

795

ARMANDO DA CUNHA AZEVEDO



DIAGNOSTICO E TRATAMENTO

DA

GRAVIDEZ ECTOPICA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO

IMPRESA PORTUGUEZA
Rua Formosa, 112

1894

75/7 EMC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO DIRECTOR

Dr. Wenceslau de Souza Pereira de Lima

SECRETARIO O ILL.^{mo} E EX.^{mo} SR.

RICARDO D'ALMEIDA JORGE



CORPO CATHEDRATICO

LENTES CATHEDRATICOS

OS ILL.^{mos} E EX.^{mos} SRS.

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1. ^a Cadeira — Anatomia descriptiva e geral | João Pereira Dias Lebre. |
| 2. ^a Cadeira — Physiologia | Antonio Placido da Costa. |
| 3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica | Dr. José Carlos Lopes. |
| 4. ^a Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa | Antonio J. de Moraes Caldas. |
| 5. ^a Cadeira — Medicina operatoria | Pedro Augusto Dias. |
| 6. ^a Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos | Dr. Agostinho A. do Souto. |
| 7. ^a Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna | Antonio d'Oliveira Monteiro. |
| 8. ^a Cadeira — Clinica medica | Antonio d'Azevedo Maia. |
| 9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica | Eduardo Pereira Pimenta. |
| 10. ^a Cadeira — Anatomia pathologica | Augusto H. Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira — Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia | Manoel Rodrigues Silva Pinto. |
| 12. ^a Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica | Illidio Ayres Pereira do Valle. |
| Pharmacia | Nuno Freire Dias Salgueiro. |

LENTES JUBILADOS

- | | |
|----------------------------|-------------------------|
| Secção medica | José d'Andrade Gramaxo. |
| Secção cirurgica | Visconde de Oliveira. |

LENTES SUBSTITUTOS

- | | |
|----------------------------|--|
| Secção medica | { Maximiano A. Lemos.
Vaga. |
| Secção cirurgica | { Ricardo d'Almeida Jorge.
Candido Augusto C. de Pinho. |

LENTE DEMONSTRADOR

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| Secção cirurgica | Roberto B. do Rosario Frias. |
|----------------------------|------------------------------|

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

(Regulamento da Escola, art.º 155.º)

A meus queridos Paes

A MEUS IRMÃOS

A meus parentes

À MEMORIA

DE

MEU TIO, PADRINHO E AMIGO

Antonio Pereira Junior

AO MEU CONDISCIPULO

COMPANHEIRO D'ESTUDO E INTIMO AMIGO

Clemente Pinto

AOS MEUS CONDISCIPULOS

E EM ESPECIAL A

Abel Brandão
Accacio Umbelino Pereira da Silva
Adolpho Cruz
Annibal Lopes Brou
Eduardo Maia
Flavio de Barros
Francisco da Silva Carvalho
Henrique Carlos Rodrigues
Joaquim Arantes Pereira
Joaquim Dias Soccorro
Joaquim José Pinto
José Antonio Duarte
José Baptista Dias Junior
Julio de Carvalho Baptista

A MEUS AMIGOS

E EM ESPECIAL A

Francisco Antonio de Moura
Dr. Eduardo de Moura
Padre Albino Coelho

AO ILLUSTRE CORPO DOCENTE

DA

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

AO MEU ILLUSTRE PRESIDENTE

O EX.^{mo} SR.

Dr. Antonio d'Azevedo Maia

O discipulo reconhecido.

No decorrer do anno lectivo tive occasião de, feita a autopsia em uma mulher fallecida na enfermaria de partos, observar um caso de gravidez ectopica.

Tive então ensejo de ler alguns trabalhos sobre o assumpto, entre outros o d'um ex-alumno d'esta escola, o dr. Vasconcellos Beirão, em cuja these são registados dois casos, operados pelo distincto professor o ex.^{mo} sr. dr. Antonio d'Azevedo Maia, um dos quaes muito interessante, pois que, sendo complicado de gravidez normal, a operada, tres mezes e meio depois da operação, dava á luz com a maxima felicidade uma robusta criança do sexo feminino.

Attrahiu-me tal assumpto deveras, porque é na verdade interessante, e por tal fôrma

que, quando tratava, para cumprir a para mim bem dura disposição da lei, de escolher assumpto para a minha these, porque já tivesse d'aquelle alguma preparação, por elle optei.

Tratado sem competencia, a these fica sem merecimento; sirva-me ella ao menos de pretexto para deixar archivado o caso referido, de que dou alguns apontamentos, e poucos se poderam colher, no fim do meu trabalho, e cuja peça anatomo-pathologica, de que apresento juntamente a phototypia, foi recolhida no museu d'esta escola.

INTRODUÇÃO

Todas as vezes, que o ovulo se desenvolve fóra da cavidade do utero, ha uma gravidez extra-uterina ou melhor, segundo a feliz expressão de R. Barnes, gravidez ectopica. E na verdade a gravidez póde ser ectopica sem ser extra-uterina como se deduz immediatamente da seguinte classificação de gravidezes extra-uterinas, a de Tarnier.

Gravidez tubar	}	Gravidez tubar propriamente dita
		Gravidez intersticial
		Gravidez tubo-abdominal
Gravidez ovarica	}	Gravidez ovarica interna
		Gravidez ovarica externa
Gravidez abdominal	}	Gravidez abdominal primitiva
		Gravidez abdominal secundaria

Como se vê, Tarnier admite uma variedade intersticial ou tubo-uterina, em que o ovulo sem estar fóra do utero se não desenvolve na cavi-

dade d'este orgão, mas sim na porção de trompa que atravessa a parede uterina.

É por isso bem mais rigorosa a designação de Barnes.

O conhecimento da gravidez ectopica em obstetrica é de data relativamente recente, e só se tornou melhor comprehensível depois de adquiridas noções mais exactas sobre fecundação e ovulação. N'estes ultimos annos, tem sido tal assumpto o objecto de numerosos trabalhos, como se vê bem, percorrendo os modernos tractados, revistas e communicações feitas ás sociedades de cirurgia e gynecologia, o que prova á saciedade a importancia e attenção, que lhes tem merecido este tão interessante ponto de obstetricia.

E os progressos realisados estendem-se a todos os capitulos da gravidez ectopica, mas a vastidão do assumpto obriga-nos a restricções, estudando por isso só alguns d'elles. A nossa escolha recahiu naturalmente sobre dois que mais directamente interessam o clinico, como são o diagnostico e o tratamento.

Assim o nosso trabalho se divide naturalmente em duas partes. Na primeira tratarei do diagnostico passando em revista os differentes signaes e meios que a clinica tem á sua disposição para adquirir a certeza, ou pelo menos a probabilidade, de que se trata d'um caso de gravidez ectopica.

A segunda parte será consagrada á exposição dos differentes processos de tratamento.

Explanando tal assumpto, não me referirei aos factos designados sobre o nome de gravidez cervical e a aquelle, em que um dos cornos d'um utero duplo se torna gravido, que são por alguns comprehendidos sob o titulo de gravidez extra-uterina, pois que em taes casos não ha senão anomalias de gravidez uterina, apesar de, quando o ovulo se desenvolve em um corno rudimentar, separado do resto do utero por uma especie de pediculo, a gravidez apresentar uma marcha clinica e terminações muito analogas ás da gravidez tubar.

PRIMEIRA PARTE

Diagnosticco

Para sermos methodicos e facilitar a explanação do assumpto, estudarei o diagnosticco da gravidez ectopica na primeira metade ou até ao momento em que apparecem os signaes de certeza, e na segunda metade, desde a apparição d'esses signaes até ao termo da gravidez, em capitulos separados.

