

Breves considerações sobre

MOLA HYDATIFORME

171/5 FMP

N.º 2

Adelaide Irene Guimarães

5-



Breves considerações sobre ==
== MOLA HYDATIFORME

THESE DE DOUTORAMENTO

Apresentada à

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO



MAIO de 1918

171/5 FMP

IMPRENSA NACIONAL
DE
JAIME VASCONCELOS
204, R. José Falcão, 206
PORTO

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

PROFESSOR SECRETARIO

Alvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

Professores Ordinarios e Extraordinarios

- | | | |
|---|---|--|
| 1. ^a classe — Anatomia | { | Luiz de Freitas Viegas
Joaquim Alberto Pires de Lima |
| 2. ^a classe — Physiologia e Hys-
tologia | { | Alvaro Teixeira Bastos
Abel de Lima Salazar |
| 3. ^a classe — Pharmacologia . . . | { | José de Oliveira Lima |
| 4. ^a classe — Medicina legal e
Anatomia Pathologica . . . | { | Augusto Henriques de Almeida Brandão
Manuel Lourenço Gomes |
| 5. ^a classe — Hygiene e Bacte-
riologia | { | João Lopes da Silva Martins Junior
Alberto Pereira Pinto d'Aguiar
Antonio de Almeida Garrett |
| 6. ^a classe — Obstetrícia e Gine-
cologia | { | Candido Augusto Correia de Pinho
Vaga |
| 7. ^a classe — Cirurgia | { | Vaga
Carlos Alberto de Lima
Antonio Joaquim de Sousa Junior |
| 8. ^a classe — Medicina | { | José Alfredo Mendes de Magalhães
Thiago Augusto d'Almeida
Alfredo da Rocha Pereira |
| Psiquiatria | | Antonio de Sousa Magalhães e Lemos |
| Pediatria | | José Dias de Almeida Junior |

Professores jubilados

José de Andrade Gramaxo
Pedro Augusto Dias
Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

A meus queridos Paes

A MINHAS IRMÃS

Maria

Amelia

Aurelia

Aida

Josepha

A MEUS IRMÃOS

Manoel

Antonio

π

Jayme Ferreira de Carvalho

A MEU CUNHADO

Anselmo Braancamp d'Abreu Almeida



A TODOS OS MEUS

ÀS MINHAS AMIGAS

e em especial a

Jesuina Amelia Mesquita

Beatriz Aurora Maria d'Almeida

Arminda Loureiro

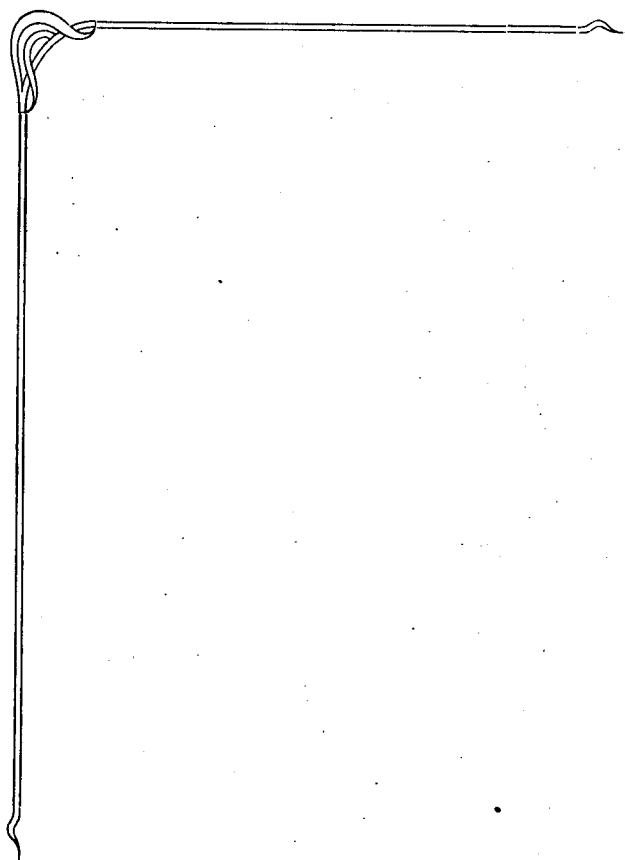
Ao Ex.^{mo} Senhor

Dr. Candido Augusto Correia de Pinho

Ao meu dignissimo presidente de these

Ex.^{mo} Senhor

DR. ALVARO TEIXEIRA BASTOS



Duas palavras

É sem duvida para nós ardua a tarefa de escrever uma these.

Reconhecemos bem, quão fracas são as nossas forças para tão penoso trabalho; mas é necessario, é preciso faze-lo.

O unico caminho a seguir, para terminação do curso, que anciosamente esperamos, é o cumprimento do dever que a lei nos impõe.

Pois bem, invitaremos todos os nossos esforços; a coragem que sentiamos abandonar-nos a pouco e pouco, atemorizando-nos, voltará com o esforço supremo empregado para o melhor possivel satisfazermos um dever, tendo a animarmos a esperança da vossa desculpa, a tão modesta, como desvalorizado trabalho, que com grande timidez nos aventuramos a escrever.

Divide-se o nosso trabalho em sete capitulos:

- I. — Definição. — Etiologia e pathogenia.*
- II. — Anatomia pathologica.*
- III. — Symptomatologia.*
- IV. — Evolução.*
- V. — Diagnostico.*
- VI. — Prognostico.*
- VII. — Tratamento.*

*

*

*

*Ao nosso illustre presidente de these Ex.^{mo} Snr.
Dr. Alvaro Teixeira Bastos, os protestos sinceros
do nosso reconhecimento, pela amabilidade com que
accede ao nosso convite.*

I

Definição.— Etiologia e pathogenia

Antigamente a *Mola*, tal como a conheciam e definiam, era nada mais que uma massa desenvolvida no utero e expulsa principalmente no momento das regras. Assim comprehendiam na definição: detrichtos placentarios retidos depois de um aborto, mais ou menos alterados e qualquer que fosse o genero de alteração; coágulos de sangue degenerado, falsas membranas e a maior parte das transformações que o ovo póde soffrer.

Guillemeau admittiu, bem como outros auctores, a existencia de uma mola carnuda ou verdadeira e uma mola *falsa* ou membranosa. Depois dividiram-nas em poliposas, sanguineas, embryonadas, não embryonadas, aquosas e hydaticas.

Resultou d'esta confusão, que as opiniões se dividiram e emquanto para uns ella era conside-

rada o resultado do producto da concepção como por exemplo para M.^{me} Boivin que dizia "que as molas são sempre um producto deteriorado da concepção e a sua origem necessariamente consecutiva a um acto de fecundação," para outros póde ter logar sem fecundação prévia.

O nome de mola tem sido conservado por todos os auctores e a opinião corrente é que a mola, que não é outra senão a mola hydatiforme, é uma doença do ovo caracterizada pela degenerescencia sclero-kistica das villosidades choriaes e que pela existencia de vesiculas mais ou menos volumosas, ligadas entre si por pediculos e formando uma massa, ás vezes muito volumosa, dá á placenta o aspecto de kistos multiloculares.

Se todo o ovo estiver alterado, ella é total; se só parte d'elle, é parcial.

Está tambem provado hoje, que a origem da *mola hydatiforme* é necessariamente consecutiva a um acto de fecundação.

