

N.º 6

N.º 695

Francisco de Vasconcellos e Carvalho Beirão

Gravidez Ectopica

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escóla Medico-Cirurgica do Porto



PORTO

TYPOGRAPHIA OCCIDENTAL

80 - Rua da Fabrica - 80

1891

60/6 EMC

P.^o dia 28 de Junho de 1891.
pela 1 hora da Tarde

Presidente O. ^{Conde} F. Eduardo
Pereira Timmentá

Lu ^{inos} Sues

Arg. } Dr. Agostinho Art. ^o do Souto
João Pereira Dias Lebre
Sulides Ayres Per. ^o do Valle
M. Rodriguez da S. ^o Pinto

Gravidez Ectopica

Á

MEMORIA

DE

MEU PAE E DE MEU THIO

Sinto profundamente não lhes poder
dizer, que aos 40 annos ainda é tempo
de se arranjar um diploma scientifico...

Fica assim demonstrada a parlapa-
tice dos que pensam, que só aos 20 an-
nos se fica bem nos bancos d'uma escola!

Saudade e gratidão.

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO-DIRECTOR

VISCONDE DE OLIVEIRA

SECRETARIO

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

Professores proprietarios

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva geral	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira—Physiologia	Vicente Urbino de Freitas.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica	Dr. José Carlos Lopes.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa	Antonio Joaquim 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 Antonio 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 Henrique d'Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia	Manoel Rodrigues da Silva Pinto.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral semiologia e historia medica.	Illidio Ayres Pereira do Valle.
Pharmacia	Isidoro da Fonseca Moura.

Professores jubilados

Secção medica	José d'Andrade Gramacho.
Secção cirurgica	Visconde de Oliveira.

Professores substitutos

Secção medica	} Antonio Placido da Costa. Maximiano A. d'Oliveira Lemos Junior. Ricardo d'Almeida Jorge. Candido Augusto Correia de Pinho.
Secção cirurgica	

Demonstrador de Anatomia

Secção cirurgica	Roberto Belarmino do Rosario Frias.
----------------------------	-------------------------------------

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

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

A

MINHA MÃE

E A

MINHAS IRMÃS

Ficam agora sabendo, que
em todo o tempo, é tempo para
se estudar.

Gratidão.

A MINHA MULHER

MARIA JOSÉ DA COSTA MATHIAS BEIRÃO

E A MINHA FILHA

SÁRA BEIRÃO

Ponho completamente de parte os narizes de cera da estafada rhetorica nacional, para vos dizer simplesmente, que este trabalho foi feito por consideração ás que constituem a minha familia.

Nada mais.

AOS MEUS INTIMOS AMIGOS

Dr. Arthur Ferreira de Macedo

Dr. Paulo Marcellino Dias de Freitas

Dr. A. Joaquim de Souza e Figueiredo

Dr. Luiz A. de Vasconcellos Corte-Real

Expressão do mais subido reconhecimento.

À MEMORIA

DO

1.^o VISCONDE DA SILVA CARVALHO

Saudade e gratidão.

À

MEMORIA

DO

ILLUSTRE JORNALISTA

João da Silva Mendes

SAUDADE E GRATIDÃO.

AO EX.^{MO} SNR.

Dr. Thomaz de Carvalho

Meu caro mestre. Venho tarde, mas não venho a más horas, para lhe agradecer a protecção que tam amavelmente me dispensou.

A EX.^{ma} SNR.^a

Viscondessa da Silva Carvalho

Consinta, snr.^a Viscondessa, que eu venha n'este momento e mais uma vez, manifestar-lhe a mais subida consideração e reconhecimento.

Á MEMORIA

DO

MEU PARTICULAR AMIGO

Alexandre de Gusmão

SAUDADE.

AO MEU ILLUSTRE AMIGO

Dr. José Simões Dias

Bem sei que é modesta a offerta, mas quem dá o que tem, não é mais obrigado. Aceite-a, pois, simplesmente como prova da mais subida admiração pelo seu bello talento.

Aos meus condiscipulos e companheiros

Scipião José de Carvalho
João Leite de Castro

Um apertado abraço e um saudoso adeus do vosso

B.

A'

MEMORIA

DO ILLUSTRE CIDADÃO E BISPO DE VISEU

D. ANTONIO ALVES MARTINS

SAUDADE.