Além d'isso tratarei em outro capitulo do diagnosticco da retenção do feto morto.

CAPITULO PRIMEIRO

Diagnosticco de gravidez ectopica na primeira metade

N'este capitulo é estudado o diagnosticco da gravidez ectopica, nos quatro ou cinco primeiros mezes, mas além d'isso occupar-me-hei tambem de dois accidentes que, por serem

muito frequentes n'este periodo, devem merecer um pouco de attenção — a ruptura do kysto fetal e a morte do producto da concepção.

O diagnostico nos primeiros mezes da gravidez ectopica é difficil, porque os seus signaes são os mesmos, que os d'uma gravidez normal incipiente — suppressão das regras, modificações dos seios, perturbações digestivas, do systema nervoso, etc.

Ainda assim, algumas vezes é possível suspeitar ou até assentar na existencia d'uma gravidez anormal. As regras, por exemplo, persistem sem soffrerem modificações muito frequentemente. Outras vezes depois de suspensas algumas semanas, ou mesmo dois ou tres mezes, de novo voltam e em alguns casos o corrimento sanguineo não tem regularidade alguma, havendo mesmo por vezes verdadeiras hemorragias. Simultaneamente a mulher sente dôres, por vezes bastante vivas e que impossibilitam a marcha; ellas são localisadas ao nivel da pequena bacia, ou em um dos lados do abdomen, e podem acompanhar-se de nauseas, vomitos e um ligeiro estado febril. Essas dôres são por uns attribuidas a *poussées* de peritonite, por outros, como Parry, a contracções do kysto fetal. A estes symptomas outros se juntam por vezes. Assim, Freund assignala colicas intestinaes e diarrheia, consequencia da ir-

ritação do intestino sobre cuja superficie se insere o kysto fetal.

Ha de mais phenomenos de compressão, quando o tumor se desenvolve na pequena bacia, quer do lado do recto, produzindo uma constipação mais ou menos rebelde, quer do lado da urethra, da bexiga, e dos ureteres, dando logar a difficuldades de micção, retenções de urina, e até anuria e convulsões. Estes symptomas podem, por pouco intensos, não chamar a attenção da mulher que julga ter uma gravidez normal.

Mas, no segundo ou terceiro mez, observa-se frequentemente a expulsão da caduca em massa ou por fragmentos acompanhada de dôres e corrimento sanguineo, o que leva a suppôr a existencia d'um aborto; e, como a hemorragia em vez de posteriormente cessar, reaparece com intervallos pouco espaçados, a mulher procura então, já inquietada com o seu estado, o medico para o consultar. É então que este póde recorrer ao exame physico. Em uma gravidez pouco adiantada os differentes processos de exploração não fornecem elementos para poder affirmar a existencia d'uma gravidez ectopica.

Não succede assim mais tarde.

Pela apalpação abdominal sente-se então acima do pubis um tumor medio ou lateral que, todavia, póde ser tomado pelo utero gravido, mas elle é menos regular, muito sensivel, doloroso mesmo á pressão, e nunca n'elle se póde determinar apparição de contracções.

A percussão, mostrando que existe uma zona de som baço mais extensa d'um lado que d'outro, vem confirmar aquellas indicações.

A auscultação apenas poderá fornecer um ruído de sopro.

Pelo toque vaginal adquirem-se elementos de maior valor. Por elle se observa que o collo e o corpo do utero não occupam o seu lugar normal, mas são desviados para um dos lados, ou repellidos para diante e para cima, por detrás e por cima da symphyse publica, ou mais raramente para traz. O corpo do utero é demais ligeiramente augmentado de volume, mas esse augmento não está em relação com a idade da gravidez. Alem d'isto, póde encontrar-se nas partes lateraes do utero um tumor, que faz corpo com aquelle orgão, ou gosa d'uma mobilidade propria. Outras vezes o tumor existe atraz, no fundo de sacco de Douglas, e, posto que raramente, podem observar-se então pulsações vasculares. Em alguns casos ainda, quando as paredes são pouco espessas, o movimento de embalanco póde ser nitidamente percebido.

Combinando o toque vaginal com a apalpação abdominal, podem melhor notar-se o volume, situação e fórma do utero e tumor, e as relações que estes teem entre si e com os orgãos visinhos.

O toque rectal permite explorar melhor a parte posterior do tumor, quando este occupa o fundo de sacco de Douglas, e auxilia a distinguir o corpo do utero em casos de retro-flexão.

O toque vaginal e rectal combinados veem ainda confirmar os resultados obtidos em explorações anteriores. Se por este primeiro exame não chegarmos a um diagnostico seguro, um segundo feito mais tarde far-nos-ha decidir se notarmos então que o utero não augmentou de volume, ao contrario do tumor.

Além d'estes processos mencionam-se outros, como o toque intra-vesical, e sobre tudo o catheterismo uterino. Mas o catheterismo uterino não dá por vezes indicações sufficientes e tem inconvenientes graves, como a perfuração das paredes uterinas, o aborto, se ha gravidez uterina, por se haverem rompido as membranas, e ainda a ruptura do sacco fetal extra-uterino, que se tem visto produzir-se em seguida á pratica d'este meio de exploração.

Tarnier em vez d'uma sonda, serve-se do dedo, mas ainda aquelles inconvenientes não desaparecem.

Todas estas explorações podem fazer-se, quando a sensibilidade da doente a isso obriga, depois da anesthesia, que tem todavia o inconveniente de deixar vomitos ás vezes perigosos.

Colhidos todos estes elementos poderemos assentar no diagnostico o que não faremos senão depois d'um exame minucioso e d'uma apreciação justa dos factos, para evitarmos erros, confundindo este estado com outros que o podem simular.

Com effeito tem-se confundido a gravidez ectopica com os fibromas uterinos, a hydropi-

sia das trompas, a pyosalpingite, os kystos do ovario, o abcesso da cavidade de Retzius, o phlegmão peri-uterino, a pelvi-peritonite e o hematocele; mas, a ausencia de todos os signaes d'uma gravidez em principio, leva-nos a excluir estas doenças. Deveremos, todavia, fazer uma excepção para alguns casos de hematocele que não são senão a consequencia d'um kysto fetal. Outras vezes ha uma gravidez ectopica e imagina-se estar em presença d'uma gravidez normal ou d'um aborto, d'umia retroversão uterina ou d'uma gravidez em um corno rudimentar d'um utero bi-corneo.

A presença de signaes de gravidez, a hemorrhagia, a expulsão da caduca podem fazer lembrar uma gravidez normal e aborto, mas os commemorativos, que nos dizem que a gravidez tem sido entrecortada de accidentes e o exame physico que nos mostra a existencia d'um kysto fetal, levar-nos-hão a um diagnostico da gravidez ectopica.

Em uma gravidez normal a expulsão de bocados de caduca tem levado a diagnosticar uma gravidez ectopica, mas aquelles mesmos elementos bem como a continuação de gravidez normal veem esclarecer-nos por completo.

O diagnostico differencial da retroversão uterina e da gravidez ectopica é por vezes difficil, sobretudo quando o kysto fetal occupa o fundo de sacco de Douglas.

Todavia o desvio do collo para um dos lados e a maior facilidade com que elle se attinge,

fallam a favor da gravidez ectopica. As difficuldades são porém maiores, quando ha gravidez em um utero em retroversão; mas ainda n'este caso a observação de contracções do tumor, que se não notam nunca no kysto fetal extra-uterino, é um elemento bastante para se fazer o diagnostico.