*

*

*

Se bem que muitissimo discutida tenha sido a causa da mola hydatiforme, se bem que innumeras

theorias tenham sido apresentadas para explica-la, é muito obscura ainda a sua etiologia.

Alguns auctores consideram-na como um kisto hydatico da placenta e outros teem-na considerado dependente d'uma lesão dos ovarios, porque muitas vezes se nota a coexistencia da degenerescencia sclero-kistica dos ovarios e da gravidez molar.

Auctores ha, que a consideram uma hyperplasia do chorion e pretendem saber, se esta hyperplasia é uma doença do ovo ou se provém d'uma irritação que é propagada ás villosidades choriaes, depois de ter tomado nascimento na caduca ou no sangue maternal baseiando-se na possibilidade d'estes dois processos, que lhes parecem appoiar-se sobre uma série de factos, difficeis de regeitar.

A opinião de que a doença do embrião é primitiva, parece appoiar-se de uma maneira evidente sobre os casos, em que uma mola vesicular se desenvolve ao lado d'um ovo normal.

O ter-se encontrado frequentemente principios de germinação myxomatosa nos ovos abortivos, onde o embrião é degenerado ou mesmo ausente "se bem que o fraco grau de doença não parece permittir attribuir-lhe a morte do feto," parece levar a suppôr que a morte do feto póde determinar a hyperplasia das villosidades choriaes.

Auctores ha, que a consideram devida a alterações da caduca e assim Sichel, em numerosas experiencias feitas em animaes, tem reproduzido lesões semelhantes á *mola hydatiforme*, depois de ter provocado alterações da caduca.

Ha quem a julgue devida a uma insufficiencia thyroidea.

Virchow considera-a uma alteração das villosidades, dependente d'uma endometrite gravidica.

M.^{me} Boivin diz, que tem influencia para a mola hydatiforme a hereditariedade.

É por todos conhecida d'uma maneira positiva, que a *mola hydatiforme* é uma afecção muito rara (1 por 2000 gravidezes) e se bem que póde apparecer, tanto nas primiparas como nas multiparas, é n'estas ultimas que o predominio é accentuado, talvez devido á existencia mais frequente de endometrite chronica, que, segundo diz Virchow, parece ser a causa da degenerescencia das villosidades choriaes.

É um facto constatado tambem, que a mola hydatiforme recidiva muitas vezes, e assim Depaul, constatou n'uma mulher 4 recidivas; Lemaire, 6 recidivas; Mayer, 11 recidivas; e Essen Möller, 18 recidivas.

É obscura a etiologia da *mola hydatiforme* e a sua pathogenia, apesar das concepções mais ou menos scientificas para demonstra-la, permanece infelizmente desconhecida ainda.

Consideravam a degenerescencia vesiculosa da plácenta, como devida á presença de vermes vesiculares, e assim Percy, pretendeu que as vesiculas, arredondadas e transparentes, tendo por conseguinte alguma analogia com as vesiculas formadas por hydatides, continham cada uma um pequeno verme. Este auctor dizia te-los visto vivos n'uma mola vesicular expulsa por uma mulher. Pôde conserva-los d'essa fórma, durante alguns dias, tendo-os em pannos molhados expostos ao calor. Julgou então tratar-se de hydatides verdadeiros.

Tal opinião está completamente abandonada, pois está estabelecido que as hydatides, que outra coisa não são, senão larvas de taenias, podem desenvolver-se nas cavidades fechadas ou na espessura dos órgãos, mas que jámais se desenvolvem nas cavidades revestidas d'uma mucosa em comunicação com o exterior, tal como a cavidade uterina.

Velpeau julga, que a *mola hydatiforme* é um

edema das villosidades, determinado pela alteração e distensão das villosidades placentarias por serosidade, que se fórma sob a influencia d'um trabalho morbido de causa desconhecida, dando-lhes o aspecto de vesiculas e determinando a obliteração e desaparecimento dos vasos.

Durante pensa, que a affecção é devida a uma capillarite das villosidades, que determina a obliteração de pequenos vasos, resultando então uma hypernutricção do plasmodio e a accumulção no stroma villoso de productos nutritivos, que deveriam servir ao feto.

Bumm diz, que o phenomeno primordial consiste na proliferação das duas camadas epitheliaes, *camada plasmodial e camada de Langhans*, que revestem as villosidades nos primeiros mezes da gravidez.

Veit, considera-a uma desordem cellular, porque as cellulas de Langhans vem introduzir-se na camada sincicial.

Virchow, attribue a origem da mola vesicular, a uma proliferação neoplasica do tecido mucoso das villosidades, devido a uma irritação proveniente da superficie uterina ou directamente do sangue maternal. Produz-se na substancia intercellular do stroma villoso uma multiplicação de cellulas, com accu-

mulação de mucus e estes processos conduzem ao espessamento tuberoso das villosidades e mais tarde á formação de vesículas por liquefação do tecido e assim denomina este estado pathologico (*mixoma das villosidades choriaes*).

Regnier de Graaf pensou, que as vesículas accumuladas no utero eram ovos não fecundados.

Tal hypothese de fórma alguma poderia admitir-se, se se pensa na descripção que este auctor tinha dado das vesículas ovaricas que tomam o seu nome.

Para Albinus e Ruysch, a massa vesicular era desenvolvida nas dependencias do ovo alterado, sem que se podesse comprehender a natureza e a séde das lesões.

Para Velpeau, Desormeaux, M.^{me} Boivin e Robin, a mola vesicular tem sido definitivamente classificada entre as doenças das membranas do ovo, com alterações do chorion e das suas villosidades.

Como a mola é uma degenerescencia sclerokística das villosidades choriaes, podemos duma maneira geral, considera-la como constituida pelas duas camadas de que as villosidades se compõem "camada plasmodial e a camada de Langhans".

É admittido hoje, que é a alteração primitiva do epithelio das villosidades que produz a mola. Pro-

duz-se uma hyperplasia que principia pelo epithelio das villosidades, que lança excrescencias multiplas para cujo interior se estende o tecido conjunctivo fetal, que se multiplica d'uma maneira extraordinaria.

As villosidades soffrem um grande espessamento, que é devido á multiplicação das cellulas e a uma especie de accumulção da substancia mucosa intercellular.

Esta ultima desenvolve-se a um tal excesso, que as villosidades hypertrophiadas apresentam o aspecto de pequenos kistos d'uma serosidade clara.

Como o tecido novo não distende igualmente toda a villosidade, mas se deposita em quantidade consideravel em pontos isolados d'esta, emquanto que as partes que se encontram entre ellas ficam quasi no estado normal, resulta que as villosidades degeneradas tomam o aspecto particular de cacho: os tumores redondos kisticos são suspensos sob a fórma de umbella com finos pediculos.

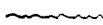
Se esta degenerescencia se produz desde os primeiros mezes, quer dizer, n'uma epocha em que as villosidades são uniformemente desenvolvidas em toda a peripheria do ovo, este transforma-se n'um tumor em que toda a peripheria é a séde de vesiculas redondas, que são alli suspensas por um pediculo.

Se a placenta está já formada, no momento em que a degenerescencia começa, as villosidades choríonias do resto do ovo são ordinariamente atrophiadas e não é senão excepcionalmente que se vê um dos ramos da arvore villosa, situada para fóra da placenta e que não tem soffrido a atrophia, tornar-se a séde da nova formação.