AOS

meus companheiros de trabalho

NA CLINICA GYNECOLOGICA

do ex.^{mo} professor dr. Antonio d'Azevedo Maia

Alberto Perry de Sampaio

Joaquim Pereira de Macedo

Arthur Alberto Vaz Pereira

Alberto Goulartt de Medeiros

Carlos Alberto de Lima

Expressão de saudade do vosso amigo

B.

AO

ILLUSTRE CORPO DOCENTE

DA

ESCÓLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

Respeito e admiração.

AOS EX.^{MOS} PROFESSORES

Dr. Augusto Henrique d'Almeida Brandão

Dr. Ricardo d'Almeida Jorge

Dr. Manoel Rodrigues Pinto

Dr. Illidio Ayres Pereira do Valle

Dr. Maximiano A. d'Oliveira Lemos Junior

TESTEMUNHO DE RESPEITOSA GRATIDÃO.

AOS EX.^{MOS} PROFESSORES

Dr. José Carlos Lopes

Dr. Agostinho Antonio do Souto

Dr. Pedro Augusto Dias

Dr. Antonio Joaquim de Moraes Caldas

RESPEITOSA HOMENAGEM.

Ao Ex.^{mo} Snr.

Dr. Arthur Cardoso Pereira

Expressão de reconhecimento

D.

S.

Aos meus condiscipulos

Lucio Gonçalves Nunes
José d'Oliveira Serrão d'Azevedo
Viriato de Sousa Brandão
Antonio Caetano Ferreira de Castro
Annibal Barboza de Pinho Louzada
José Pinto Queiroz de Magalhães
Bernardino José d'Azevedo Mourão
Bernardino Moreira da Silva
Otto Reimer Von-Hafe

Saudade do vosso

B.

ADS MEUS CONDÍSCÍPULOS E COMPANHEIROS DO TRABALHO

Saudade e grata recordação
do vosso

Beirão.

AOS MEUS CAROS AMIGOS

Dr. Thomaz Nozolini da Silva Leão

Dr. Antonio Miguel da C. Almeida Ferraz

SAUDADE.

AO EX.^{mo} SNR.

DR. ANTONIO D'AZEVEDO MAIA

Distincto professor de
clinica medica na Escola Medico-Cirurgica do Porto

E' este, sem duvida, o lugar mais adequado para manifestar a V. Ex.^a a minha admiração pelo seu talento, pelo seu saber e para lhe declarar que jámais poderei esquecer as subidas finezas, que tam generosamente me tem prodigalisado.

Testemunho de gratidão respeitosa.

Beirão.

AO

MEU PRESIDENTE

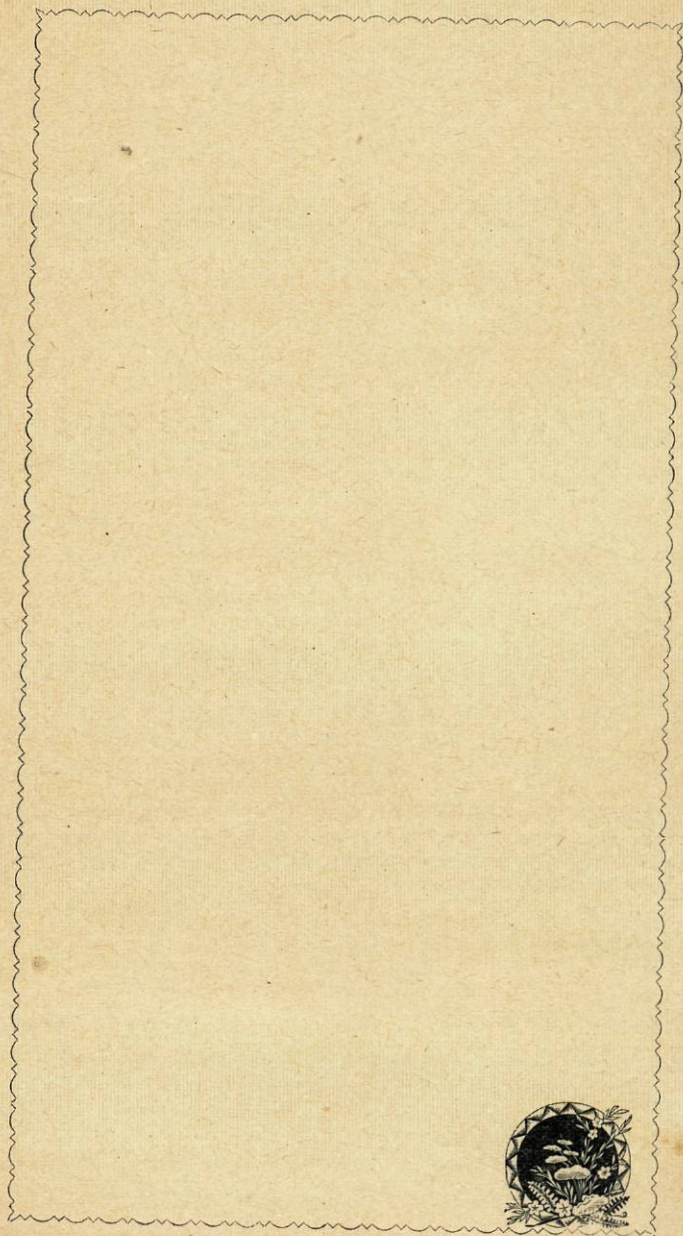
O Ex.^{ma} Snr. Dr.