A gravidez em um corno uterino é por vezes impossivel de distinguir da gravidez ectopica, o que não admira, visto que as difficuldades da distincção são ainda grandes sobre a propria meza de autopsias.

Ruptura do kysto fetal — A ruptura do kysto fetal é frequentes vezes o motivo da chamada do clinico porque ella se faz acompanhar de symptomas alarmantes.

Antes da ruptura a mulher gosa por vezes d'uma excellente saude, e póde mesmo ignorar que esteja grávida, mas, quasi sempre, ella apresenta desde algum tempo os signaes d'uma gravidez em principio, que lhe não haviam passado despercebidos.

Depois d'um simples esforço, ou até sem causa apreciavel, apparecem symptomas graves — uma dôr repentina e violenta, partindo d'um dos lados do hypogastro e irradiando para todo o ventre, resfriamento geral, ás vezes vomitos, syncopes, emfim todos os signaes d'uma hemorragia interna.

O volume do abdomen augmenta por vezes d'um modo apreciavel e a percussão mostra a

aparição de som baço nas partes lateraes do abdomen e a existencia d'uma fluctuação nitida.

A morte póde ser quasi instantanea, mas geralmente a mulher sobrevive ainda algumas horas ou dias. N'estes ultimos casos em que se póde pensar n'um envenenamento ou n'um aborto criminoso, retalhos de caduca podem ser expulsos misturados a coagulos ou sangue liquido, e ao toque se observa que o collo então molle se deixa mais ou menos penetrar pelo dedo.

Do lado do abdomen ha tympanismo e uma sensibilidade exagerada; ao mesmo tempo o pulso é frequente, a temperatura eleva-se e a mulher morre no fim d'alguns dias. Estes symptomas levaram alguns auctores a suppôr que a morte era devida a uma peritonite generalizada, mas a autopsia mostra em um grande numero de casos a não existencia de vestigios de inflammção da serosa.

A ruptura do kysto fatal em vez de dar-se para a cavidade peritoneal, póde fazer-se na espessura do ligamento large. Então além dos signaes d'uma hemorragia interna encontra-se, fazendo o toque, um tumor volumoso que se confunde com os bordos do utero e se estende entre este orgão e as paredes lateraes da bacia.

Em outras circumstancias ainda o derrame se limita, mas secundariamente, quando se formam falsas membranas que enkystam o sangue, dando assim logar a um hematocele retro-uterino.

Além da morte por hemorragia e peritonite convém dizer que os derrames sanguíneos na pequena bacia a provocam por outro mecanismo, determinando por compressão uma obstrução intestinal, a obstrucção dos ureteres, a anúria, e convulsões uremicas, facto este que não deve ignorar-se para não commetter em taes casos um erro de diagnostico.

Morte do producto da concepção — Sem entrarmos na apreciação das causas, que podem motivar a morte do feto nos primeiros mezes da gestação, diremos que ella passa a maior parte das vezes desapercibida e ignorada, porque as difficuldades do diagnostico são grandes. Ainda assim alguns elementos ha que podem fazer-nos pensar que o producto da concepção morreu.

Em taes casos em uma mulher, que apresentava os signaes de gravidez, vê-se sobrevir uma hemorragia mais ou menos continua; ao mesmo tempo são expulsos fragmentos de cada-duca, desaparecem as perturbações proprias da gravidez, bem como as dores do hypogastro e as sentidas ao nivel das fossas illiacas.

Pela apalpação e pelo toque sente-se um tumor, situado aos lados do utero ou atraz, muito raramente adiante, cujas paredes em vez de elasticas e renitentes são mais ou menos duras e desiguaes.

Além d'isso ainda, se fizermos exames repetidos poderemos notar a diminuição sensivel

do tumor o que tem uma alta importancia para o diagnostico.

Como se vê, é difficil e por vezes mesmo impossivel, o diagnostico da gravidez ectopica nos primeiros mezes; mas se as difficuldades são grandes para estabelecer o diagnostico de gravidez ectopica, ellas tornam-se insuperaveis quando se quer diagnosticar a variedade.

CAPITULO SEGUNDO

Diagnostico da gravidez ectopica na segunda metade

N'este periodo apparecem signaes que permitem affirmar que a mulher está grávida, mas tem então de indagar-se, se a gravidez é ectopica ou uterina.

Na gravidez ectopica, que chega ao segundo periodo, os symptomas geraes e os phenomenos sympathicos, que se observam na primeira metade da gravidez, continuam a apresentar-se.

Em alguns casos a gravidez evolue como se fôra normal, sem que dôres abdominaes torturem a mulher. Mas o facto é raro, e geralmente ha dôres mais ou menos vivas, por vezes lancinantes, com intervallos de remissão, dôres que em alguns casos os proprios movimentos activos do feto despertam.

Demais em algumas mulheres a sensibili-

dade abdominal é por tal fôrma exagerada, que não toleram o peso das roupas da cama sobre o abdomen. Além d'isso podem observar-se, como na primeira metade da gravidez, *pousées* successivas de peritonite parcial, bem como colicas intestinaes e diarrheia, quando o kysto se insere sobre o intestino, e ainda phenomenos de compressão ao nivel da bexiga e do reto, e edemas dos membros inferiores por compressão dos vasos abdominaes.

O exame physico vem em seguida auxiliarnos muito no diagnostico.

A inspecção mostra-nos o abdomen levantado não por um tumor medio, ovoide, regular de grande eixo dirigido de cima para baixo, mas por um tumor desviado para um dos lados, de contornos irregulares e de grande eixo dirigido transversalmente.

Pela apalpação pôdem limitar-se melhor os contornos do tumor e muitas vezes perceber a existencia d'outro tumor, situado adiante ou aos lados do primeiro, que é o utero.

Fazendo esta exploração pôde sentir-se o feto tão bem, que pareça não estar separado da mão senão pela espessura da parede abdominal, e este facto tem mesmo sido apresentado para caracterisar a gravidez ectopica. Mas, além d'estes casos serem muito raros, o mesmo se pôde observar na gravidez normal, quando as paredes do utero e do abdomen são tão pouco espessas de maneira a poder apalpar bem as differentes partes do feto. Habitual-

mente sobrem *pousseés* de peritonite que, dando lugar á formação de falsas membranas, fazem cercar o feto d'um involucro, bastante espesso, que impede a exploração.

Devemos todavia esforçar-nos por procurar o embalço abdominal, sentir os movimentos do feto e apreciar mais ou menos exactamente a situação d'aquelle na cavidade abdominal. A ausencia de contracções, durante a exploração, tem egualmente importancia para o diagnostico.

A percussão completa as indicações fornecidas pela apalpação.

A auscultação, indica-nos, a existencia d'uma gravidez, porque nos revela os ruidos do coração fetal, os dos movimentos activos do feto e os de sopro; mas ella não nos garante a gravidez anormal.

O toque vaginal fornece-nos excellento elemento. Por elle se observa que o collo uterino é desviado da sua posição normal, ordinariamente para cima e por detraz da symphyse publica e se apresenta molle sem que esse amolecimento esteja em harmonia com a idade da gravidez.

O dedo encontra um tumor que deprime o fundo de sacco posterior da vagina e é separado por um sulco do collo do utero.

As paredes do tumor são umas vezes finas, podendo então perceber-se o embalço e os movimentos activos do feto, e ainda a cabeça se reconhece pela sua fórmula, regularidade e

dureza; outras vezes espessas, molles e apresentando pulsações arteriaes que levam a supôr que a placenta é inserida na escavação pelvica.