Acontece muitas vezes que a neoformação se limita ás villosidades da placenta ou mesmo sómente a alguns dos seus cotyledones. Encontra-se n'este caso, a maior parte da peripheria do ovo no seu estado normal e sómente a parte correspondente á placenta é degenerada total ou parcialmente em mola vesicular.

Os vasos das villosidades alterados destroem-se se o feto, o que é de regra, succumbe.

Se elle é vivo, os vasos podem, nas villosidades degeneradas, formar uma rêde capillar muito delgada e muito fina.



II

Anatomia pathologica

Para bem comprehendermos a anatomia pathologica da mola hydatiforme, considera-la-hemos sob o ponto de vista macroscopico e microscopico.

No exame macroscopico da mola hydatiforme, notamos a existencia de kistos de volume variavel, esbranquiçados e transparentes, ligados por pediculos.

Estes kistos, que outra coisa não são senão vesiculas, teem como acima dissemos um volume variavel, desde o tamanho d'uma cabeça de alfinete até ao d'uma noz.

A fórma é muito variavel tambem e assim ellas podem apresentar-se, quer esphericas, a mais geralmente notada, ovoides, piriformes com a grossa extremidade voltada para a peripheria e a pequena extremidade, terminando em pediculo. Ha-as tam-

bem triangulares, fôrma que é devida á vesícula se encontrar n'um angulo resultante da bifurcação d'um pediculo ou porque á vesícula periforme vem trez pediculos: um na sua extremidade afilada e dois outros um de cada lado da parte intumescida. Finalmente se tem notado tambem a persistencia d'ellas cylindricas e fusiformes.

São incolores e apresentam tambem por vezes uma côr amarellada e rosea, ou mesmo avermelhada. Esta ultima, é devida á imbibição da parede vesicular pela hematina dos coagulos que englobam as vesículas e a amarellada, é devida á coloração do liquido que ellas contém.

A cavidade é unilocular, se bem que Cruveilhier a tem visto atravessada por fibrilas, constituindo uma rede na qual todas communicam entre si.

Cayla diz, que podem communicar as vesículas quando o pediculo é muito grosso, mas Robin diz, que a comunicação não existe e é da sua opinião o Dr. Ancelet.

O liquido contido nas vesículas, é em geral limpo, ás vezes viscoso, e de côr citrina ou amarella.

A adherencia das vesículas faz-se por um pediculo, ou por filamentos. O pediculo, que geralmente é tanto maior quanto mais pequena é a

vesicula é constituido segundo o Dr. Ancelet, pela fusão mais ou menos intima da membrana interna de duas vesiculas adjacentes e á medida que ellas se desenvolvem esta adherencia diminue de extensão. A vesicula secundaria toma então o aspecto piriforme: depois tende a destacar-se, ficando algum tempo retida por um pediculo fibro-cellular que acaba por se romper.

Á medida que este trabalho de separação progride, os filamentos apparecem e isolam-se de mais a mais. Estes filamentos que partem da periphéria do kisto, para se prenderem não sómente a uma vesicula vizinha, mas a um grupo de vesiculas, não são senão detrictos da membrana externa que é menos extensivel que a interna, ou talvez um producto de secreção em via de organização.

Seguindo um pediculo até á sua terminação, vê-se na parte terminal d'este uma vesicula, que póde apresentar qualquer das fórmas innumeradas. Este pediculo subdivide-se muitas vezes, tendo nas suas ramificações vesiculas, quer dispostas em volta d'um eixo commum, quer alternas e oppostas, á maneira dos bagos d'um cacho de uvas. Nos pontos de bifurcação outras apparecem, que geralmente são de fórmula triangular ou estrellada.

Estes novos pediculos de novo se subdividem

tambem e igualmente se repete o que acima dissemos.

Se se póde seguir profundamente um d'estes pediculos, chega-se a uma massa central d'um vermelho escuro, muito friavel e constituida por um tecido que se assemelha muito ao tecido placentario.

Todas as vesiculas são suspensas a esta massa, que está quasi sempre impregnada d'uma grande quantidade de coagulos.

Apparecem tambem muitas vesiculas livres, devido á ruptura do seu pediculo.

Deve sempre examinar-se bem, para vêr o que se encontra no seu interior.

A aggregação d'um tão grande numero de vesiculas, fórma uma massa bastante consideravel e tem-se observado molas mais volumosas que uma cabeça de feto.

O aspecto da mola hydatiforme é muito variavel, razão porque M.^{me} Boivin e Désormeaux dividiram as molas em trez variedades: *mola cheia ou em massa, mola ôca e mola embryonada*. N'esta divisão sómente se consideram as *molas totaes*, isto é, quando todo o ovo é alterado.

Se a degenerescencia kistica ataca toda a massa do ovo até ao centro, temos então a mola cheia ou

em massa. N'este caso a mola é recoberta pela caduca. Isto dá-se quando a mola é pequena e a caduca se hipertrofia, mas não se encontra o amnios no seu centro, nem liquido amniotico, nem o embrião. Assim, ella é expulsa sob a fórma d'uma bolsa, visto que é recoberta pela caduca, dando a impressão d'um ovo abortivo completo, e é sómente pela sua incisão que apparecem as vesiculas.

Nem sempre a mola é expulsa tal como acima a descrevemos, isto é, sob a fórma d'um ovo abortivo completo, sendo até mais vulgar que a caduca seja lacerada e expulsa por fragmentos. Então immediatamente apparece a massa vesicular.

N'este caso a caduca é destruida, porque as villosidades degeneradas ou alteradas, teem tendencia a perfurar os tecidos visinhos.

Como é esta membrana que protege o musculo uterino, este póde ser attingido e assim o epithelio villosos, que se introduz na caduca sob a fórma de grossos cordões e massas cellulares, dissolve os tecidos e por excessiva proliferação não se contenta com as camadas compacta e esponjosa da mucosa uterina, attingindo por vezes a camada muscular, que a mola criva de prolongamentos.

Se o stroma villosos segue o movimento e se desenvolve para o interior das excrescencias epi-

theliaes, estas enterram-se profundamente na parede uterina, roída de todas as partes e fluctuando nos vasos que ella tem aberto, podendo ainda perfurar a serosa-uterina. Este processo recebeu de Volkmann o nome de: mola vesicular destructiva e assim o utero apparece-nos, ora bosselado ora adelgado. Estas massas epitheliaes de syncicio e de cellulas de Langhans, que o tecido da serotina mostra em grande numero em cada mola hydatiforme, adquire n'alguns casos uma independencia absoluta e arrasta então pela sua multiplicação e proliferação ao desenvolvimento d'um neoplasma maligno. Assim, apparecem hemorragias uterinas e metastases nos diversos órgãos: figado, pulmões, cerebro, etc.

Esta observação approxima-se dos casos descritos por Säger, Hartmann e Toupet, sob o nome de decíduoma maligno.

Segundo os auctores citados, o que distingue a mola hydatiforme do decíduoma maligno é a natureza do tecido que separa o vaso central da camada envolvente: este tecido é mucoso e depois liquido na ultima phase da sua evolução, nas villosidades da mola hydatiforme, ao passo que é embryonaria no decíduoma maligno.

Parece, comtudo, que a maior parte dos casos

de deciduoma maligno se observam nas mulheres tendo tido uma mola.

