente na linha mediana. E' mais ou menos profunda, e irradia para o pubis, rim, coxa, região inguinal, etc.; ás vezes toma o character das colicas abdominaes. Póde adquirir uma persistencia e uma intensidade tal, que obrigue a doente a conservar-se deitada durante semanas, e mesmo forçar-nos a usar injeções de morphina.

Os **seios** podem augmentar de volume (obs. 1) e ao mesmo tempo haver a sensação de picadas. Este augmento accentua-se no fim da gravidez quando a evolução se faz até ao oitavo ou nono mez: a pressão faz ás vezes apparecer um pouco de colostro e na occasião do falso trabalho estabelece-se durante alguns dias a secreção lactea com a symptomatologia que ordinariamente a acompanha.

Ha quasi sempre uma hypertrophia do mammllo e pigmentação mais accentuada da areola.

Todas as outras *pigmentaões locais*, que são frequentes na gravidez uterina, raras vezes se observam na prenhez ectopica.

A **amenorrhéa** é um dos primeiros symptomas da gravidez ectopica. Durante muito tempo admittiu-se que a mulher grávida podia continuar a ser menstruada, mas hoje todos os parteiros concordam com Pinard, que diz: «A mulher prenhe não é regrada durante a gravidez ectopica nem durante a gravidez uterina. Podem-se produzir durante toda a gravidez hemorrhagias uterinas, mas estas hemorrhagias differem sempre das hemorrhagias catameniaes physiologicas por falta de periodicidade, assim como pela quantidade e qualidade do sangue perdido».

Na gravidez ectopica as perdas de sangue são muito frequentes e são um dos symptomas que mais despertam a attenção da doente.

Apparecendo e desaparecendo sem intervallos certos, são também muito irregulares na duração e na quantidade.

Duram apenas alguns dias ou prolongam-se durante semanas (obs. I), parando para voltar depois de um intervallo muito variavel.

Ordinariamente esta hemorragia é pouco abundante, mas continua; umas vezes é um liquido escuro, com pequenos coalhos, outras é mais claro.

Póde ou não ser acompanhada de dôres (obs. I); quasi sempre este corrimento é inodoro, mas n'alguns casos é fetido, provavelmente devido á falta de cuidados hygienicos.

Como se vê, o que caracteriza as hemorragias da gravidez ectopica é a irregularidade de todos os seus caracteres e o facto de não serem modificadas, nem pelo repouso nem pelas applicações therapeuticas. A's vezes a hemorragia é acompanhada da expulsão da caduca uterina e permite-nos então firmar o diagnostico.

A **expulsão da caduca uterina** é dolorosa e faz-se de fôrma muito variavel; umas vezes é expulsa inteira e reproduz como um molde a cavidade uterina augmentada (obs. VII); outras vezes é expulsa em retalhos maiores ou menores, que é necessario procurar com cuidado no meio dos coagulos e do sangue negro da hemorragia.

Esta expulsão da caduca é muito frequente, mas não é constante; as observações de Pinard mostram que póde faltar. Póde fazer-se em qualquer periodo da gravidez ectopica e, se ás vezes coincide com a morte do feto e com perturbações mais ou menos importantes da parte do ovo, taes como o descolamento ou a hemorragia, está comtudo demonstrado que a gravidez póde continuar a evolucionar normalmente, com o feto vivo.

Quando a caduca é expulsa inteira, póde ser confundida com um aborto.

As **perturbações da micção** são quasi constantes em todos os periodos da gravidez ectopica. O kysto fetal produz o deslocamento da bexiga e comprime-a, assim como á urethra, causando dôres e tornando as micções frequentes. N'alguns casos produz-se uma retenção urinaria que nos obriga a algaliar a doente para fazer o esvaziamento da bexiga (obs. LXVII).

As **perturbações de defecação** podem apresentar-se isoladamente ou acompanhar as perturbações vesicaes e observam-se tambem em todos os periodos da gravidez ectopica com maior ou menor intensidade.

Umas vezes a constipação é absoluta (obs. LXVII), sendo necessario combate-la por meio de purgantes ou clysteres; n'outras ha alternativas de constipação e diarrhea.

A defecação póde ser acompanhada de dôres.

As **modificações do utero** que já foram estudadas no capitulo da anatomo-physiologia e que por isso não repetimos são muito importantes e podem ser avaliadas pelos processos d'exploração gynecologica bem conhecidos: toque vaginal, palpação, hystero-metria.

Devemos salientar a importancia da endoscopia uterina, que nos permite verificar o estado da mucosa do utero; é um processo de d'exploração valioso, que deve entrar na pratica gynecologica diaria.