A apalpação abdominal combinada com o toque vaginal confirma os resultados obtidos com os outros processos de exploração.

O toque rectal tem vantagens reaes para o diagnostico, porque permite reconhecer o corpo do utero, quando o orgão é repellido para traz pelo tumor, ou sentir as partes fetaes quando o producto da concepção está alojado no fundo de sacco de Douglas.

Emquanto ao catheterismo vesical ou uterino não devem empregar-se, como na primeira metade, porque tem graves inconvenientes, a não ser em casos extremos em que seja indispensavel obter segurança de diagnostico para intervir.

Falso trabalho. — Chegada ao termo a gravidez ectopica, algumas vezes no setimo ou no oitavo mez e mais raras vezes depois do nono, apparecem symptomas analogos ao do trabalho do parto e por isso o seu conjuncto toma o nome de falso trabalho. Então póde crer-se que as mulheres vão ter um verdadeiro parto.

Apparecem com effeito dores abdominaes semelhantes pelos seus caracteres ás do parto e acompanhadas em geral d'um corrimento sanguineo, no qual se encontram muitas vezes a caduca inteira ou os seus fragmentos.

Durante o falso trabalho, o tumor não apresenta contracções como no caso do verdadeiro parto.

Fazendo o toque vaginal observa-se que o collo é permeavel de fórma a permittir a introdução d'um ou dois dedos na cavidade uterina, pelo que nos podemos certificar que a cavidade uterina está vasia.

A duração do falso trabalho é variavel, estendendo-se de oito a vinte e quatro horas ou mesmo demorar alguns dias. Citam-se casos de repetição de falso trabalho no fim de algumas semanas ou mezes.

Com o falso trabalho o feto succumbe em poucas horas, algumas vezes mesmo mais depressa, e a sua morte póde ser precedida de movimentos activos, rapidos, como convulsivos, que despertam na mãe dores intensas.

Quando morre, podem apparecer, terminado o falso trabalho, phenomenos analogos aos das consequencias do parto—augmento de volume dos seios, secreção lactea e corrimento com os caracteres do corrimento loquial.

A ruptura do kysto fetal póde dar-se, mas muito excepcionalmente.

Na segunda metade da gravidez ectopica, apesar de se haver diagnosticado uma gravidez anormal, não é possivel, como na primeira metade, fazer o diagnostico da variedade.

CAPITULO TERCEIRO

Retenção do feto morto

O diagnostico da retenção do feto é difficil de estabelecer-se, e todavia seria muito util poder-o fazer, para o clinico decidir uma intervenção ou o medico legista evitar, por meio da sua declaração, a condemnação d'uma mulher que as auctoridades criminavam por ter feito desapparecer o filho.

A retenção do kysto fetal póde dar-se, havendo simples modificações de regressão, sem accidentes, ou pelo contrario, acompanhar-se de complicações mais ou menos graves.

Estudarei successivamente o diagnostico em cada um dos dois casos.

Retenção sem accidentes.—Nos primeiros mezes de gravidez a morte do feto passa em geral desapercibida e a retenção do feto morto é difficil de diagnosticar. Todavia, algumas vezes o diagnostico é possivel.

) Nos commemorativos descobrem-se para isso elementos, taes como, dôres no baixo ventre, suspensão das regras e outros symptomas proprios d'uma gravidez ectopica; mais tarde estes symptomas desappareceram e a saude voltou de novo.

Se fizermos o exame pelvico podemos descobrir a existencia d'um pequeno tumor, que

em exames repetidos posteriormente, se mostra cada vez mais diminuído de volume, ou pelo menos estacionário.

Como o producto da concepção é então muito pequeno, elle fica enkystado sem revelar a sua presença por signal algum alarmante, e assim se dá a cura espontanea da gravidez ectopica. É por este facto, como se verá no tratamento, que os auctores tem procurado obter o mesmo resultado (morte e enkystamento do embryão nos dois ou tres primeiros mezês) com auxilio de differentes processos.

Não passam tão desapercibidos os casos de morte do feto em épocas mais avançadas da gravidez.

O kysto fetal pôde então soffrer modificações particulares.

O liquido amniotico é reabsorvido pouco a pouco, as membranas se applicam sobre o corpo do feto, ao mesmo tempo que as paredes do kysto fetal se tornam mais espessas, tomam um aspecto fibroso, por vezes cartilagineo, ou ás vezes se incrustam de saes calcareos. No interior do kysto o feto soffre a degenerescencia adiposa, ou se mumifica, ou se incrusta em fim de saes calcareos como o seu involucro. Kuchenmeister reserva o nome de lithokelyphos para a incrustação calcarea das paredes do kysto, o de lithokelyphopedion para a incrustação das paredes e do feto e de litho-

pedion para os casos em que só o feto, desprovido de involucros, se petrifica.

N'este estado é grande a confusão da gravidez ectopica com quasi todos os casos de pathologia abdominal.

Ainda aqui os commemorativos e o exame pelvico nos fornecem elementos para chegarmos ao diagnostico. Os primeiros indicam-nos que houve uma gravidez que desapareceu, anormal e cheia de accidentes e terminou por phenomenos de falso trabalho, expulsão de bocados de caduca a que se seguiu mesmo a secreção lactea.

Fazendo o exame local do abdomen encontra-se um tumor, cujo volume tem successivamente diminuido e é situado ao lado do utero ou atraz d'esse orgão.

D'esta fórma poderemos apreciar os caracteres do tumor, a sua consistencia, espessura das paredes, fórma, etc., e ainda a crepitação produzida pelo cavalgamento dos ossos do craneo, a que Pinard dá grande importancia, quando o exame se faz não muito tempo depois da morte do feto.

Retenção com accidentes — Se na hypothese antecedente a saude da mulher não está em risco, não acontece assim nos casos em que sobreveem complicações.

Dois factos se podem observar ou o kysto fetal se abriu ou não.

Quando o kysto não está aberto o diagnos-

tico é difficil, se elle suppura, apparecem os symptomas d'uma septicemia, d'uma peritonite cuja causa se não descobre; se elle se não transformou em lithopedion pôde exercer tambem phenomenos de compressão cuja origem nos escapa egualmente.

Só a laparotomia, que os accidentes apparecidos reclamam, pôde elucidar-nos no diagnostico.

Quando o kysto se abriu o diagnostico é mais facil, porque a sahida de pus e dos ossos do feto, quer atravez da parede abdominal, quer pelos orificios naturaes, anus, vulva, urethra, basta para desfazer todas as duvidas mesmo as que podiam fazer nascer a supposição d'um kysto dermoide suppurado, visto que a fórma e dimensões dos ossos sahidos differem nos dois casos.

SEGUNDA PARTE

Tratamento da gravidez ectopica

Seguiremos n'esta parte a mesma ordem que adoptamos na exposição do *diagnostico*.

CAPITULO PRIMEIRO

Tratamento durante a primeira metade da gravidez ectopica

Antes de entrar no estudo do tratamento curativo, o que nos interessa realmente, direi algumas palavras do tratamento palliativo, que tem por fim prevenir os accidentes que poderiam apresentar-se e applicar cuidados medicos que reclame o estado geral da mulher, portadora da gravidez ectopica.

As dôres abdominaes serão acalmadas pelas preparações opiaceas e sobretudo pelas injeções de morphina, ou ainda pelos anesthesicos

cujo emprego póde todavia determinar perigosos esforços de vomito.

Contra as perdas de sangue, prescrever-se-ha o decubito dorsal, os refrigerantes, etc.