A caduca, quando existe, apresenta lesões marcadas de endometrite chronica. É hypertrophiada e notam-se alli excrescencias polyposas.

Na mola cheia, não apparecem nem membranas, nem traços de embryão, porque a degenerescencia deu-se desde o principio da vida embryonaria e as villosidades que recobrem toda a superficie do ovo, soffreram a degenerescencia hydatiforme, produzindo-se uma dissolução do embryão e das suas membranas, tanto mais facil, quanto a mola vesicular permanece mais tempo na cavidade uterina.

Casos ha, em que abaixo do amnios se encontra a cavidade amniotica do ovo cheio de liquido e se por vezes restos de cordão umbilical alli existem, jamais o embryão se apresenta; n'este caso a mola chamar-se-ha *ôca*.

Deram-lhe os auctores o nome de ôca, porque infelizmente não se encontra com todas as particularidades que acima descrevemos porque a mola sae por fragmentos e procurando tirar-se o que fica no utero, laceram-se completamente as duas bolsas e assim nada mais se encontra senão bocados e as membranas vasias.

N'este caso a mola ôca, é formada pela massa vesicular, tendo no seu centro a cavidade do ovo. O embryão não pôde existir de fôrma alguma, porque a placenta degenerada, era incapaz, estava impossibilitada de nutri-lo. Elle é então dissolvido e não se encontram traços da sua existencia.

N'este caso a alteração deu-se um pouco mais tarde e assim a cavidade amniotica permaneceu, mas o feto foi dissolvido.

Diz Charpentier, que não se tem podido encontrar nas vesiculas vestígios de vasos allantoideos, o que fôrça admittir que a degenerescencia das villosidades principiou antes da chegada no seu interior de vasos ombilicaes, quer dizer, no primeiro mez da vida intra-uterina.

Finalmente na terceira variedade, o ovo é completo; o embryão é mais ou menos desenvolvido e é geralmente morto antes do termo.

O seu volume, está na razão da quantidade maior ou menor da placenta tomada pela mola e assim uma gravidez de termo pôde dar-se quando a degenerescencia se faz em pequena porção da placenta.

Chama-se então a esta, *mola embryonada*.

Quanto a esta, que é sempre acompanhada de feto, deve-se admittir que a degenerescencia data

dos primeiros tempos da vida embryonaria, porque não se encontram traços de vasos allantoideos e se o embrião não é dissolvido, contrariamente ao que se vê muitas vezes, é que a degenerescencia não se dá em todas as villosidades choriaes e que não attinge senão as que estão mais proximas da caduca inter-utero-placentaria.

Os vasos allantoideos existentes nas outras villosidades, entretem a vida do feto até ao momento em que estas mesmas villosidades são degeneradas. Desde então a morte do feto é inevitavel.

N'alguns casos encontra-se um feto morto e é o caso mais vulgar, quando a mola é embryonada. *Essen Möller* viu 69 casos de molas embryonadas e o feto a maior parte das vezes era atrophiado.

N'um caso de Maslowsky o embrião de sete mezes tinha 21 centimetros.

Ha tambem casos de fetos vivos e viaveis, segundo *M.^{me} Boivin, Brachet e Hegar* e então n'este caso, teremos a mola parcial, em que sómente se encontra metade, um terço, enfim uma parte da placenta que soffreu a degenerescencia vesicular. O resto do ovo fica intacto, como intactas ficam as suas membranas e no seu interior um feto mais ou menos desenvolvido.

Depaul, diz ter visto um caso, no qual pouco

mais ou menos a metade da placenta, apresentava a transformação hydatiforme e comtudo a gravidez foi até ao termo e a creança nasceu viva, sómente muito fraquinha.

Mais raras, são as observações de gravidez gemellar com mola d'um dos ovos, se bem que existem alguns casos como refere Siebold, M.^{me} Boivin e Montgomery.

Este embrião do ovo doente, não se desenvolve e morre.

Exame microscopico.

Verificou-se histologicamente, depois de muitos estudos feitos, devendo-se estes a Marchand, Franqué, Ouvry, Durante, Essen Möller, Véit, etc., que cada vesícula nada mais é, que uma villosidade chorreal degenerada e tornada kística.

O exame histologico varia sob o ponto de vista do volume das vesículas e assim nas pequenas, o centro representa o antigo stroma viloso, onde os elementos conjunctivos, cellulas estrelladas e fibrilas degeneradas, são afastadas por um liquido seroso ou mucoso.

N'um estado mais avançado, a vesícula é inteiramente kística.

No stroma das villosidades não se encontram vasos, sómente se notam degeneradas ás vezes,

grossas cellulas redondas, que são cellulas de Langerhan tendo proliferado.

Para *Neumann* trata-se então d'uma variedade maligna da mola.

Os auctores acima citados estudaram a estrutura da parede e do conteúdo das vesiculas e encontraram n'ellas as partes constituintes das villosidades normaes.

A parede da vesicula foi estudada por Virchow depois por Ercolani, para quem as vesiculas seriam devidas á proliferação do epithelio das villosidades choriaes. Vejamos as lesões observadas na mola, sobre cada uma das partes constituintes da villosidade normal.

A parede da vesicula é lisa, bastante resistente e mais ou menos transparente. Para *Cruveilhier* a membrana do kisto, é formada por um só folheto, deixando vêr por transparencia uma disposição reticulada.

M.^{me} Boivin diz, que a parede vesicular lhe parece formada de duas membranas.

Dr. Ancelet, constatou a mesma existencia.

Cayla, limitou-se a constatar a semelhança da parede das vesiculas e das villosidades choriaes.

Ella é formada pelo revestimento epithelial das villosidades, que apresenta alterações caracteristicas.

Reconhecem-se as duas camadas, a superficial ou plasmodio e a profunda ou de Langhans.

A superficial com o seu protoplasma granuloso, sem limites celulares, com nucleos multiplos, fórma geralmente um revestimento continuo á vesicula; ella recobre directamente o stroma ou é separado pela camada cellulosa.

Em diferentes pontos o plasmodio vegeta, formando intumescimentos protoplasmicos, sendo estes ás vezes formados sómente de plasmodio, mas a maior parte das vezes contém um centro constituido pelas cellulas de Langhans.

Nos pontos onde as vesiculas apparecem em maior actividade, estes prolongamentos vegetam d'uma maneira exaggerada e podem mesmo tornar-se livres e fluctuar no meio d'ellas formando então massas com protoplasma granuloso e nucleos multiplos.

O plasmodio apresenta ainda um character importante; é de soffrer a degenerescencia vacuolar.

Cava-se de vacuolos, ao passo que o nucleo se atrophia.

A camada profunda, formada pelas cellulas de Langhans, é muito modificada, na sua fórma e no seu agrupamento.

As cellulas são volumosas, com nucleo córado,

com protoplasma claro e com limite cellular bem nitido.

Em certas vesiculas este revestimento é constituido por uma só camada, mas a maior parte das vezes tem accumulção cellular em differentes pontos, formando massas cellulares. Muitas vezes a camada plasmodial rompe-se e deixa passar uma massa mais ou menos consideravel de cellulas de Langhans.

Conteudo das vesiculas.

As pequenas vesiculas são formadas por um stroma comparavel ás villosidades normaes novas.

É um tecido conjunctivo novo, com cellulas estrelladas e com prolongamentos.