EDUARDO PEREIRA PIMENTA

DISTINCTO PROFESSOR DE CLINICA CIRURGICA NA
ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

Respeitosa homenagem, viva
gratidão e a mais elevada admiração
do seu discipulo mais obscuro.

F. B.



Esboço historico

Este modesto trabalho, escripto sobre o joelho, entre os muitos affazeres do 5.º anno, significa simplesmente o cumprimento da lei.

Escripto á pressa, sem preocupação litteraria, em estylo ligeiro, facil, comesinho, tem quanto a nós o merecimento de archivar dois casos importantes para a historia da prenhez extra-uterina em Portugal.

A estas duas observações, a que tam intimamente está ligado o nome do nosso illustre professor o Ex.^{mo} Snr. Dr. Azevedo Maia, não faltam o interesse e valor scientifico.

Ao mesmo tempo que accentuam caracteristicamente a evolução da cirurgia portugueza, enriquecem a historia nosologica nacional com dois casos perfeitamente novos em Portugal.

E dizemos novos, porque depois de termos consultado alguns livros e jornaes antigos, simplesmente deparamos com as seguintes observações, que rapidamente enumeraremos.

Em 1846 o cirurgião Antonio Luiz Pereira Crespo, residente em Loanda, enviou á Sociedade das Sciencias Médicas, de Lisboa, a descripção d'um caso de prenhez extra-uterina, que foi verificado por mais quatro collegas; Marcos Rodrigues, Fernandes Pires, José Paulino e Lourenço de Carvalho. A prenhez é capitulada de vaginal, o que não póde deixar de attribuir-se á interpretação erronea da peça autopsiada.

Em 1862 foi lida á referida Sociedade pelo cirurgião Alberto d'Oliveira, uma comunicação do medico de Cascaes, Antonio de Salles Baptista, em que este pedia á Sociedade a sua opinião sobre o seguinte factó:
« Placenta demorada no ventre por espaço

de 20 annos. Prenhez extra-uterina existindo o feto no ventre ha 18 annos.»

O que ha de mais curioso n'esta observação, é que no dia 23 de junho, estando a doente a defecar, deitou um osso perfeitamente dissecado, pertencente ao feto.

D'ahi por diante, pelo menos até onde chega o conhecimento historico, a doente viveu bem e não deitou mais ossos.

Em 1865 appareceu no Instituto de Coimbra a descripção d'um caso de prenhez extra-uterina, feita pelo illustre professor Dr. Antonio Augusto da Costa Simões, caso que teve logar nas Cinco Villas, concelho de Figueiró dos Vinhos; e em 1871 o snr. Joaquim da Cunha e Souza descreve na sua these 3 casos de prenhez extra-uterina, verificados simplesmente na autopsia.

Eis o resumo das observações feitas pelo snr. Souza: «Existe no museu de anatomia pathologica da escola medico-cirurgica de Lisboa, com o n.º 108, (a) um kysto piloso e purulento do ovario com duas pernas de feto adherentes á parte interna. Falleceu na cama n.º 10 da enfermaria de Santa Maria a mulher, d'onde foi extrahido, e o resultado da autopsia, feita pelo snr. J. J. de C. Souza

Feio, foi o seguinte: kysto pediculado do tamanho d'uma cabeça de feto recém-nascido, adherente em parte aos intestinos e á parede anterior do ventre em quasi toda a sua extensão, existente no ovario direito. Continha perto de 3 litros de pus esverdeado, muita materia sebacea e alguns pellos. A superficie interna rugosa com duas pernas de feto, adherentes á parte opposta ao pediculo; as pernas são de tamanhos desiguaes, uma apresentando necrose dos ossos; em dois ou tres pontos existem pequenas porções de couro cabelludo, ainda coberto d'alguns pellos ».