Vigiaremos com cuidado a micção e as dejecções; se ha retenção d'urinas, o catheterismo será praticado com as precauções antisepticas as mais severas; contra a constipação empregar-se-hão os clysteres ou os purgantes ligeiros.

As *poussées* agudas de peritonite, tão frequentes, serão tratadas pelo gelo, opio, vesicatorios, etc.

Grandes precauções devem ser tomadas sobretudo para evitar a ruptura do kysto fetal, recommendando á mulher que não se entregue a trabalhos penosos, evite todo o esforço, todo o traumatismo e guarde tanto quanto possivel repouso. Estas recommendações serão seguidas mesmo que a gravidez esteja bastante avançada.

Os exames serão praticados com a maior prudencia, porque se tem visto produzirem a ruptura do kysto fetal e a morte.

Emfim, não se desprezará o tratamento geral e sustentar-se-hão as forças da doente por um regimen apropriado.

Antes da ruptura do kysto fetal—A primeira ideia que se apresenta naturalmente ao espirito, quando se suspeita a existencia recente d'uma gravidez ectópica é interrompel-a

para evitar á mulher o perigo d'uma ruptura. Em igual caso, não se póde contar com a vida da creança nem alimentar a esperança illusoria de què, a ruptura não se dando, a creança poderia chegar a termo e ser extrahida viva por uma operação.

Duas ordens de meios absolutamente differentes teem sido empregados: ou se procura determinar a morte do producto de concepção, deixando-o no logar; ou se extirpa o feto e algumas vezes mesmo o sacco fetal todo inteiro.

Entre a primeira ordem de meios, alguns não teem senão um interesse historico e apenas os mencionarei.

A *cura pela fome* aconselhada por Ritgen consiste na abstinencia e administração diaria de purgantes e cravagem de centeio.

R. Barnes propoz dar á mãe *strychnina* até effeitos ligeiramente toxicos.

Jauvrin praticou injeccões hypodermicas de ergotina e pensa que n'um caso em que a eliminação do feto teve logar pelo intestino, esta foi devida ao seu tratamento.

Emfim tem-se recorrido ás fricções mercuriaes, á administração do iodeto de potassio, ás sangrias copiosas e repetidas.

Todos estes meios teem por fim actuar d'uma maneira nociva sobre o feto, enfraquecendo a mãe e alterando a sua saude. Como se vê alguns são perigosos e devem ser regeitados sem exame mais detido.

Os outros meios que teem valor real e me-

recem a nossa attenção, dirigem-se directamente ao feto. Deixarei desde já um de parte que é a da compressão do tumor, proposta por Malin, para a qual aconselha saccos de areia cujo peso vae augmentando successivamente. Este processo, que segundo Maygrier não parece ter sido posto em pratica, seria difficil de applicar e só poderia ser inefficaz e perigoso.

Nós citaremos: a punção simples do kysto, a punção com injeção de substancias toxicas e o emprego da electricidade.

Punção do kysto fetal—A punção do kysto fetal é um dos meios mais simples que tem sido propostos para produzir a morte do feto. Pensou-se que a evacuação do liquido amniotico bastaria para a produzir. Foi Basedow que em 1836 teve primeiro a ideia de fazer a paracentese do sacco atravez da parede posterior da vagina.

A punção tem sido repetida depois algumas vezes. Os operadores tem procedido de diversas maneiras e effectuado a punção quer pela parede abdominal, quer pela vagina ou pelo rectum; alguns fazem uma punção aspiradora.

Qualquer que seja o methodo que tenha sido empregado, não se obtem senão mediocres resultados. Ch. Maygrier reuniu doze observações nas quaes se tem recorrido a este processo. Quatro curaram e oito succumbiram, quer á peritonite quer a hemorragias.

A cifra da mortalidade consecutiva a esta

operação é pois pouco mais ou menos de 66 por cento.

Acerescentemos que apesar da punção com sahida de liquido amniotico e hemorrhagia, tem-se visto a gravidez seguir o seu curso e chegar a termo (Fraenkel) (1).

D'um modo geral a punção é um processo pouco recommendavel, apesar da sua grande simplicidade. Expõe a accidentes graves, hemorrhagia, peritonite, etc., e é desaconselhada, por isso, pela maior parte dos parteiros.

Se, todavia, se decide a pratical-a, será preciso cercar-se de todos os cuidados antisepticos afim de evitar a introdução de germens septicos no interior do sacco.

Punção com injeção de substancias toxicas — Em 1863, n'uma these d'agregação, Joulin propôz penetrar com trocate capillar no interior do kysto e fazer com a seringa de Pravaz uma injeção d'um centigramma d'atropina, diluida em algumas gottas d'agua.

Um anno depois d'esta publicação, Friedrich, foi o primeiro que poz este processo em execução; fez n'um tumor do tamanho d'um ovo de gallinha, que suppoz ser uma gravidez tubar em seu principio, muitas injeções de morphina; o tumor diminuiu de volume e se reduziu ao tamanho d'uma avelã e a mulher curou.

(1) Citado por Tarnier no seu tratado da arte dos partos.

Outros auctores tem applicado este processo, servindo-se da morphina, em geral repetindo muitas injeções.

Em seis casos juntos por Ch. Maygrier, a morte do feto foi obtida em todos, e a cura definitiva em cinco sobre seis. Mas devemos sempre fazer reservas a respeito do diagnostico que, como vimos, era tão difficil de estabelecer nos primeiros mezes. Apesar de se pôr em duvida a exactidão do diagnostico, em muitos casos, todavia é certo que a injeção de morphina pôde produzir a morte do producto da concepção.

Como quer que seja, este methodo parece, segundo os resultados que tem dado, bem superior á punção e deverá por conseguinte ser-lhe preferido.

Emprego da electricidade—Foi Bachetti, de Pisa, que empregou pela primeira vez, em 1857, a conselhos de Burci, a electricidade para matar o feto n'um caso de gravidez ectopica. Trata-se d'uma mulher na qual elle tinha diagnosticado a existencia d'uma gravidez tubar chegada ao terceiro mez. O processo empregado foi a electro-punctura, em uma só sessão de cinco minutos. A partir d'este momento o tumor diminuiu pouco a pouco e a mulher curou.

Esta observação não foi admittida sem contestação, pondo-se em duvida a existencia da gravidez ectopica na mulher operada.

Um pouco mais tarde, Braxton Hicks, ap-

plicou a electricidade exteriormente, collocando um reophoro na vagina e o outro sobre a parede abdominal; mas sem successo.

Este processo de Bachetti não encontrou partidarios na Europa, condemnando mesmo Duchenne, de Boulogne, segundo Bernutz, toda a applicação da electricidade na gravidez extra-uterina como inefficaz e perigosa.

A questão da electricidade parecia quasi julgada, quando n'estes ultimos annos ella regressa da America, onde foi objecto de trabalhos muito numerosos.

Sem entrar em detalhes, que nos arrastariam muito longe, nós passaremos a indicar como os medicos americanos operam.

Todos rejeitam a electro-punctura como perigosa e aconselham ou a faradisação ou as correntes galvanicas.

É geralmente a faradisação que se emprega. O polo positivo deve ser applicado sobre a parede abdominal a cinco ou seis centimetros acima do ligamento de Poupart e o polo negativo, collocado na visinhança do ovo, sobre a mucosa vaginal ou mucosa rectal. Faz-se passar a corrente durante cinco a dez minutos e augmenta-se progressivamente a força, deixando-nos guiar pela sensibilidade da doente.