Encontram-se alli, cellulas volumosas, redondas com grosso nucleo que se assemelham muito ás cellulas de Langhans e nas vesiculas mais volumosas, o stroma torna-se muito lacho no centro.

N'estas vesiculas, o tecido conjunctivo não existe senão em volta d'ellas, formando uma banda achatada. O centro é cheio por uma substancia amorpha, que provém da coagulação do liquido da villosidade.

Não se encontram quasi nunca vasos no stroma das vesiculas.

No intervallo d'estas encontram-se villosidades normaes novas e coagulos recentes e antigos.

O liquido vesicular tem sido estudado no ponto de vista chimico por diversos auctores e é formado por mucina, saes e albumina.



III

Symptomatologia

Os symptomas que a mola vesicular determina, não são absolutamente constantes e não tem nada de preciso, de maneira que o diagnostico antes da expulsão ou pelo menos antes que a degenerescencia do ovo seja apreciavel ao toque, não póde ser feito com uma completa certeza.

A mulher portadora da mola hydatiforme acredita-se grávida, porque nota a cessação das suas regras, o intumescimento dos seios, o augmento de volume do ventre, o apparecimento de nauseas e vomitos, que são biliosos, mucosos, ou alimentares e n'este caso, este phenomeno reflexo é mais marcado que no estado normal, tomando n'ellas uma intensidade notavel, dando a impressão de vomitos incoerciveis, como constatou Budin, Blué e Bous-sard.

São estes os signaes do comêço d'uma gravidez, mas na epocha onde os signaes certos devem apparecer, estes faltam.

Tem por vezes tendencias syncopaes e lipothymias ou necessidade invencivel do somno, passando o dia a dormir.

Sentem dôres abdominaes ou lombares, edemas, dyspnea, ptyalismo; um symptoma frequente tambem, é o apparecimento de albumina.

Estes ultimos signaes, indicam um estado toxico pronunciado.

Ha symptomas que fazem presumir a gravidez molar, mas elles estão longe de ter o valor que se lhe quer attribuir e quando são nitidamente accentuados, ha necessidade de os agrupar para chegar pela presumpção, a notar a lesão de que a mulher é portadora.

Apparecem n'estas, *hemorrhagias* que tem caracteres especiaes, visto que apparecem muito cêdo, durante o segundo ou terceiro mez e algumas vezes desde as primeiras semanas; surgem sem causa, não se acompanham de dôres, recidivam frequentemente e no intervallo d'estas perdas, que geralmente são pouco abundantes, repetindo-se em intervallos periodicos, imaginando a mulher até que são a volta das suas regras, apparece um corrimen-

to sero-sanguinolento, que para Quénu tem uma grande importancia no diagnostico.

As hemorragias podem pela sua repetição, pela sua abundancia, pôr em risco a vida da mulher.

Um symptoma muito frequente, é o augmento do volume do abdomen, devido ao desenvolvimento da mola, não estando em relação com a idade da gravidez e assim, seguindo os processos conhecidos na medição da distancia do fundo do utero ao bordo superior do pubis que no segundo mez' da gravidez dá 4 centimetros de altura e augmenta de mez a mez 4 centimetros ou notando-se segundo os pontos de referencia habitualmente tomados: umbigo, falsas costellas e appendice xiphoideo, nota-se uma grande disproporção e assim uma gravidez de dois mezes apparenta ser de muito mais.

Ouvry cita um caso, em que o utero de trez mezes de gravidez, ultrapassava o umbigo.

Pinard e Mighliaressy dizem, que em certos casos o utero conserva um volume em relação com a idade da gravidez e pôde mesmo ser mais pequeno, que é devido, quer á paralisação do desenvolvimento da mola (as hemorragias tendo descolado uma parte do ovo) quer á expulsão de vesiculas ou coagulos formados no utero, que se destacam da

massa molar e em que a sahida se acompanha geralmente de hemorragias e dôres expulsivas.

À *palpação*, a consistencia do utero é umas vezes molle, depressivel, semi-fluctuante; outras vezes assemelha-se a um fibroma duro. Outras vezes é regular, conservando a fôrma do utero gravido e ainda se encontram nodosidades ou deformações ao nivel da sua face anterior ou do seu fundo, sendo estas devidas á penetração das vesiculas degeneradas no musculo uterino. Não se sente nenhuma parte fetal.

À *auscultação* nada se nota, porque o feto é incompletamente desenvolvido ou mesmo dissolvido, a não ser por vezes o sopro uterino.

Os ruidos cardiacos fetaes, só nas molas embryonadas se notam.

O *toque* nada de notavel nos dá: o colo amolecido como na gravidez.

Um signal que raramente aparece, a não ser no momento da expulsão completa da mola e que é pathagnomônico, visto que é característico, é a expulsão expontanea de vesiculas, quasi sempre misturada de coagulos sanguineos.

IV

Evolução

O aborto espontaneo é a terminação habitual.

Algumas vezes dá-se para o segundo ou terceiro mez, ás vezes nas primeiras semanas e já casos se tem dado de persistir até ao sexto ou setimo, até ao termo e mesmo a ultrapassa-lo. Baudelocque notou a duração de quatorze mezes, n'uma mulher portadora d'uma gravidez molar; Reysch, uma de treze mezes; Gayfamé, uma de dezeseite mezes; mas para M.^{me} Boivin e Boissard, produz-se n'estes casos uma paralisação no desenvolvimento da massa vesicular e assim a mola póde ser toda expulsa, ou retida e expulsa pouco a pouco, durando até semanas ou um anno a sua expulsão (Giffard).

A expulsão da mola hydatiforme, dá-se de duas maneiras: completa e acompanhada de hemorragias

mais ou menos intensas, ou em fragmentos, destacando-se então as vesículas por especies de cachos.

As portadoras de mola hydatiforme, umas apresentam um aspecto sadio e expulsam a mola sem a minima alteração apparente da sua saude. Outras porém ha e estas mais frequentes são, em que a intoxicação e a alteração do sangue, tal como se dá nos tumores malignos, faz tomar ás doentes um aspecto doentio, palidas, talvez devido ás hemorragias frequentes, magras e sem forças, obrigadas a abandonar as suas occupaões e os seus trabalhos, para recolher ao leito.

Accidentes graves podem produzir-se, taes como: hemorragias, ás vezes mortaes, pela sua repetição e abundancia; retenção de partes molaes, dando logar a uma septicemia grave, devida a putrefação d'estes fragmentos com hemorragias repetidas, ruptura uterina e morte por hemorragia peritoneal (Wiltow e Ouvry).

Ha casos em que a mulher morre antes de a mola ser expulsa porque é adherente ao tecido uterino (Jarotsky, Waldeyer) ou porque a mola se desenvolve n'um corno uterino, na trompa ou mesmo no musculo (Volkmann), gravidez intersticial.

Ha casos em que, devido á degenerescencia parcial da placenta, a gravidez chega ao termo, a

creança nasce viva e a mola não se reconhece, senão no momento da dechitadura.

Auctores ha como Montgomery, que relatam casos de gravidez molar, que evoluem até ao termo, nascendo uma creança viva sendo a mola muito volumosa.

Para Lepage; trata-se n'estes casos d'uma gravidez gemellar, em que um dos ovos é sómente degenerado.



Diagnosticco

O diagnosticco de mola hydatiforme quasi nunca é facil, e isso devido não só á ausencia de signaes perfeitamente certos, mas tambem aos signaes que são geralmente applicaveis a muitas affecções. A difficulta-lo está tambem a raridade da doença.