«No mesmo estabelecimento scientifico existe, com o n.º 123 (a) uma outra peça, pertencente a uma rapariga que entrou para a enfermaria de Santa Anna, aonde se demorou por algumas dezenas d'horas, morrendo afinal com todos os symptomas de uma hemorrhagia interna.»

«Na antopsia verificou-se esta como causa mortis, e extrahiu-se um feto de 36 dias de existencia, e que tinha começado a desenvolver-se na trompa esquerda.»

«Tanto a primeira como a segunda peça são devidas ao zelo do Ex.^{mo} Snr: Dr. May

Figueira, que me forneceu os respectivos apontamentos, e os de uma outra observação, que segue.»

* * *

Da observação feita pelo Snr. Dr. May Figueira, apenas aproveitaremos a parte que diz respeito á autopsia na *cavidade abdominal*: «Encontra-se um verdadeiro kysto peritoneal, communicando a ulceração ás paredes anteriores do ventre, e contendo uma grande porção de liquido espesso, e com uma côr muito semelhante á da borra de vinho.

Além d'este, encontra-se um outro de maiores dimensões, de tal modo relacionado com a parede posterior do utero, que este lhe serve de parede anterior. Este segundo contem uma grande quantidade de liquido sanioso, envolvendo um feto de termo já muito putrefacto, com 43 centimetros de comprimento e 1 kilogramma de peso, feto que está completamente livre, porisso que o cordão umbilical está separado proximo do umbigo, mas adherente ainda á placenta.

Esta acha-se redusida a uma massa putrilaginosa de um volume exaggerado, pe-

sando 1:040 grammas... os ossos do craneo completamente separados... O kysto, que envolve o feto, tinha superiormente ligações com o intestino delgado a que estava adherente, e com os uretères extremamente dilatados. O utero augmentado de volume, de paredes espessas e forrado internamente por uma verdadeira caduca suplementar.

Cavidade do collo do utero muito dilatada».

Do rapido esboço historico que vimos de fazer, da prenhez extra-uterina em Portugal, facilmente se depreheende, que os dois casos que constituem o assumpto da nossa these, são inquestionavelmente os primeiros que se deram entre nós.

Á amabilidade do illustre professor o Ex.^{mo} Snr. Dr. Azevedo Maia devemos as duas observações, que adiante publicamos: a primeira é relativa a um caso *de gravidez extra-uterina, complicado com gravidez normal*; e a segunda—a um caso *de hematocele intra-peritoneal, resultante da ruptura d'uma gravidez provavelmente tubar*:

* * *

Commentario á 1.^a observação.

Uma observação superficial levaria a classificar o facto da primeira observação como de gravidez abdominal ou intra-peritoneal; pois tal é a conclusão que sai immediatamente da presença do feto livre no ventre; cremos porém que d'esta vez não se prova ainda a pretendida prenhez abdominal dos auctores.

Consta da observação que dos dois para os tres mezes se deu uma primeira ruptura com abundante hemorragia interna; admit-tiremos que o embryão se soltou n'este momento no peritoneo?

Não: porque conhecidos os poderes digestivos e absorventes do peritoneo, o embryão ainda molle e gelatinoso teria tempo de sóbra em 5 annos para desaparecer por digestão e absorpção.

É pois forçoso admittir, que a primeira ruptura se deu para o interior do ligamento largo, realisando-se a segunda quando já o producto de concepção tinha vigor e organização para resistir á acção peritoneal.

A situação pelvica da placenta sufficientemente verificada no vivo está conforme ainda com este modo de vêr.

* * *

C. á segunda observação.

A doente estava votada a uma morte certa, determinada pelo accidente mais terrível, a que está sujeita toda a mulher casada, durante o seu periodo prolifico: é o hematocele intra-peritoneal primario.

Quantas vezes não vemos nós pessoas curarem-se de doenças para debellar as quaes grandes auctoridades cirurgicas haviam considerado terriveis operações como condição *sine qua non*, como se tivessem a intuição de se curarem sem ellas, apesar dos prognosticos maus dos cirurgiões?

Não ha com certesa em todo o vasto dominio da cirurgia um campo como o da ruptura precóce d'um sacco fetal *extra-uterino* para o interior da cavidade peritoneal. Só um remedio póde salvar: a gastrotomia para ligar os vasos por onde está fugindo a vida, ou mesmo, sendo possivel, para extirpar o sacco inteiro.