Dever-se-hão repetir as sessões todos os dias até que a diminuição do kysto fetal venha demonstrar que o tratamento tem dado resultado; ordinariamente quatro a cinco applicações são sufficientes.

Garrigues estudando e criticando os factos publicados, juntou oito casos que lhe parece não deixarem préza a discussão.

Todos foram observados na America, terminados pela cura e nunca n'elles sobrevieram accidentes.

Comparando emfim os resultados obtidos por meio da electricidade com os de todos os outros methodos, Garrigues conclue em favor do tratamento electrico, que nunca tem determinado accidentes, e diz poder-se recorrer a elle no principio da gravidez ectopica, mesmo nos casos duvidosos.

Diante das observações de distinctos medicos americanos é difficil recusar todo o credito aos factos que elles referem, quaesquer que sejam as duvidas que nos possam inspirar. Ficando todavia n'uma attitude reservada que é facil de comprehender, não rejeitamos o processo e até admittimos, como Garrigues, que este meio therapeutico poderá sempre ser ensaiado no caso em que se suppõe um principio de gravidez ectopica, pois que é reconhecido que este tratamento nunca provocou nas mulheres nenhum accidente.

Acabamos de descrever todos os processos que teem por objecto a morte do feto e a sua retenção nos tecidos maternos. Para terminar deverá, porém, dizer-se que se o ovo morreu nas primeiras semanas de gravidez, a sua reabsorpção é possivel; mas as mais das ve-

zes o sacco fetal persiste sob a fórma d'um corpo estranho e a mulher está exposta aos accidentes de retenção.

Felizmente ha uma ordem de meios mais radicaes, que podem ainda salvar a mulher que assim se livra dos accidentes da retenção do kysto fetal. Esses meios são: a extirpação do sacco fetal pela laparotomia ou a extracção do feto pela vagina.

Extirpação do sacco fetal pela laparotomia—A ideia de tirar o sacco por uma abertura feita na parede abdominal foi emittida antigamente por Josephi, em 1803; Heim, em 1812, etc. N'estes ultimos annos a ideia é defendida por Brown, Greenhalgh, Meadows e principalmente Werth, para quem a laparotomia seria sobre tudo indicada quando o tumor se localise no fundo do sacco de Douglas e determina phenomenos graves de compressão. Veite, Martin, Kleinwachter e outros teem manifestado a mesma opinião favoravel á intervenção.

Mas ella só sahiu do dominio theorico em 1880, anno em que Weit praticou com successo a laparotomia duas vezes em gravidezes tubares no terceiro mez da gestação.

Ch. Maygrier diz, e com razão, que está ali um tratamento racional e o mais efficaz de todos pois que suprime, desde o principio, todos os perigos futuros. Demais elle accrescenta que a grande objecção que se lhe póde fazer é

a mesma que se dirige a todos os modos de tratamento da gravidez ectopica em o seu principio: a incerteza do diagnostico. É verdade que hoje a laparotomia é tornada uma operação quasi inoffensiva; póde-se, pois, responder a esta objecção que a operação tem menos inconvenientes que a eventualidade possivel da ruptura do kysto extra-uterino.

Modernamente muitas vezes tem sido praticada esta operação, nomeadamente por Weit, Lawson Tait, que reuniu uma serie de 43 successos ao lado dos quaes se mencionam muitos outros, apontados pelas revistas obstetricas. Todos estes factos nos veem confirmar a opinião de que está ali o verdadeiro tratamento.

Todavia esta intervenção é principalmente recommendada nos casos de gravidez tubar ou ovarica e não será applicavel á gravidez abdominal com adherencias visceraes.

Segundo Tarnier no caso da incerteza de diagnostico, é preferivel lançar mão da electricidade ou da injeção d'uma substancia toxica, o que nos parece rasoavel pois que tal pratica em nada prejudicaria a intervenção posterior mais radical.

Pozzi no seu tratado de gynecologia, diz que esta operação em nada differe d'uma extirpação d'um kysto seroso, sanguineo, ou purulento da trompa. Um unico perigo ameaça o operador, é a hemorragia, que se dá quando se rompe o kysto fetal nos esforços da extracção.

Nos casos do tumor não ser pediculisavel, incidir-se-ha a serosa depois do que se evacuará o sacco e extirpará a placenta. Um tampão de gaze iodofornada porá ao abrigo da hemorragia e da infecção.

Extracção do feto pela incisão da vagina — A extracção do feto pela vagina durante os primeiros mezes da gravidez ectopica com o fim de pôr termo a esta gravidez, foi feita pela primeira vez por G. Thomas em 1875.

G. Thomas, tendo diagnosticado uma gravidez tubar chegada ao terceiro mez, decidiu-se a praticar a elytrotomia. Fez no fundo da vagina uma larga incisão com a ansa galvanocaustica e praticou por esta abertura a extracção do feto.

O'Hara fez tambem a elytrotomia na gravidez ectopica ao quarto mez de gestação com o thermo-cauterio.

Nos dois casos a placenta foi interessada e houve de cada vez uma hemorragia grave, succumbindo a mulher operada por O'Hara por motivo de peritonite ao terceiro dia; a outra não foi salva senão com grande difficuldade.

A ferida da placenta é, com effeito, um dos accidentes, os mais sérios que podem sobrevir no curso da elytrotomia como no da laparotomia.

Para se praticar aquella operação é necessario que o kysto fetal esteja na excavação pelvica e que pelo toque vaginal, como foi dito no diagnostico, se não encontre a placenta no se-

gmento do tumor onde se deve praticar a incisão.

Como no principio da gravidez o volume da placenta é muito consideravel relativamente ao volume total do ovo, diz Tarnier que a elyrotomia não deve ser aconselhada na gravidez ectopica nos primeiros mezes, sob pena de morte por hemorrhagia.

No momento da ruptura do kysto fetal—

Até aqui nós temos encarado os casos em que se é chamado a tratar uma gravidez ectopica desde a apparição dos primeiros symptomas. Mas, as mais das vezes, não é senão no momento em que graves accidentes rebentam que a mulher reclama a assistencia do medico.

Quando a ruptura do sacco acaba de ter lugar, em presença de todos os symptomas d'uma hemorrhagia interna e imminencia da morte da mulher não se deverá tentar nada para a salvar?

Keller declara que não ha senão um remedio, um unico que seja logico, e, por mais terrivel que pareça, deve ser tentado, porque os perigos que corre a doente são mais terriveis e mais certos ainda. É preciso parar a hemorrhagia, extrahir o corpo de delicto e fazer a lavagem do peritoneo. Ora, para chegar a este resultado, só ha a gastrotomia.

A elyrotomia, pelo que dissemos acima, não poderia ser recommendada. Muitos auctores se

pronunciam pela gastrotomia e entre elles citarei Velpeau, Kœberlé, Parry, Lusk e Lawson Tait. Todavia apesar da auctoridade de todos estes nomes, muitas duvidas teem sido formuladas a respeito da efficacia da intervenção no momento da ruptura do sacco. Assim Depaul mostrou de quantas difficuldades o diagnostico estava cercado e quanto, por conseguinte, podia ser legitimo hesitar em empregar um meio tão radical. Demais a gastrotomia começada, não seria facil, segundo elle, encontrar os pontos que dão sangue; a ablação do sacco seria uma operação delicada e tanto mais perigosa que a mulher é mais fraca.

Werth e Veit que são, como vimos, partidarios da ablação do sacco antes da ruptura, julgam que, quando este accidente sobrevem, é preferivel a abstenção.