Casos ha, rarissimos é certo, em que o diagnosticco é facilimo; é o caso de serem expulsas uma ou mais vesiculas e como estas são pathognomonicas, nenhuma duvida permanece; mas infelizmente não apparecem senão no momento da expulsão da mola e mesmo muitas vezes não apparecem, pois que a mola hydatiforme fica envolvida, algumas vezes, pela caduca.

Fallam todos os auctores que para o diagnosticco de mola hydatiforme, ha trez signaes principaes que se encontram por vezes reunidos n'esta affec-

ção e que são: 1.º desenvolvimento rapido e exagerado do abdomen, não estando em relação com a idade da gravidez; 2.º pequenas hemorragias durante o curso da gravidez, hemorragias apresentando caracteres particulares; 3.º a expulsão de vesículas.

Com referencia ao primeiro symptoma, diremos que é raro ser constante; apparece em algumas doenças taes como: *hydramnios* e kistos do ovario. O *hydramnios* é raro nos principios da gravidez simples.

Os kistos do ovario por um exame bem feito, mostram que o augmento de volume pertence ao ovario e não ao utero.

Ha casos em que o ventre se torna exaggerado. M.^{me} Boivin relata uma observação em que um utero de trez mezes de gravidez, era desenvolvido como se tivesse sete.

Depaul relata tambem um caso, em que n'uma senhora com alguns dias de gravidez o utero tomou um desenvolvimento exaggerado e ao quarto mez o fundo do utero elevava-se dois dedos acima do umbigo.

Nem sempre isto é a regra, pois vezes ha, em que o utero desenvolvido fica estacionario ou segue a marcha ascendente normal.

M.^{me} Boivin relata um caso, em que o utero offerecia em oito mezes o volume que apresenta de ordinario ao quinto mez e n'este caso descobriu uma gravidez em que se deu a morte do feto.

O segundo symptoma póde fazer lembrar pelas hemorrhagias um começo de aborto, devido ou não á inserção viciosa da placenta, mas n'este caso as hemorrhagias são só nos ultimos trez mezes de gravidez. Esta confusão póde ainda dar-se pelo toque, sendo o colo entre-aberto, pela semelhança de sensibilidade entre os cotyledones placentarios e o ovo degenerado e ainda a confusão póde dar-se com um tumor maligno.

Assim a confusão é facil com um fibroma, quando este não é muito saliente á superficie externa do utero e não tendo uma consistencia firme. A prova-lo, relata C. Sauvage um caso de hysterectomia sub-total, feito n'uma mulher portadora d'uma mola hydatiforme em que a gravidez tinha sido desconhecida e resolvida a operação devido ao estado precario da doente, pois a mulher queixava-se de ter emagrecido muito, não podendo precisar se tinha tido vomitos, albuminuria e outros symptomas de intoxicação. Ao exame, o utero era regularmente desenvolvido e o fundo estava á altura do umbigo e nenhum signal se notava de

producto de concepção, tendo sido feito o diagnostico de fibroma. Sómente á abertura do utero se viu a existencia d'uma mola.

Se este segundo symptoma se nota nas mulheres em que a menopausa se approxima e se se juntam os signaes geraes de cachexia: emagrecimento, corrimentos sero-sanguinolentos e fétidos, um neoplasma maligno é com o que a mola se póde confundir.



VI

Prognostico

O prognostico da mola hydatiforme deve ser sempre reservado para a mãe e para o feto.

É grave para a mãe, pelas hemorragias precoces e frequentes que sobrevem durante a gravidez e parto, deixando-a n'um estado deploravel, tendo por vezes como termo final a morte e não é sómente pelas hemorragias, mas tambem pelas perdas sero-sanguinolentas.

Ha porém casos em que a saude das mulheres é magnifica, expulsando uma mola hydatiforme e casos ha tambem de mulheres, que tendo tido varias molas seguidas, mesmo depois d'este habito pathologico, tiveram partos felizes.

São gravissimas para a mãe, as molas com caracter essencialmente destructor.

Assim a prova-lo, ha o caso de Volkmann, em que a massa propria das villosidades degeneradas, era desenvolvida na espessura da parede uterina hypertrophizada. As villosidades tinham lançado os seus prolongamentos para o interior dos lagos sanguineos maternas e tinham destruido por pressão o tecido do utero; depois tinham penetrado atravez do seu fundo até perto do peritoneo e ao abri-lo, o conteudo do utero parecia dividido em duas partes por um diaphragma. A parte que se encontrava abaixo d'este, era só a verdadeira cavidade uterina, ao passo que a parte superior mais grossa, era cheia por um tumor de nova formação que tinha distendido o parenchyma uterino, em forma d'uma grande cavidade.

V. Jarstzyky e Valdeyer publicaram um caso muito semelhante; sómente a degenerescencia tinha apparecido antes da formação da placenta e por conseguinte toda a periphéria do ovo era munida de villosidades. Esta propagação que se encontra no parenchyma uterino, com atrophia consecutiva d'este parenchyma, torna muito difficil a expulsão da mola e mesmo impossivel nos casos onde ella é muito desenvolvida.

No caso do Krieger, á destruição da substancia uterina, juntou-se uma peritonite mortal. No

caso mais antigo do Wilton, a morte foi o resultado da ruptura e hemorragia que se fez na cavidade abdominal.

O prognostico afastado não é para desprezar.

Nas mulheres que tiveram uma mola hydratiforme, a terminação por vezes notada, depois de um tempo mais ou menos longo, é o desenvolvimento d'um decíduoma maligno, "tumor em que os elementos fundamentaes são os que proliferam na mola".

O prognostico é grave, para o feto tambem.

Sem duvida tem-se notado um certo numero de casos, em que, apesar de uma mola vesicular mais ou menos volumosa o feto tem continuado a viver, desenvolvendo-se até uma epocha bastante avançada da vida intra-uterina e podendo mesmo nascer de termo, vivo e bem constituido. A maior parte das vezes porém, o feto succumbe.

A sua morte é devida, quer aos progressos da degenerescencia kistica, quer ás hemorragias que se produzem. O sangue vem então lacerar as partes da placenta ou da chorion que não eram attingidas pela doença e que teriam podido servir para a respiração e para a nutrição do feto.

Pela estatistica que fizemos das molas dos ultimos annos, o prognostico não nos parece muito

mau, é possível que n'outros paizes a gravidade seja maior.

Depende muito tambem da intervenção precoce.

Nas tabellas archivadas das doentes que deram entrada n'esta enfermaria, desde Novembro de 1911 até 31 de Maio de 1916 encontra-se:

14 de Julho de 1913.

M. J. da Costa — 44 annos — casada.

Doença — Mola hydatiforme.

Operação — Curetagem.

Resultado — Curada.

27 de Fevereiro de 1915.

M. R. — 22 annos — casada.

Doença — Mola hydatiforme.

Operação — Curetagem.

Resultado — Melhorada (exigiu alta).

24 de Março de 1916.

L. J. — 47 annos — casada.

Doença — Mola hydatiforme.

Operação — Curetagem.

Resultado — Curada.

13 de Maio de 1916.

M. S. — 41 annos — casada.

Doença — Mola hydatiforme.

Operação — Curetagem.

Resultado — Curada.