A incertesa do diagnostico era ainda até ha poucos annos, o terrivel obice contra a intervenção salutar da gastronomia na cura do hematocele intra-peritoneal.

Hoje tem sido salvas centenas de mulheres d'uma morte certa; só L. Tait completará em breve uma centena, e muitos seguem a estrada fecunda aberta por elle.

O diagnostico é possível; tem sido feito muitas vezes; foi-o agora com o maximo rigor pelo nosso professor o Ex.^{mo} Snr. Dr. Azevedo Maia; e isso representa um passo gigantesco dado pela cirurgia em Portugal, não obstante o resultado fatal, que de resto não foi consequencia directa e immediata do acto operatorio.

No caso presente a intervenção operatoria deveria, talvez, ter-se feito mais cedo, na occasião do primeiro ataque, fazendo logo em seguida uma exploração sob anesthesia; dada porém a novidade da gastronomia entre nós, principalmente como recurso curativo contra o hematocele intra-peritoneal, não póde censurar-se ao operador o ter temporisado um pouco.

Gravidez ectopica

Preferimos a designação de gravidez ectopica á de gravidez extra-uterina, seguindo R. Barnes, porque comprehende todos os factos d'erro de logar que nos propomos considerar, e ainda porque não tem a menor pertença theorisante. A cavidade do utero é o logar adquado para a gestação, mas esta póde ser ectopica sem ser extra-uterina, como acontece na variedade intersticial ou tubo-uterino, quiçá a fórma mais mortifera da gravidez ectopica.

Não é este logar opportuno para largos desenvolvimentos sobre a anatomia e a physiologia da fecundação.

Limitamo-nos pois a exarar que o utero é o logar exclusivo da concepção normal, que immediatamente depois de impregnado pelo spermatozoario o ovulo adhere á superficie do utero; que a função normal do epithelio ciliado que reveste as trompas de Fallopio, é duplo:—favorecer a progressão do ovulo para o ninho adquado, e impedir a entrada dos spermatozoarios na cavidade tubar; que, finalmente as pregas e cryptas da mucosa uterina alojam e retêm o ovulo, até que elle seja impregnado, ou então até que morre e é eliminado.

Com estes dados é facil comprehender a causa da gravidez tubar.

Supponhamos uma salpyngite descamativa: esta doença põem o revestimento interno da trompa em condições analogas ás da mucosa uterina, e em tal estado é possivel a entrada dos spermatozoarios na trompa, inevitavel o retardamento na marcha do ovulo e a adhesão d'este á parede tubar, após a impregnação tam facil e provavel como no utero.

A condição fundamental da prenhez tubar, é pois todo e qualquer processo ou accidente que haja reduzido a trompa de Fal-

lopio, no attinente ao seu forro interno, á mesma condição do utero.

Ha muito que Virchow verificou signaes de peritonite pelvica em autopsias de casos de gestação ectopica, tendo terminado fatalmente no periodo da roptura primaria, e em grande numero de observações modernas dos melhores auctores — acham-se registados na historia clinica soffrimentos menstruaes pertinazes, uma longa esterilidade etc. etc. factos eminentemente suggestivos de que a machina procreadora se achava em más condições ao tempo da concepção ectopica.

A observação do hematocele intra-peritoneal, que apresentamos, confirma este ponto de vista, contra o qual nada póde a affirmação de que a fecundação se dá normalmente dentro da trompa.

Esta affirmação funda-se em factos mal interpetrados de experimentação em animaes inferiores em que os cornos do utero bipartido, contendo spermatozoarios, foram tomadas por trompas de Fallopio, só existentes de resto nos animaes, que assumiram a attitude erecta.

Variedades da gravidez ectopica

Assente que o utero é a sede unica da prenhez normal, e que o ovulo, para chegar ao utero, tem de passar ao longo da trompa, claro está que a prenhez ectopica é necessariamente tubar na sua origem com a excepção da possibilidade anatomo-physiologica da concepção ovarica em relação com a impregnação do ovulo dentro da respectiva vesicula de Graaf, antes de abandonar o ovario.

Em breve examinaremos esta possibilidade.

Na gravidez tubar ha que fazer uma distincção clinica, segundo a fertilisação do

ovulo se dá n'aquella parte da trompa que atravessa a parede uterina, ou na porção inter-utero-ovarica.