Os **caracteres do kysto fetal** são apreciados pela inspecção e pela palpação que podemos combinar com o toque vaginal. Teremos a notar: o volume, a fôrma, a situação e a consistencia.

Nas primeiras semanas o kysto fetal é pequeno e difficilmente perceptivel; á medida que a gravidez vae evolucionando assim o seu volume augmenta. A situação é muito variavel: umas vezes fixo, outras movel, ou occupa as partes lateraes da excavação pelvica ou dirige-se para

o hypogastro. E' arredondado ou alongado e a consistencia umas vezes é fluctuante outras mais ou menos renitente.

Os movimentos do feto e os ruidos do coração fetal notam-se com os mesmos caracteres da gravidez uterina: apenas o foco de auscultação é muito variavel.

Diagnosticco

O diagnostico de uma gravidez, qualquer que seja a séde, basea-se em signaes maternos e fetaes cujo valor é bem conhecido.

Durante os primeiros mezes é impossivel fazer um diagnostico certo; comtudo os symptomas que innumerámos quando investigados cuidadosamente, são na maioria dos casos sufficientes para estabelecer um diagnostico provavel que nos auctorisce a intervir.

De resto, debaixo do ponto de vista pratico do tratamento não é indispensavel fazer um diagnostico exacto; todas as affecções genitales com que a gravidez ectopica se póde confundir, exigem uma intervenção.

Quando os signaes fetaes nos permitem diagnosticar com certeza uma gravidez, resta-nos determinar a séde do ovo. E' impossivel faze-lo com precisão, mas a distincção entre a gravidez ectopica e a uterina é ordinariamente facil; as dôres, as hemorrhagias, e a presença ao lado do utero d'um tumor mais ou menos volumoso, são sufficientes para nos fazerem suspeitar d'uma anomalia da gestação. Se a estes symptomas se vier juntar a expulsão da caduca uterina, o diagnostico então não deixa duvidas.

Quando se suspeite da existencia d'uma gravidez ectopica, a palpação deve ser feita o menor numero de vezes possivel e com a maior prudencia; muitas vezes tem occasionado a ruptura do kysto fetal produzindo uma hemorragia rapidamente mortal.

O exame do utero pôde ser completado com a kyste-rometria que nos permite verificar ao mesmo tempo a sua vacuidade e o augmento de volume, que constitue um elemento importante

A endoscopia uterina dá-nos indicações sobre o estado da mucosa uterina e permite-nos verificar a causa da das metrorrhagias.

Prognostico

O prognostico da gravidez ectopica deve ser considerado separadamente para a mãe e para o feto.

Nas 67 observações que publicamos ha quatro casos (obs. I, III, IV e LV) em que a evolução do feto se fez até ao termo e um (obs. VI) em que, segundo parece, o feto attingiu a epocha da viabilidade. Se em todos estes casos tivesse havido uma intervenção opportuna é provavel que os fetos se salvassem.

Nos 62 casos restantes nem sempre está indicada a epocha da interrupção da gravidez, mas na maior parte deu-se antes do 4.º mez.

Todos os auctores estão concordes n'este prognostico: a morte do feto dá-se quasi sempre antes do 5.º mez; depois os accidentes são menos frequentes, e o feto que attinge este segundo periodo tem grande probabilidade de evolucionar até a epocha da viabilidade, e mesmo até ao termo.

Para a mãe, o prognostico era antigamente excessivamente grave: as hemorragias eram complicações terriveis quasi sempre fataes. A retensão do feto morto era considerada a terminação mais benigna. Com os progressos da

cirurgia abdominal, este prognostico foi-se modificando, sem contudo perder toda a gravidade. Nas nossas observações ha nove casos que terminaram pela morte da mãe (obs. X, XI, XII, XXVIII, XLII, XLVI, LVIII, LIX e LXII): é uma mortalidade bastante elevada.

A morte por hemorrhagia cataclymica é rara: na maior parte dos casos é a infecção consecutiva que a produz.

O kysto fetal depois da morte do feto deve ser considerado como um tumor que é indispensavel extirpar: não só constitue uma complicação grave para toda a gravidez intra-uterina ulterior, mas póde dar ainda origem aos varios accidentes que já indicamos, e que não raras vezes terminam pela morte.

Tratamento

A chamada cura espontanea da gravidez ectopica, isto é, a morte do feto e a sua retenção sem provocar accidentes, é, como já dissemos, um facto extremamente raro. Na quasi totalidade dos casos e n'uma epocha mais ou menos afastada, esses accidentes produzem-se, ás vezes com tal gravidade, que terminam pela morte; além d'isso a retenção do feto extra-uterino é sempre uma complicação séria para uma gravidez intra-uterina ulterior.