Veit aconselha, além dos meios geraes que se empregam habitualmente contra as grandes hemorragias (decubito dorsal, gelo sobre o ventre, opio, alcool, etc.) a compressão da aorta. São meios palliativos bem illusorios em presença d'um perigo tão grande. A compressão da aorta pôde ser util e parar temporariamente a hemorragia; mas Spencer Wells julga que o seu fim principal deve ser dar tempo ao cirurgião de preparar tudo para a laparotomia que se praticará antes que seja tarde.

Evidentemente, diante dos symptomas tão graves da ruptura do kysto, não nos devemos limitar aos meios palliativos, pois que a mulher

estando ameaçada de morte proxima, nós somos em tal caso auctorisados a tudo tentar para a salvar.

Assim Lawson Tait todas as vezes que symptomas graves apresentados por uma mulher indicam a ruptura do sacco, pratica sem hesitar a laparotomia.

De mais melhor resposta, que todos os argumentos em favor d'este modo de vêr, é a fornecida pelo proprio L. Tait, a dos factos, que são verdadeiramente extraordinarios.

Operou vinte e uma vezes n'estas circumstancias e vinte vezes obteve cura; sempre encontrou a trompa rompida.

Elle faz a abertura do abdomen, extrahe rapidamente as diversas partes do ovo e os coagulos, tira a trompa rompida depois de ter feito a laqueação dos ligamentos largos na visinhança do utero, faz a lavagem do peritoneo e fecha o abdomen. Se verifica que o derrame sanguineo se faz na espessura do ligamento largo, sutura as paredes do sacco aos labios da ferida abdominal e, depois de esvasiar aquelle e ter posto um tampão de gaze no caso de hemorragia, deixa ficar um dreno.

A laparotomia é tanto para aconselhar que, se se não intervem, a morte da mulher é extremamente frequente.

Hoje que a laparotomia se faz com toda a segurança, diremos como L. Tait, que mesmo em caso d'erro a intervenção é justificada, limitando-se ella a uma simples incisão explora-

dora, hoje corrente como meio de diagnostico em differentes affecções da cavidade abdominal.

CAPITULO SEGUNDO

Tratamento durante a segunda metade da gravidez ectopica, a criança sendo viva

Descreveremos aqui só o tratamento quando n'este periodo da gravidez a criança é viva e reservaremos o caso em que ella é morta para o estudar no terceiro capitulo.

Quando na gravidez ectopica, chegada á segunda metade, a criança é viva, deve-se intervir a fim de salvar ao mesmo tempo a mãe e o producto da concepção, ou deve-se pelo contrario esperar e deixar o feto morrer?

Os auctores estão divididos sobre este ponto de vista. Uns invocando a benignidade da gastrotomia feita depois da morte do feto, declaram que se não deve intervir, os outros são favoráveis á operação.

Ch. Maygrier reunindo 17 casos operados, mostra que 15 vezes a mãe succumbiu o que dá pouco mais ou menos a mortalidade de 88 por cento.

Elle mesmo, vendo que em 10 d'estas mulheres a morte foi devida á hemorrhagia, diz que ella é o principal perigo da gastrotomia, e se produz quer no momento da incisão que tem

sido feito sobre a placenta, quer durante a operação, por ferida ou descollamento da placenta, quer depois da operação, na occasião da eliminação espontanea dos fragmentos placentares.

Emquanto ás crianças o resultado não é mais satisfactorio.

Assim Ch. Maygrier exprime-se a este respeito do seguinte modo :

«Os resultados dados pela gastrotomia feitos durante a vida do feto são deploraveis; ora, por mais triste que seja renunciar á salvação d'uma criança, a da mãe deve compensal-a, e se está averiguado que a laparotomia praticada depois da morte da criança, faz correr menos risco á mulher, parece-nos impossivel não se tenha tomado este facto em consideração.»

Os partidarios da intervenção, com o auxilio dos progressos da cirurgia abdominal, com os melhores processos de hemostase, e de tratamento da placenta e do sacco, teem modificado d'uma maneira muito consideravel o prognostico da laparotomia feito durante a vida da criança. Assim é que Pozzi pôde reunir 13 operações que teem permittido salvar a vida a 9 mulheres e 11 crianças e resume a sua maneira de ver, dizendo que se não deve hesitar em praticar a laparotomia com a esperanza de salvar as duas existencias.

Determinada a operação quando a criança é viva, em que momento se deve praticar?

Kiwisch e Keller aconselham deixar o feto

chegar a termo e esperar o momento do falso trabalho para praticar a laparotomia.

Velpeau e Depaul tem, pelo contrario, recommendado operar mais cedo. ao oitavo mez ou no começo do nono; a viabilidade da criança encontra-se assim sufficientemente assegurada n'esta epocha e evitam-se por outro lado os accidentes graves que acompanham o falso trabalho.

Seguindo os primeiros, teremos de lançar mão de uma operação de necessidade, visto que póde o cirurgião ser surprehendido e obrigado a operar de improviso e em más condições; seguindo o conselho dos segundos, faz-se pelo contrario uma operação de escolha. Por isso adopto a opinião d'estes ultimos.

Temos fallado da gastrotomia; a elytrotomia poderá ser em taes casos praticada?

Ella tambem é aconselhada, mas é preciso que o kysto mergulhe profundamente na escavação, que o feto se apresente por uma das extremidades cephalica ou pelvica e que se tenha averiguado que a placenta não está em relação com o segmento inferior do tumor, onde se fará a secção. Á difficuldade da operação se junta a da passagem do feto atravez da fieira pelvica.

Ch. Maygrier só reuniu quatro observações: duas mulheres e duas crianças succumbiram.

Finalmente resta-me fallar do tratamento do falso trabalho. A mulher deve guardar o leito e manter-se em absoluto repouso; acalmaremos as dôres, quer pelos clysteres de laudano

ou chloral, quer pelas injeções hypodermicas de morphina. Se por acaso, o que é raro, o kysto se romper, resta-nos ainda a laparotomia, que, apesar das condições desfavoraveis, nos permittirá salvar a doente.

CAPITULO TERCEIRO

Tratamento da retenção do feto morto

A morte do feto, em qualquer epocha da gravidez ectopica, é o ponto de partida d'uma situação que vae trazer novas indicações de tratamento. Já fallamos do tratamento a seguir na propria occasião da morte do feto; vejamos o que se deve posteriormente fazer quer o hysto fetal não dê lugar a nenhuma complicação, quer que accidentes sobrevenham.

Não existindo complicações. — N'este caso todos os auctores estão de accordo em não intervirem logo e esperarem que a vascularisação placentar diminua ou desapareça para evitar as hemorragias que podem produzir-se.

Segundo Litzmann o periodo de espera seria de quatro ou cinco mezes, depois da morte do feto, ao fim dos quaes a operação póde ser praticada sem receio de hemorragia.

Mas depois d'esta epocha deve-se intervir ou pelo contrario continuar-se na expectação?

Nós sabemos que, em certos casos, a reten-

ção termina n'uma cura verdadeira pela transformação do feto em lithopedion, mas, por outro lado, sabemos que accidentes graves podem rebenhar em qualquer momento da retenção.

Resulta d'allí que, não sendo nunca certa a cura, o medico poderia ver sobrevir no curso da sua expectação toda a serie d'accidentes devidos á retenção.

Ora certos auctores, e entre elles Parry, esperam a producção d'estes accidentes para intervirem.

Outros, pelo contrario, interveem immediatamente, não esperando a cura espontanea; pois que elles sabem quanto esta terminação é rara e, d'outra parte, quanto os accidentes da retenção alteram gravemente a saude da mãe.