Desde Novembro de 1911, até Junho de 1916, entraram 441 doentes e tivemos quatro casos de molas, o que dá uma média de 9 molas por 1000.

Ora os auctores dão como média, 1 caso por 2000.

Parece portanto á primeira vista, que as molas são frequentes entre as nossas mulheres. — Assim seria, se a estatistica não estivesse errada. — O erro

está em que a grande maioria dos casos que entram para a nossa enfermaria são partos dystocicos, de fórma que sendo assim, 9 molas por 1000 doentes não nos parecem muitas.

Para se poder fazer uma estatística certa, seria preciso saber quantos partos se deram durante os ultimos cinco annos, incluindo abortos.— Calcular quantas molas são expulsas fóra do hospital, etc., o que não é possível; portanto, não podemos dar uma estatística como seria o nosso desejo.

Se fosse possível, dar-nos-hiamos ao trabalho de a fazer, mas sendo impossível, limitarmo-nos-hemos a citar os casos da enfermaria.

VII

Tratamento

A degenerescencia das villosidades choriaes é uma doença, como se vê, muito encoberta e portanto o tratamento é nullo, visto que ella só se manifesta geralmente no momento da sua expulsão.

O tratamento faz-se segundo duas indicações, isto é, considerando a mulher durante a gravidez e durante a expulsão da mola.

Durante a gravidez e enquanto que o diagnostico é exitante, limitar-nos-hemos a fazer um tratamento de symptomas e assim o apparecimento da hemorrhagia levar-nos-ha a fazer o tratamento simples do aborto (repouso, injeccões quentes, tampões vaginaes e os opiacios). Durante a expulsão da mola consideraremos dois casos segundo a hemorrhagia é abundante ou não.

No primeiro caso, quando a hemorrhagia é

pouco abundante e se o colo se dilata normalmente, deve deixar-se fazer espontaneamente a expulsão da mola.

No segundo caso, quando a hemorragia é abundante, o tratamento é a curagem digital, ou curetagem prudente, por causa da friabilidade uterina, que como já dissemos (devido a acção das massas plasmodiaes que lesam intensamente a sua parede) póde com a maior facilidade produzir-se a ruptura uterina.

A expulsão de algumas vesículas durante a gestação, não deve mudar a conducta do medico, a não ser que haja a certeza que o feto é morto, por pouco abundantes que as hemorragias sejam, porque ha casos em que apoz este phenomeno, a gravidez continua e dá nascimento a uma creança viva. Sendo as hemorragias moderadas, mais vale que a natureza expulse a mola.

Citam os auctores, que frequentemente apparecem mais tarde tumores malignos (deciduomas) e é esse facto que tem dado occasião a hysterectomias preventivas. Auctores ha, que aconselham a hysterectomia do utero em todos os casos de molas. Parece uma medida exaggerada, fazer-se tal operação em todas as doentes portadoras de molas, pois muitas vezes não recidivam e a mulher póde dar origem a creanças sãs e normalmente conformadas.

Deve haver contudo a maior vigilancia e estar prompto a intervir se apparecem symptomas de algum tumor maligno, devendo para isso a mulher que teve uma mola, deixar-se examinar amiudadas vezes durante algum tempo.

Observações

I

Nome	L. G.
Idade	47 annos.
Estado	Casada.
Profissão	Domestica.
Doença	Moda hydatiforme em massa.
Operação	Curetagem.
Resultado	Curada.

Entrou em 24 de Março de 1916, para a enfermaria 12.

ESTADO ACTUAL.—A doente estava muito pallida, as mucosas dos labios, palpebras e gengivas muito descoradas.

A temperatura era de 38°.

O pulso pequeno, hypotenso, 118 pulsações por minuto.

Permanecia n'um estado de prostração grande e estava magrissima.

Interrogada, contou entrar para o hospital devido a gastralgias sobrevindo immediatamente ás refeições e vomitando todos os alimentos, quer solidos, quer liquidos, sendo por isso internada na enfermaria 7, onde permaneceu oito dias.

N'uma noite, n'aquella enfermaria, teve uma abundante hemorragia e no dia immediato, dia em que foi transferida para a enfermaria 12, teve um aborto e novas hemorragias se seguiram.

Examinando aquillo a que a doente chamou um aborto, notamos que era uma massa informe, com enorme numero de pequenos kistos, semelhantes a pequenas espheras, algumas do volume de grãos de milho e outras como pequenas cabeças de alfinetes, molles e cheias d'um liquido claro e agrupadas por finos pediculos aos quaes estavam suspensas.

Algumas vesiculas estavam livres pela ruptura do pediculo.

Ao lado d'estas encontravam-se partes solidas, avermelhadas, parecendo tecido placentario e juntamente existiam diversos coagulos sanguineos.

Era impossivel distinguir os cotyledones placentarios, pois quasi tudo era formado de vesiculas.

Nada nos levou a crêr que existisse o minimo traço de feto.

Pesava esta massa, 500 grammas.

HISTORIA DA DOENÇA. — Conta a doente que era regularmente menstruada, não se imaginando de fôrma alguma grávida.

Sentia algumas vezes, dôres abdominaes e lombares.

Tinha, como acima dissemos, tratando do estado actual, gastralgias seguindo-se immediatamente às refeições e vomitando quanto comia, quer solido quer liquido.

Os vomitos tinha-os, havia um mez, antes da entrada no hospital.

Notava a doente que emagrecia muito e dia a dia se tornava mais fraca, chegando a guardar o leite, por lhe ser completamente impossivel levantar-se e proseguir nos seus trabalhos domesticos. Na enfermaria 7, o tratamento seguido, foi a applicação de gelo sobre a região epigástrica.

ANTECEDENTES PESSOAES. — Teve em pequena o sarampo e a variola.

Foi menstruada aos 14 annos.

Era uma constipada habitual.

Tevê 8 filhos que são vivos e saudaveis e 3 abortos de trez mezes cada um.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS. — O pae é já fallecido, não sabendo a doente precisar a doença que o victimou.

A mãe é já fallecida tambem, desconhecendo a doente qual a doença que a victimou.

Esta teve 3 filhos, todos ainda vivos e saudaveis.

DIAGNOSTICO. — Mola hydatiforme em massa.

TRATAMENTO. — Curetagem. A doente sahiu curada.

II

Nome	M. S.
Idade	41 annos.
Estado	Casada.
Profissão	Domestica.
Doença	Mola hydatiforme em massa.
Operação	Curetagem.
Resultado	Curada.

Entrou em 13 de Maio de 1916 para a enfermaria 12.

ESTADO ACTUAL. — A doente apresentava-se com anemia profunda e asymetria facial, devida a uma paralyisia facial.

No dia de entrada para a enfermaria 12, teve

em casa uma hemorragia abundante, com dôres violentas, seguida da expulsão de uma substancia que a doente não sabia precisar o que era.

N'esta enfermaria expulsou vesiculas hydatiformes.

Estas, não eram maiores que uma grainha de uva e juntamente vinham restos de membranas espessas e sangue escuro.

Devido ás vesiculas e membranas serem expulsas por fragmentos, não se póde affirmar que fosse uma mola ôca ou cheia, mas pela grande quantidade de vesiculas expulsas, pareceu-nos tratar-se d'uma mola cheia ou em massa.

Á palpação, o utero tinha uma consistencia molle e o seu fundo estava a 2 dedos acima do pubis e estava doloroso.