Quando as intervenções abdominaes eram d'uma gravidade de tal forma aterradora, que só em casos excepçionaes se podiam tentar, foram propostos muitos meios com o fim de matar o feto e provocar a sua retenção, diminuindo assim as probabilidades de hemorragias que o aborto ou a ruptura podiam produzir.

Empregaram-se as injeccões toxicas, a punção simples do kysto, a electricidade, etc.

Todos estes meios estão hoje completamente postos de parte, e a formula de Pinard — **Toda a gravidez extra-uterina diagnosticada exige uma intervenção cirurgica** — é hoje accete por todos; sobre a oportunidade da inter-

venção e a sua natureza, é que se tem travado numerosas discussões.

Vamos procurar reunil-as e tirar do seu estudo e do que anteriormente dissemos, as conclusões que nos parecem dever guiar o nosso procedimento.

A) **Gravidez extra-uterina de menos de 5 mezes, evolucionando normalmente**

Opportunidade da intervenção—No estudo que fizemos da evolução da gravidez ectopica vimos que rarissimas vezes o feto vive além do 5.^o mez, mesmo nos casos excepçionaes em que não ha perturbações mais ou menos alarmantes. N'estas condições, deixar que a gravidez continue, quando as probabilidades de vida para o feto são quasi nullas, parece-nos uma pratica condemnavel; é durante este periodo que a formula de Werth — **Toda a gravidez ectopica deve ser considerada como um tumor maligno e operada como tal** — tem a sua applicação. Quasi todos os cirurgiões estão de accordo sobre este ponto: é preferivel operar prematuramente, quando o kysto fetal é ainda pequeno e d'uma extirpação facil, a esperar que um accidente nos obrigue a fazer uma operação d'urgencia ás vezes em más condições e de prognostico sempre mais grave.

A unica objecção séria que se poderia oppôr a esta pratica é a impossibilidade de precisar o diagnostico por falta de signaes de certeza, e por conseguinte fazer-se muitas vezes uma operação inutil. A isto responde Segond, que «uma tumefacção annexial cujos symptomas são taes que a impõem como uma gravidez ectopica, não póde ser outra cousa senão uma annexite a operar».

Portanto, quer o nosso diagnostico tenha sido exacto, quer a pretendida gravidez não seja senão uma annexite

inflammatoria ou kystica, a intervenção está sempre indicada.

Natureza da intervenção—Assente a necessidade de uma intervenção, vejamos qual deve ser e que particularidades offerece.

O tratamento da gravidez extra-uterina tem seguido a evolução da cirurgia gynecologica; as mesmas discussões que se têm travado sobre o tratamento cirurgico das annexites têm sido mais ou menos repetidas a este proposito. Sendo o kysto fetal pouco volumoso n'este periodo da gravidez ectopica, a sua extirpação não offerece em geral difficuldades; não entraremos por isso em minucias de technica, que são bem conhecidas, e apenas discutiremos os pontos mais importantes e de maior interesse.

A operação deve ser feita por via abdominal ou por via vaginal? Ao passo que alguns cirurgiões fazem sempre uma laparotomia, outros, em determinados casos, preferem a via vaginal.

Segond no seu relatorio, apresentado ao Congresso de gynecologia, d'obstrecticia e de pediatria de Marselha em 1898, entende que a hysterectomia vaginal é a operação que se deve fazer, «quando a gravidez ectopica se acompanha de lesões evidentes dos annexos do outro lado» comtando que «a gravidez seja ainda bastante nova para que nos não exponhamos a deixar no ventre os fragmentos d'uma placenta muito volumosa». Quando a gravidez ectopica é a unica lesão, e portanto a ablação é unilateral, prefere a laparotomia.

A sua conclusão é a seguinte: «Em caso de gravidez extra-uterina de menos de quatro mezes, quando existe ao mesmo tempo uma lesão annexial do outro lado, ou um neoplasma uterino, deve-se, salvo excepção, considerar a operação de Pean como a mais vantajosa. Passado o ter-

ceiro e sobretudo o quarto mez, a laparotomia readquire os seus direitos.»

O mesmo cirurgião porém n'um outro ponto do seu relatorio diz: «A technica da ablação por laparotomia nada apresenta de especial e a ablação do kysto fetal faz-se de ordinario tão facilmente como a d'uma annexite banal. As unicas difficuldades possiveis provêem da *hypervascularisação habitual das partes a tirar e das adherencias que são por assim dizer inseparaveis de toda a gravidez ectopica. E' preciso desconfiar das rupturas visceraes e sobretudo das hemorragias, que podem ser muito abundantes ou mesmo mortaes.*»

Não nos parece que possa haver melhor argumento contra a intervenção vaginal mesmo nos casos em que Segond a aconselha. Como se pôde prever a extensão das adherencias e a intensidade da hypervascularisação? Como evitar portanto a ruptura dos órgãos proximos ou fazer rapidamente a hemostase d'uma hemorragia grave, pela abertura vaginal? Póde n'este caso ser rapidamente mortal, o que não succederia se a intervenção fosse abdominal, e o cirurgião a quem tal acontecesse incorria n'uma grave responsabilidade.