No primeiro caso a gravidez ectopica denomina-se *intersticial*.

Em qualquer dos casos o processo do desenvolvimento d'um ovulo dentro da trompa, acarreta inevitavelmente a ruptura d'esta em um dado momento da sua evolução.

L. Tait, a quem especialmente seguimos, e que tem sobre a materia a mais vasta experiencia entre todos os gynecologos do mundo, considera a variedade intersticial, como a mais funesta de todas, por isso que n'ella a ruptura se dá invariavelmente para a cavidade peritoneal dentro d'um periodo maximo de 20 semanas; ao passo que na gravidez ectopica na parte livre da trompa, cuja ruptura primaria se realisa no praso maximo de 14 semanas, esta ruptura póde fazer-se em duas direcções: a) para a cavidade peritoneal, que é a forma fatal ou grave; b) para dentro da cavidade do ligamento largo, correspondendo á variedade de grevidez ectopica denominada—sub-peritoneo-pelvica por Dezeimeris, a unica forma que permite attingir o periodo de viabilidade, que forne-

ce todos os tithopedions, todos os kystos suppurantes abertos para a bexiga, para o recto etc., etc., todos os casos emfim que pela ruptura secundaria do kysto ovular dão uma ficticia justificação á especie—*gravidez abdominal*.

Taes são as vistas de L. Tait, apresentadas pela primeira vez em 1873, e hoje aceites pelos mais auctorizados gynecologos do mundo. O systema de vistas de L. Tait resalta a um simples relance d'olhos sobre o seguinte quadro — ou schema gynecologico :

1.º — SCHEMA DA GESTAÇÃO ECTOPICA (NO TRAJECTO TUBO-OVARICO) OVARICA, POSSIVEL, MAS NÃO PROVAVEL AINDA

2.º — TUBAR, NA PORÇÃO LIVRE DA TROMPA, EM QUE A RUPTURA PRIMARIA SE DÁ NO PRASO MAXIMO DE 14 SEMANAS

(d) para dentro da cavidade peritonial, invariavelmente fatal (salva a intervenção cirurgica adequada e urgente) por hemorragia ou suppuração do saco e peritonite;

(b) para o interior do ligamento largo, constituindo a gestação extra-peritonial.

(c) pode seguir até ao termo no ligamento largo, sendo o feto removido por processos cirurgicos.

(d) morre o embrião e o sangue do hematocole é absorvido.

(e) morte e suppuração podendo o embrião ser eliminado pelo abdomen, perto do umbigo, pela bexiga, vagina ou canal intersticial.

(f) morte e transformação em lithopedions.

(g) pôde romper-se o ligamento largo dando hematocole intraperitonial secundario.

3.º — TUBO-UTERINA OU INTERSTICIAL, TANTO QUANTO D'ELLA SE SABE, É SEMPRE MORTAL PELA RUPTURA PRIMARIA PARA O INTERIOR DA CAVIDADE PERITONIAL NO PRASO MAXIMO DE 20 SEMANAS.

É de notar que os casos de gravidez abdominal e ovarica, tam frequentes nos tempos que chamaremos fabulosos da gynecologia, tem ido successivamente rareando até ao seu quasi completo desaparecimento hoje, e ainda não deve esquecer que um ou outro caso assim capitulado apparece sem as peças anatomicas comprovativas da especie.

Muitos casos registados, como *gravidez ovarica*, são manifestos kystos dermoides.

Quanto á gravidez primitivamente abdominal, L. Tait tambem a nega, mas admite que a placenta possa ser lenta e gradualmente expulsa da trompa pelas proprias contracções d'esta, passando a ser alimentada pelos órgãos visinhos; epiplon, mesenterio, etc., etc., como succede nos kystos ovaricos, cuja nutrição se suspende por torsão axial do pediculo.

D'esta ultima especie vimos um exemplar na clinica do illustre professor dr. Azevedo Maia, que é objecto da these do nosso collega Perry de Sampaio.

Symptomas e diagnostico

Em geral, para não dizermos sempre, o diagnostico da gravidez ectopica não se faz anteriormente á ruptura do kysto gravido, já pela falta de symptomas caracteristicos, já porque a mulher não se apresenta ao gynecologo.

Á mulher repugna tanto em regra um exame pelvico, que ella só se sujeita a elle na derradeira extremidade, e esta na evolução da gravidez ectopica coincide com a ruptura, resultando o hematocele.