Ao toque observamos: colo uterino molle e doloroso e resistindo á passagem de dois dedos aavez do seu canal.

Havia uma hemorrhagia continua de origem intra-uterina, trazendo de tempos a tempos vesiculas typicas de mola hydatiforme.

A temperatura era de 37°5.

O pulso pequeno, hypotenso, com 80 pulsações por minuto.

Á auscultação dos pulmões notamos: diminui-

ção de murmúrio, rudeza respiratoria e expiração prolongada ao nível do vertice do pulmão esquerdo.

À auscultação do coração notamos uma insuficiência mitral.

Pelo exame de urinas constatamos uma leve quantidade de albumina.

A doente tinha edema dos membros inferiores.

HISTORIA DA DOENÇA. — Nos principios de Fevereiro faltou-lhe a menstruação.

De 16 a 23 de Abril, a doente teve uma hemorragia, a que se seguiram outras, com dôres na região hypogastrica ficando assim muito anemiada e no dia 13 de Maio, teve então uma grande hemorragia, com expulsão de vesículas.

ANTECEDENTES PESSOAES. — Desde pequena que soffre do estomago.

Tem tido varias vezes ataques de rheumatismo.

Foi sempre anemica.

Teve a primeira menstruação aos 18 annos.

Teve um filho que morreu em creança, victimado por uma gastro-enterite.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS. — O pae foi victimado por uma bronquite chronica.

A mãe é viva e saudavel.

Tres irmãos morreram tuberculosos.

DIAGNOSTICO. — Mola hydatiforme cheia ou em massa.

TRATAMENTO. — Curetagem. A doente sahiu curada.



III

Nome	E. G. S. P.
Idade	49 annos.
Estado	Casada.
Profissão	Domestica.
Doença.	Mola hydatiforme em massa.
Operação	Curetagem.
Resultado.	Curada.

- Entrou para a enfermaria n.º 8, em 22 de Fevereiro de 1917.

ESTADO ACTUAL. — A doente apresentava-se muito palida.

Apresentava uma acentuada tumefacção abdominal.

A palpação revelava um augmento do utero e o seu fundo estava a um dedo acima do umbigo.

Tinha tambem um corrimento sanguineo.

Ao toque o signal de Hegar era positivo.

Á auscultação pulmonar notamos a existencia de alguns sarridos sibilantes nos vertices dos pulmões.

O pulso era pequeno, hypotenso e tinha 98 pulsações.

A temperatura era de 37°5.

No dia immediato ao do nosso exame a doente teve uma dôr fortissima no abdomen, uma hemorragia abundante e vomitos e em seguida expulsou uma mola hydatiforme em massa.

HISTORIA DA DOENÇA.—Referiu a doente, que durante trez mezes lhe faltou a menstruação, ao fim dos quaes lhe voltou, acompanhada de dôres muito grandes, sendo o sangue escuro.

Depois appareceu-lhe uma hemorrhagia com sangue mais claro e com alguns coagulos.

Esta hemorrhagia nunca mais cessou, e augmentava n'um dia, se no anterior tinha sido menor.

Foi assim que entrou para o hospital.

ANTECEDENTES PESSOAES.—No seu passado morbido, referiu a doente ter tido uma pneumonia.

Teve a primeira menstruação aos 16 annos, sendo enquanto solteira as suas menstruações, pouco abundantes.

Teve 11 filhos, cujos partos correram bem.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—Pae e mãe já fallecidos, não sabendo a doente precisar quaes as doenças que os victimaram.

DIAGNOSTICO.—Mola hydatiforme em massa.

TRATAMENTO.—Curetagem. A doente sahio curada.

IV

Peça do Museu de Anatomia Pathologica, metida em Kaiserling B.

Encontram-se em grande quantidade vesículas muito pequenas, as mais frequentes como cabeças de alfinetes, formando grupos e justapostas ordinariamente sem pediculos a outras maiores, que chegam a attingir o tamanho e a conformação d'uma amendoa.

Das vesículas pequenas, muitas d'ellas inserem-se directamente ao chorion.

Estas são em tão grande numero, que a mola, vista a uma certa distancia, toma o aspecto d'uma esponja.

Ao lado encontram-se coagulos vermelhos e na espessura do chorion tambem se nota, segundo os

pontos examinados, uma infiltração sanguínea mais ou menos extensa.

Não encontramos qualquer fragmento de caduca.

O peso total, que não podemos considera-lo verdadeiro devido ás condições em que a mola está, é de 615 grammas.

Tratava-se n'este caso d'uma mola cheia.



V

Peça do Museu de Anatomia pathologica, met-tida em Kaiserling B.

Vesículas de volume variavel, desde o tamanho de um grão de milho até ao de uma noz.

As mais numerosas eram do tamanho de bagos d'uva.

À superficie encontramos volumosos coagulos sanguineos.

As vesículas tinham pediculos mais ou menos longos, alguns excessivamente compridos e ligados por estes umas ás outras formando porções de cachos e por sua vez vão directa ou indirectamente inserir-se ao chorion.

Na espessura d'este, encontramos tambem coa-

gulos sanguineos, variando em quantidade segundo os pontos examinados.

Não se nota a existencia de caduca.

O pêso total da mola, era de 455 grammas.

Tratava-se n'este caso d'uma mola cheia.

Bibliographia

La pratique de l'art des accouchements, par Paul Bar,
A. Brindeau, J. Chambrelent.

Traité d'obstétrique, par A. Ribemont, Dessaignes et
J. Lepage.

Précis d'obstétrique, par Fabre.

Précis d'obstétrique, par Dr. Ernest Bumm.

Précis d'obstétrique, par Ch. Maygrier et A. Schwal.

Leçons de Clinique obstétrical, par J. Depaul.

Traité de Gynecologie, par J. L. Faure et A. Siredey.

Annaes de Gynecologia.

Traité pratique des accouchements, par Charpentier.

Manuel complet des sages-femmes, par Dr. Camille
Fournier.

Manuel des accouchements, par Jacmier.

Traité complet d'accouchements, par M. Joulin.

*Précis théorique et pratique de l'art des accouche-
ments*, par Scanzoni.

Traité de l'art des accouchements, par S. Tarnier et
P. Budin.

Traité complet de l'art des accouchements, par Alf. Velpeau.

Traité pratique des maladies de l'utérus et des ses annexes, par M.^{me} Boivin et A. Dugés.

Traité des maladies des femmes, depuis la puberté jusqu'à l'âge critique inclusivement, par G. Capuron.

Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, par P. Caseaux.

Précis theorique et pratique de l'art des accouchements, por Scanzoni.

Traduit de l'allemand, par le docteur Paul Picard,

Visto

Pode imprimir-se

TEIXEIRA BASTOS

MAXIMIANO DE LEMOS

Presidente.

Director.

ERRATAS

Pag.	Linhas	Onde se lê	Lêia-se
23	14	animarmos	animar-nos
23	15	modesta,	modesto,
36	3	periforme	piriforme
37	23	de uvas	d'uvas
39	3	hipertrofia,	hypertrofia,
41	16	cheio	cheia
45	2	ghan	ghans
45	5	citados	citados,
51	5	augmeuto	augmento
51	10	pubis	pubis,
52	20	completa	—
55	5	viva	viva,
64	5	n'esta enfermaria,	na enfermaria de Partos,
68	22	histerectomia do utero	histerectomia
83	6	verdadeiro	verdadeiro,