Mas ainda na melhor das hypotheses, quando nenhum d'estes accidentes se produzisse, a via vaginal é inferior á abdominal, a cirurgia tende cada vez mais a ser conservadora e só a laparotomia nos permite avaliar com rigor a extensão e a natureza das lesões annexiaes, limitando a resecção ao indispensavel. Um fragmento de ovario, por pequeno que seja que possamos conservar, desempenhará um papel importante no equilibrio physiologico que não podemos desprezar.

Isto é hoje um principio perfeitamente estabelecido, quer pela physiologia, quer pela clinica, e em que por isso não insistimos.

A ablação d'um utero são, como órgão inutil, sempre que se faça a oophoro-salpingectomy bilateral, também não é admittida por todos os cirurgiões. Pozzi, que a re-prova, diz que o utero desempenha um papel importante na estatica pelvica e que «certas mulheres continuam durante um certo tempo a ter regras mais ou menos regulares, o que torna menos brusco o estabelecimento da menopausa artificial e põe as operadas ao abrigo dos accidentes que d'ahi resultam».

Permitta-se-nos fazer uma excepção a este modo de proceder: quando a mulher está proxima da menopausa, julgamos preferivel fazer a hysterectomy vaginal como tratamento preventivo do cancro uterino.

A hysterectomy vaginal é também aconselhada por Picqué quando a gravidez é tubo-intersticial. Como vimos, não é possivel fazer o diagnostico exacto da séde do ovo, antes de abrir o abdomen, o que tira todo o valor pratico a esta indicação.

Quando depois de feita a laparotomia, se reconhecia a necessidade d'uma hysterectomy, muitos cirurgiões suturavam a parede abdominal e operavam seguidamente por via vaginal. Uma tal pratica, acceitavel na epocha em que a hysterectomy abdominal era mais grave do que a vaginal, não póde ser hoje aconselhada, pois que é justamente o contrario que se dá actualmente.

A hysterectomy abdominal é uma operação benigna, de exito quasi seguro, quando feita por um cirurgião moderno, á altura da missão que lhe é confiada, isto é, que allie a uma boa technica a rapidez indispensavel e uma asepsia rigorosa.

A extirpação do kysto fetal faz-se ordinariamente sem difficuldade, mas casos ha em que as adherencias e a hemorragia complicam um pouco a operação e obrigam a fazer uma drenagem consecutiva.

B) Gravidez extra-uterina de mais de 5 mezes, evoluçionando normalmente

Os fetos extra-uterinos eram considerados, ainda não ha muito, como seres fracos quasi sempre deformados e condemnados a uma morte prematura. Por isto, a maioria dos cirurgiões preocupava-se exclusivamente com a vida da mãe e só operava dois mezes depois da morte do feto, por haver então menos probabilidades de hemorrhagia, que era a complicação mais temida.

Quando a morte do feto se não dava espontaneamente antes do termo, provocavam-na por qualquer dos processos que já referimos.

Este modo de proceder está hoje completamente abandonado, e a vida do feto não é considerada menos preciosa do que a da mãe. Não so as deformidades congenitas são d'ordinario compatíveis com a vida, mas ainda os progressos da puericultura permittem-nos collocar o feto em condições de resistencia. A chocadeira que deve existir em toda a clinica de partos e a *gavage* convenientemente feita, teem salvo milhares de seres, nascidos prematuramente, que se não fôra isso teriam morrido fatalmente; é devido a isto e ao aperfeiçoamento da technica cirurgica que as observações de fetos extra-uterinos extrahidos vivos e viaveis e cuja evolução ulterior se fez normalmente, se teem tornado mais frequentes.

A retenção do feto morto durante dois mezes pôde provocar accidentes muitos serios, como já referimos; além d'isso a hemorrhagia pôde ser tão grave n'essas condições como com o feto vivo. De resto os recursos da cirurgia são hoje sufficientes para a fazer parar rapidamente, sem causar a morte da mãe.

Assente pois a possibilidade de salvar a mãe e o filho, por uma operação feita convenientemente e em ocasião opportuna, vejamos quando se deve intervir.