É esta a razão porque n'este trabalho daremos uma attenção preponderante a este ultimo phenomeno.

Casos póde haver em que o gynecologo chegue a elaborar um diagnostico muito provavel da gravidez extra-uterina, mesmo antes da ruptura primaria. Quando por exemplo o exame pelvico tiver revelado um tumor da trompa, como os que resultam habitualmente da obliteração de seus orificios, ao mesmo tempo que um certo grau de molleza do collo uterino e pouco ou nenhum augmento da cavidade *cervico-uterina* aliás *vasia*; e se a estes signaes se juntam os outros signaes presumptivos da gravidez nos primeiros mezes; e sobre tudo se uma curetagem uterina exploradora dá a existencia das villosidades da caduca dentro do utero, póde dizer-se certo o diagnostico.

É porém licito duvidar, que alguma mulher se sujeitasse á abertura do ventre, sem a pressão d'algum accidente inquietador. A decisão que é tão necessaria á paciente como ao cirurgião, vem dal-a a catastrophe da ruptura primaria resultando o hematocelle.

Hematocele

Nelaton empregou a palavra hematocele *retro-uterino* para significar uma collecção sanguinea enkistada, cuja séde é o fundo de sacco de Douglas.

Os limites d'esta collecção seriam: adiante, a face posterior do utero e, em maior ou menor extensão, a dos ligamentos largos; atraz e aos lados as paredes lateraes e posteriores da excavação pelvica e peritoneo que os reveste e a face anterior do recto; superiormente seria o espaço fechado por producções inflammatorias fazendo adherir ansas do intestino, grande epiplon, coecum e recto.

Variando as circumstancias, mas conservando-se a ideia do enkystamento, chamou-se-lhe hematocele peri e circum-uterino.

Huguier distinguiu o hematocele em *intra* e *extra-peritoneal* e, em discussões e memorias, esforçou-se por conservar esta divisão; mas foi vencido, prevalecendo a dupla idêa do enkystamento e da situação intra-peritoneal da collecção sanguinea, idêa que vive ainda hoje em livros e é credo para muitos. Analyseemos.

Claro é que uma collecção sanguinea dentro do peritoneo vem forçosamente da ruptura do vaso ou vasos mais ou menos importantes.

Como se faz a hemostase d'esse vaso ou vasos até que se produzam os exsudatos peritoniaes enkystadores?

O que é que impede o sangue extravasado de insinuar-se por entre as ansas intestinaes?

O que é que o mantem no fundo da pelve, conquistando ahi todo o seu espaço, emquanto se não organisa o protesto enkystador?

Disse-se e repetiu-se muito: o derrame sanguineo infra-peritoneal não é hematocele,

é um thrombo. E se este thrombo fôr tam abundante que dê em resultado a ruptura do ligamento largo e a invasão da cavidade peritoneal?

Teremos n'este caso um miseravel thrombo a ser pai d'um verdadeiro e terrivel hematocele?

Mais tarde veremos que a descripção classica do hematocele *retro-uterino* só cabe ao hematocele infra-peritoneal, o mesmo que se expulsou facciosamente.

Uma gravidez tubar pôde romper-se para dentro do ligamento largo, ou para a cavidade abdominal; d'aqui o hematocele infra ou extra-peritoneal, propriamente pelvico, e o hematocele intra-peritoneal.

Esta distincção tem um enorme alcance clinico, como mais tarde veremos.

A causa da ruptura primitiva da trompa, é o proprio adelgaçamento d'esta no sitio da implantação da placenta.

Quando distendidas, quer pela gravidez quer por outra causa, as paredes da trompa nunca augmentam de espessura, isto é, não se realisa na trompa, como no utero, a hypertrophia e a hyperplasia das fibras musculares. As villosidades da placenta permeiam

tanto as paredes da trompa, que parecem atravessal-as, e os vasos sanguineos, veias especialmente, augmentam enormemente de calibre.

N'este estado ao fazer um pequeno esforço, tal como de se abaixar a algum trabalho domestico, ou mesmo ao receber uma impressão moral, como por exemplo uma exaltação de alegria ou de ira; pôde determinar uma dôr abdominal violenta, a paciente perde a côr, arrefece, cai em cullapso ou estado syncopal, podendo morrer acto continuo, se não lhe fôr prestado auxilio adequado.

Tal é a historia de mais d'um caso de morte subita, em que não raro o medico se torna cumplice da opinião ignara dos vizinhos, que attribuem a fatalidade a manobras criminosas com o fim de provocar um aborto.