Em presença d'estas duas opiniões seguiremos esta ultima, a de não esperar muito tempo, perfilhada tambem por Litzmann que insiste sobre a importancia que ha em operar, quando a saude da mulher é relativamente boa; porque, quando a doente está enfraquecida pela suppuração, a operação apresentará muito menos probabilidades de successo.

Resta-nos fazer a escolha entre a laparotomia e a elytrotomia.

É evidente que se escolherá d'estas duas operações aquella que permittirá chegar mais facilmente sobre o kysto.

Ordinariamente o tumor é mais facilmente accessivel pelo abdomen; a laparotomia é pois indicada na maior parte dos casos.

A elyotomia será reservada para os casos mais raros em que o kysto, mergulhado na escavação pelvica, será mais facil de attingir pela via vaginal.

Existindo complicações.— Encaremos agora os casos em que o cirurgião é chamado perto d'uma mulher que apresenta accidentes durante o curso da retenção d'um feto extra-uterino.

Estes accidentes são de duas ordens: umas vezes phenomenos de septicemia sem que o kysto se abra para a exterior, outras vezes eliminação do contheudo do kysto por vias diversas.

No primeiro caso a intervenção impõe-se como unico meio de salvar a mulher. Será ainda á gastrotomia ou á elyotomia que temos de recorrer, baseando a sua escolha sobre as considerações que temos indicado.

No segundo caso, a conducta a ter será diferente segundo a via que terá seguido a eliminação. D'um modo geral deve auxiliar-se a natureza nos esforços que ella faz para eliminar o contheudo do kysto fetal.

Se a abertura é accessivel, extrahir-se-hão os detritos do feto, para o que, em geral, será necessario augmentar a abertura quer dilatando-a, quer praticando algumas incisões pouco extensas. Assim se pôde proceder quando o kysto se abre atravez da parede abdominal, no rectum ou na vagina.

Quando o kysto communica com a bexiga

tem-se praticado a dilatação da urethra, a talha urethral ou a cystotomia vaginal.

Se a abertura se faz no intestino, acima d'esse ponto inacessivel ao dedo, é a laparotomia a unica operação possivel.

Evidentemente não poderemos indicar d'antemão a conducta a ter para cada um dos casos, porque ella depende das condições particulares em que a doente se apresenta.

OBSERVAÇÃO

F., de 24 annos de idade, costureira, natural de Braga e moradora na Sé (Porto), entrou para o hospital de Santo Antonio, enfermaria de partos, no dia 27 de dezembro de 1893.

Dos antecedentes hereditarios nada se averiguou.

A doente tinha uma vida irregular, havendo vivido amancebada com varios individuos.

Tivera uma filha que morreu aos 5 mezes de idade. Agora dizia-se gravida d'um sargento de infantaria.

Alguns dias antes da sua entrada, teve abundantes metrorrhagias, motivo que a levou a recolher-se ao hospital, na tarde do dia mencionado, necessitando para isso de se fazer transportar em um carro.

N'essa tarde a parteira, fazendo o toque, não reconheceu signaes de parto proximo.

Durante os seis dias seguintes de perma-

nencia no hospital, a doente nada offereceu, que chamasse a attenção, comendo com excellente appetite, manifestando mesmo desejos de comer tudo o que via ás outras doentes. 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 arrepios.

Nos tres dias seguintes, durante os quaes o appetite diminuiu, guardou o leito.

Já melhor e no dia 6 de janeiro, dia 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.

Depois de haver dito á enfermeira que não havia podido suster a sahida das fezes, de que teve evacuações involuntarias, morria uma hora mais tarde, ás 10 horas da manhã d'aquelle dia.

No dia seguinte, com auctorisação do illustre professor o ex.^{mo} snr. dr. Agostinho do Souto, foi feita a autopsia, pelo meu condiscipulo Clemente Pinto.

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

Explorando-se o estado dos orgãos genitales notou-se desde logo a existencia d'um kysto

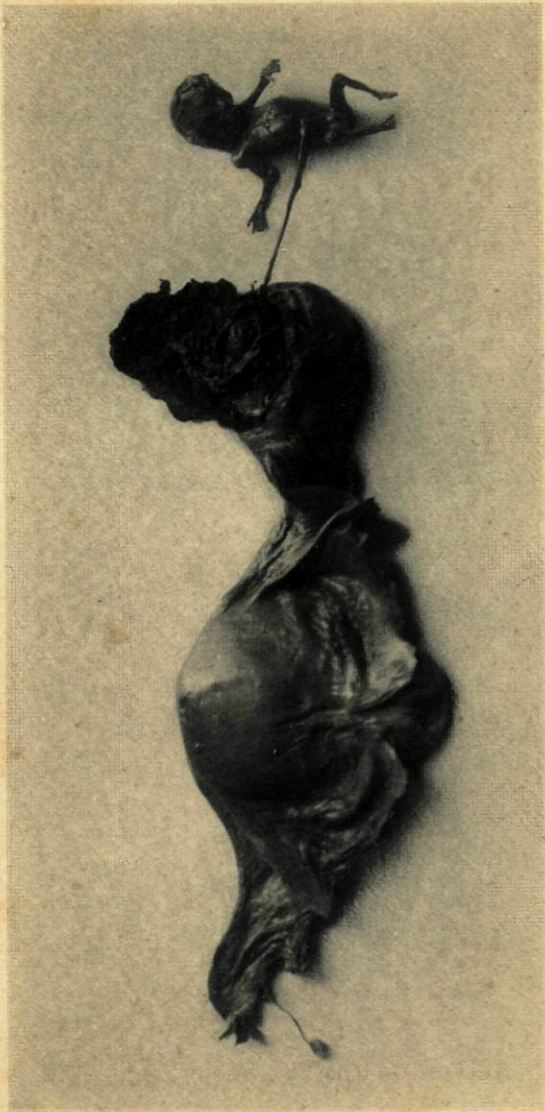
no pavilhão da trompa direita, que se suppôz ser um simples hemato-salpinx.

Feita a amputação dos órgãos genitales ao nivel da inserção do collo do utero com a vagina e ao retirar a peça, observou-se, que do pretendido hemato-salpinx 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 apparentava ter tres mezes a tres mezes e meio.

Além d'isso havia a notar que o utero estava augmentado de volume.

Era um caso de gravidez tubo-abdominal, como bem se vê da phototypia junta.



PROPOSIÇÕES

Anatomia.—Não ha órgãos *typos*.

Physiologia.—A alcalinidade do sangue impede a auto-digestão do estomago.

Therapeutica.—De todos os methods de applicação therapeutica, o das injeccões hypodermicas é o mais rapido e o mais seguro.

Anatomia pathologica.—A marcha dos tumores é tanto mais rapida, quanto mais a sua estructura se approxima dos tecidos embryonarios.

Pathologia geral.—A frequencia do pulso nem sempre nos dá indicação sobre a gravidade da febre.

Operações.—A intubação da larynge no crup é preferivel á tracheotomia.

Pathologia externa.—A abstenção está quas sempre indicada nas feridas por armas de fogo.

Pathologia interna.—A maior parte das pleurisias sero-febrinosas, consideradas como primitivas, são de natureza tuberculosa.

Partos.—Em geral a intervenção immediata na gravidez ectopica impõe-se.

Medicina legal.—Antes da realisação do casamento o medico devia ser consultado.

Visto,

A. Maia.

Póde imprimir-se.

O director,

Wenceslau de Lima.