Se o feto é de termo, impõe-se a intervenção immediata; a demora d'algumas horas pôde muitas vezes ser fatal, sobretudo para o feto (obs. LV).

N'isto concordam todos os cirurgiões; só se manifestam divergencias quando o feto não é de termo.

Se ainda não é viavel, querem alguns que se proceda como nos casos em que a gravidez é inferior a cinco mezes, isto é, operam sacrificando o feto, que tem, dizem, poucas probabilidades de vida. Isto não é exacto: quando a morte do feto se não dá nos primeiros mezes, ha todas as probabilidades de que chegue á epocha da viabilidade sem provocar accidentes. E' esta a opinião de Pozzi, que aconselha em taes casos esperar, empregando todos os meios para que a evolução continue normalmente; para isso, diz: «o melhor meio é condemnar a mulher a uma immobildade absoluta e a uma hygiene severa».

Resta-nos ver até que ponto nos devemos conservar n'esta expectativa.

A viabilidade real começa, como se sabe, no 7.º mez e se alguns cirurgiões operam já n'esta epocha por precaução, outros preferem esperar até ao 8.º ou 9.º mez, para que o feto tenha adquirido maior desenvolvimento e portanto maiores probabilidades de vida. Duncan e Reed chegam mesmo a aconselhar que se espere pelo falso trabalho, para intervir; mas Pozzi e Segond condemnam, e com razão, este procedimento, de que resulta quasi sempre a morte do feto.

Entre os 8 e 8 e meio mezes, como aconselha Pozzi, parece-nos ser a occasião mais opportuna, salvo circumstancias especiaes, como seja o estado geral da mãe, o volume excessivo do ventre, etc., que nos forcem a intervir mais cedo.

Aqui, como em toda a clinica, é impossivel estabelecer previamente regras absolutamente fixas; está no criterio do operador avaliar as condições individuaes e n'ellas será baseado o seu modo de proceder.

Natureza da intervenção— A superioridade da laparotomia sobre a elytrotomia, muito discutida quando a gravidez tem menos de 5 mezes, está n'este caso absolutamente demonstrada.

A primeira elytrotomia seguida d'extracção d'um feto viavel parece ter sido feita por Matkieson em 1885; desde então alguns raros casos se têm registado.

Os perigos enormes da hemorragia e as difficuldades da extracção, que se torna impossivel quando o feto fôr volumoso, fizeram abandonar esse processo, tendo sido Lawson Tait quem mais o combateu.

A laparotomia é a unica operação que hoje se faz em casos taes, considerando-a Segond até como «a unica intervenção possivel» e attribuindo os raros successos da elytrotomia a um mero acaso. Sem nos determos na descrição da technica da laparotomia, temos comtudo de nos occupar d'alguns pontos especiaes, que merecem um interesse particular.

Aberto o abdomen, aconselha Pozzi que se faça seguidamente a sutura provisoria do sacco aos labios da ferida, e só depois se deve abrir e fazer a extracção do feto. Chaput e Segond consideram, parece-nos que com razão, esta sutura como fazendo perder tempo inutilmente, e prejudicial ás manobras d'extracção do feto. E' preferivel portanto abrir immediatamente o sacco, evitando tanto quanto possivel ferir a placenta, e collocar nos vasos da parede pinças que além de fazerem a hemostase servem de tractores; feita rapidamente a extracção do feto e ligado e

seccionado o cordão, vejamos como se deve proceder com a placenta.

E' evidente que a extirpação completa do kysto fetal constitue o melhor tratamento; as consequencias operatorias são as de toda a laparotomia feita por lesões anexas.

Mas n'um grande numero de casos o kysto fetal tem contrahido fortes adherencias com os órgãos proximos, e especialmente com o intestino; a destruição d'essas adherencias não se pode fazer a maior parte das vezes sem produzir accidentes graves. E' mais prudente fazer a marsupialisação do sacco; a cura é mais demorada mas mais segura. As hemorragias secundarias que se produzem á medida que a placenta se putrefaz, não são em geral graves; a septicemia combate-se com lavagens repetidas do sacco, e com uma drenagem cuidadosa.

Quando a placenta foi parcialmente descolada, a unica coisa a fazer é, como na gravidez intra-uterina, completar o descobamento o mais rapidamente possivel; rariissimas vezes o tamponamento produz a hemostase.

Se a gravidez é abdominal não existe então sacco, e é impossivel deixar a placenta no meio dos intestinos; o unico tratamento é a extirpação completa seja qual fôr o receio da hemorragia.

Em todos os casos é necessario não esquecer que o estado geral da doente deve determinar o nosso procedimento.

C) Complicações hemorragicas

A hemorragia produzida pela ruptura da gravidez tubaria foi considerada desde muito como uma complicação muito grave.

Ainda que alguns cirurgiões, como Heim e Harbert

(1849), tivessem pensado que o tratamento apropriado era a laparotomia, ninguém se atrevia a tal; a peritonite fazia recuar os mais arrojadados.

Foi Recamier quem mais tarde fez a evacuação do sangue pela vagina, por punção ou incisão; mas as infecções graves e os insucessos repetidos, fizeram em breve abandonar este methodo. Toda a indicação ficou reduzida a cataplasmas e a algumas sanguesugas; se o derrame era pequeno e facil a reabsorção, a doente curava-se; se era grande ou se tornava septico, a terminação era fatal.

Foi só em 1866 que Stephens Roger, segundo Price, fez a primeira laparotomia, mas foi Lawson Tait quem a fez entrar na pratica corrente, pelos seus numerosos successos operatorios e pelos seus trabalhos sobre a gravidez ectopica e o hematocele.

Era natural que uma reacção se produzisse contra a intervenção systematica pelo abdomen; foi a cirurgia franceza que a fez, resurgindo a intervenção vaginal, precisando as suas indicações nos derrames enkystados e aperfeiçoando a sua technica.

Quando fizemos o estudo das hemorragias, que são a complicação mais frequente, habitual mesmo, da gravidez ectopica, vimos que a sua intensidade é muito variavel. Desde o hematoma até á hemorragia cataclysmica, ás vezes rapidamente mortal, encontram-se todos os estados intermediarios. Cada caso tem a sua physionomia clinica especial para a qual não se podem estabelecer préviamente regras fixas, e em que só o criterio e a experiencia pessoal podem decidir sobre a melhor fórma de proceder.

No emtanto podemos, no estudo dos casos extremos, ver quaes são os resultados clinicos obtidos com este ou aquelle tratamento e d'ahi tirar algumas conclusões, que sirvam para orientar o nosso procedimento.

Aquí, como em toda a medicina, não ha methodo que

não conte casos felizes e insucessos; d'ahi as numerosas discussões em que cada um procura defender o seu modo de proceder, ás vezes com paixão e com um exclusivismo que em medicina é sempre perigoso. Assim, ao passo que alguns cirurgiões se absteem de intervir, outros julgam a intervenção sempre indispensavel, e ainda alguns ha que são abstencionistas ou intervencionistas conforme as circumstancias; é sem duvida este ultimo o melhor criterio, como vamos ver.

Abstencionistas — Se a hemorrhagia é pequena, dizem, não ha perigo immediato e portanto é melhor esperar que se faça o enkystamento ou a coagulação do derrame.

Póde dar-se a reabsorção e evitamos assim uma operação inutil; se se tornar indispensavel intervir, fa-lo-hemos mais tarde, em melhores condições.

Se a hemorrhagia é cataclysmica e o prognostico extremamente grave, pela anemia da doente, pequenez do pulso, abaixamento de temperatura, etc., vamos aggravar este estado, que não é sempre fatalmente mortal, com o choque d'uma operação abdominal, profundamente depressiva e que póde causar a morte. E' por isso preferivel esperar que o choque se tenha dissipado um pouco, que o estado geral da doente tenha melhorado, para se fazer a operação.

Tal é a opinião de Le Dentu, Manry, Bym e muitos outros que é ocioso citar.

Intervencionistas — Lawson Tait, com a sua grande auctoridade e apoiado na sua larga experiencia, entende que se deve laparotomisar sempre, immediatamente. Considera as rupturas intra-peritoneaes como sendo sempre fataes, se não se intervier. Mesmo que o diagnostico não seja preciso, a indicação é a mesma: «abre-se o abdomen

e faz-se ao mesmo tempo o diagnostico certo e o tratamento conveniente». Em 80 casos que viu todas as operadas se curaram, e as não operadas morreram.

E' difficil, devemos confessar, resistir a um argumento d'esta ordem.

Bernutz e Goupil dizem: «A indicação em tal caso é formal; é preciso parar a hemorrhagia».

Pozzi tambem diz que «é preciso ir á procura do sangue, quer se trate d'uma ferida exterior ou d'uma hemorrhagia interior».

Johnston relata 3 casos de ruptura em que se não operou e que foram todos fataes; muitos outros que julgamos desnecessario citar, baseados em observações pessoasas mais ou menos numerosas, são da mesma opinião.

De ordinario sobreveem novas hemorrhagias, de modo que a menor demora pôde ser fatal.

Grodell, Cabot, Georges Haren e Walsh entendem que, mesmo nos casos desesperados, a intervenção deve ser d'urgencia.

Quando o derrame data de algum tempo e o enkystamento se produziu, a intervenção, se não é d'urgencia, não está por isso menos indicada. Comtudo, ha ainda alguns praticos que preferem esperar que se dê a reabsorpção e que só operam quando uma complicação os força a isso; é o que succede quando o hematocele comprime fortemente os órgãos proximos, ou se infecta, transformando-se n'uma collecção purulenta. Todos estão de accordo n'este ponto: qualquer hesitação seria então criminosa e a operação não só está indicada como é d'urgencia. Só a evacuação rapida e uma drenagem convenientemente feita pôdem dar probabilidades de cura.

Quando nenhum d'estes accidentes vem perturbar a

marcha da doença, a reabsorção pôde dar-se, mesmo nos grandes derrames. Poncet (1878) diz: «A cura é a regra, sobretudo se nos abstermos de qualquer tratamento cirurgico».

Cestan tambem diz que «nem sempre é necessario intervir e que muitas doentes curam só com repouso e com tempo; mas a reabsorção demora habitualmente 3 a 4 mezes e ás vezes muito mais (10 mezes n'uma observação de Bosnier) e uma doente de Dalvo passados 5 annos «conservava ainda o seu tumor sanguineo até ao umbigo».

Além d'esta demora longa e cheia de soffrimentos, muitas vezes persiste no fundo de sacco posterior um nucleo, que pôde ser mais tarde a origem d'uma infecção.

Parece-nos que estas razões são mais do que sufficientes para nos convencerem da necessidade de intervir sempre; a cura é rápida, poder-se-hia dizer garantida, com os progressos da cirurgia abdominal, e a doente fica ao abrigo de infecções que a presença dos residuos fetaes e a proximidade do intestino podem occasionar.

Natureza da intervenção.—O estado da doente e o momento da intervenção são os factores de que depende a natureza do tratamento.

Se podemos intervir na occasião em que o accidente hemorrhagico se produz, devemos fazer uma laparotomia seja qual fôr o estado da doente; fazemos a hemostase e pomo-la ao abrigo de novo accidente.

Quando se opera alguns dias depois, o derrame já está ordinariamente enkystado, e n'este caso pôde-se operar por via vaginal ou abdominal. A laparotomia é evidentemente a melhor operação: permite fazer o esvaziamento do derrame, e examinar os annexos.

Mas se a doente estiver enfraquecida por hemorrha-

gias repetidas é preferível a intervenção vaginal, que se pôde fazer mesmo sem anesthesia: um golpe de bisturi no fundo do sacco vaginal dá sahida ao sangue, e permite fazer a drenagem.

Quando se faz a laparotomia, é muitas vezes necessario lavar abundantemente o peritoneo com agua fervida ou sôro physiologico.

As indicações da drenagem, são as mesmas que em qualquer outra intervenção abdominal. Nas observações XIV, XVI, XVIII, XXIV, a drenagem foi feita pelo fundo do sacco vaginal posterior.

BIBLIOGRAPHIA

Litteratura portugueza

- AZEVEDO (Armando da Cunha) — Diagnostico e tratamento da gravidez ectopica. Dissertação inaugural apresentada á Escola Medico-Cirurgica do Porto em 1894.
- BEIRÃO (Francisco de Vasconcellos e Carvalho) — Gravidez ectopica. Dissertação inaugural apresentada á Escola Medico-Cirurgica do Porto em 1891.
- COUTINHO (Joaquim de Mattos) — Prenhez extra-uterina. Dissertação inaugural apresentada á Escola Medico-Cirurgica de Lisboa em 1897.
- FRANCHINI (Julio) — Um caso de gravidez extra-uterina (Revista de Medicina e Cirurgia do Hospital da Misericordia do Porto -- 1887, n.^{os} 3, 4 e 5).
- SIMÕES (A. A. da Costa) — Gravidez extra-uterina de 43 annos — Coimbra 1885.
- SOUZA (Joaquim da Cunha e) — Gravidez extra-uterina — Dissertação inaugural apresentada á Escola Medica de Lisboa em dezembro de 1871.
- GAZETA MEDICA DO PORTO — 4.^o anno, pag. 102 e 423.
- JORNAL DA SOCIEDADE DAS SCIENCIAS MEDICAS DE LISBOA — 1862, t. XXVI, pag. 464, — 1864, — 1872, pag. 76-87 e 139.

Litteratura estrangeira

- AGUINET (Moïse) — De l'inondation péritonéale dans les grossesses ectopiques — Paris — 1903.
- AUVARD — Traité pratique d'accouchements — Paris, 1898.
- BRENTANO (Funk) — Des grossesses uterines survenant après la grossesse extra-uterine — Paris — 1898.
- BAZALGETTE (Henri) — Des grossesses tubaires méconnues — Paris, 1905.
- BUMM (Ernesto) — Trattato completo di ostetricia — Milano, 1905.
- BERGESIO — La colpotomia posteriore nel trattamento delle rotture della gravidanza extra-uterina-tubarica. — Torino — 1906.
- CAZEAUX (Pierre) — E'tudes anatomiques des modifications de l'utérus au cours des grossesses ectopiques — Paris, 1903.
- CESTAN — Des hemorrhagies intrapéritonéales et de l'hematocele pelvienne — Paris, 1894.
- CHAYÉ (Ferdinand) — Signes et diagnostic de la grossesse extra-utérine — Paris, 1882.
- CHOYAU (Eugène) — Contribution a l'étude de l'inondation sanguine péritonéale par rupture de grossesse tubaire — These de Paris, 1896.
- CONHEIM (Eva) — De la grossesse ovarienne These de Genève, 1903.
- COUVELAIRE — E'tudes anatomiques sur les grossesses tubaires — These de Paris, 1901.
- DUPOUY — Contribution à l'étude de la grossesse gémellaire intra et extra uterine — These de Paris, 1904.
- GAUTHIER (Achille) — Sur la rupture de la grossesse tubaire et l'avortement tubaire — Paris, 1893.
- HARET (Emile-Marie) — E'tude critique sur 35 nouveaux cas de grossesse ectopique récidivante — These de Paris, 1901.
- HENNECART (Alexandre-Louis) — De la nécessité de l'intervention chirurgicale et des dangers de la non-intervention dans la grossesse extra uterine — These de Paris, 1897.
- JONESSOF. — A propos de la l'avortement dit tubo-uterin — These de Paris, 1901.
- LEPÂGE (Ribemont-Dessaignes et) — Précis d'obstretique — Paris, 1904.
- MARTIN — De la récidive dans la grossesse extra-utérine — These de Paris, 1901.
- MAUR (Roger) — Contribution a l'étude de la symptomatologie de la grossesse extra-utérine — These de Paris, 1903.

- PAQUY (E'mile) — Des grossesses développées dans les trompes saines — Paris, 1897.
- POZZI — Traité de gynécologie clinique et opératoire — 4.^{ème} édition — Paris, 1907.
- RALLI — E'tude clinique de la grossesse extra-utérine — These de Paris, 1900.
- ROQUET (Martial) — De la grossesse extra-utérine répétée chez la même femme — These de Paris, 1892.
- SANVÉ (Louis) — Contribution à l'étude des grossesses tubaires, bilatérales, successives et simultanées — These de Paris, 1900.
- SENS — E'tude critique de 89 observations de récurrence de grossesse ectopique — These de Paris, 1901.
- WARIN — De la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire et tubo-utérine, 1899.
- VERNÉDÁL — De la conduite à tenir dans les cas de rétention prolongée de fœtus extra-utérins — These de Paris, 1904.
- REVUE DE GYNECOLOGIE ET DE CHIRURGIE ABDOMINALE — Annos de 1898 à 1908.
-

PROPOSIÇÕES

ANATOMIA DESCRIPTIVA:

Os livros devem ser apenas auxiliares do estudo no cadaver.

HISTOLOGIA E PHYSIOLOGIA GERAL:

A histophysiology é mais importante do que a histologia.

PHYSIOLOGIA:

O alcool é um alimento caro e perigoso.

ANATOMIA TOPOGRAPHICA:

A divisão das regiões deve ter por base a distribuição dos lymphatics e a disposição das aponeuroses.

PATHOLOGIA GERAL:

Para interpretar uma analyse de urinas é indispensavel conhecer o regimen alimentar a que ella corresponde.

ANATOMIA PATHOLOGICA:

Não ha proporcionalidade entre as lesões anatomicas e as perturbações funcçionaes.

MATERIA MEDICA:

Em therapeutica é indispensavel ser ecletico.

PATHOLOGIA EXTERNA:

Actualmente, o unico tratamento accetivel do cancro é a operação de Wertheim.

PATHOLOGIA INTERNA:

Na febre typhoide o prognostico depende sobretudo do coração.

OPERAÇÕES:

Quando necessite fazer uma drenagem da cavidade peritoneal, prefiro a via vaginal á abdominal.

PARTOS:

Condemno o decubito dorsal prolongado depois do parto normal.

MEDICINA LEGAL:

A endoscopia uterina presta grandes serviços na investigação medico-legal do aborto.

Visto.

O Presidente,

Carlos Lima.

Póde imprimir-se.

O Director,

Moraes Caldas.