Ás vezes os symptomas assustadores remittem, a paciente está menos mal durante alguns dias, pôde mesmo chegar a sahir, senão quando uma repetição de hemorrhagia peritoneal faz reviver todos os symptomas dramaticos.

Estas alternativas podem repetir-se com intervallos até á solução fatal.

Valor diagnostico do hematocele intra-peritoneal

A hemorragia intra-peritoneal pôde ocorrer independentemente da ruptura da trompa de Fallopio grávida, mas taes casos são tam raros, que dada a hemorragia peritoneal em uma mulher pôde-se, segundo L. Tait, em 7 casos sobre 8, affirmar com certesa a ruptura da trompa grávida, e ainda affirmar grande probabilidade que o seja no oitavo caso.

A hemorragia pôde resultar da ruptura d'uma ou mais veias varicosas do plexo utero-ovarico, ou ainda proceder do figado ou do baço, em consequencia de traumatismos, ou finalmente de aneurysma do tronco illiaco;

casos d'estes, porém, são o que ha de mais excepcional. Uma hemorragia renal ou d'aneurysma da aorta forçosamente ficariam extra ou retro-peritoneaes.

Em regra a hemorragia intraperitoneal é incoercivel, isto é, continua independentemente até dar a morte, a menos que se empreguem meios efficazes para a sustar.

Todos os que tem pratica de cirurgia abdominal, sabem que o sangue correndo em quantidade na cavidade peritoneal, pouca ou nenhuma tendencia tem para coagular, quicá em virtude da sua diluição pela lymphá peritoneal.

Uma das mais notaveis provas d'isto é a efficacia do tubo de drenagem para sustar a hemorragia. Se, por frequente aspiração se vai dando saida ao sangue ou serosidade sanguinea resultante da ruptura de adherencias pelvicas, a hemorragia não tarda a sustar-se, mas se pelo contrario, se não mantem a drenagem, uma pequena e bábosa hemorragia intra-peritoneal póde ser fatal.

No hematocele extra-peritoneal pelvico, a hemostase é assegurada pela mesma pressão, a que está sujeito o sangue, salvo o caso

de ruptura secundaria do ligamento largo e invasão peritoneal consecutiva.

Em uma observação de Goupil pareceu dar-se esta ultima hypothese. Eil-a. S. de 32 annos, julgou-se grávida em virtude d'uma falta menstrual; sobrevindo-lhe uma metrorrhagia acreditou ter abortado, sem embargo de não ter encontrado vestígios de embrião. Ao entrar no hospital o abdomen era tenso, tympanico e muito sensível á pressão.

O collo do utero estava aberto, e o utero affrontado para diante e para a esquerda por enorme tumefacção situada por traz e á direita d'elle; o fundo de sacco posterior occupado por um tumor fluctuante que enchia a pelve. O diagnostico portanto foi tumor sanguineo intra e extra-peritoneal, provavelmente acompanhado de gravidez extra-uterina. A doente foi peorando e morreu ao 3.º dia apoz a admissão.

A noticia da autopsia respectiva confirma peremptoriamente o diagnostico: na cavidade peritoneal 25 onças de sangue e coalhos negros como faligem, removidos os quaes se deparou com um tumor ovoide coberto pelo peritoneo do ligamento largo. Ao fundo da

metade esquerda do espaço recto-uterino e folheto posterior do ligamento largo, uma perfuração e dentro do ovoide um pequeno feto.

Muito de industria citamos por extenso esta observação, que mostra como o habitualmente innocente hematocele infra-peritoneal se pôde converter em um furioso inimigo que não dá quartel, e colloca a mulher na situação mais critica de todas aquellas a que a expõe a maternidade.

Fóra d'esta hypothese especial o hematocele infra-peritoneal é de prognostico favoravel, quer dependa da ruptura da trompa gravida, quer seja occasionado pela suspensão subita d'umã hemorrhagia uterina, a não ser que (a) a sua evolução se realise no sentido da suppuração (b), não se dando a morte do embryão e o facto da ruptura seja apenas um estadio no desenvolvimento da gravidez.

O hematocele infra-peritoneal é tambem acompanhado d'uma dôr subita, frequentemente concomitante d'um terrifico sentimento de deliquio. O pulso levanta-se sempre e por vezes tambem a temperatura. O exame local mostra que o utero perdeu a

sua mobilidade para um dos lados, ás vezes mesmo para ambos, e tudo isto occorre com tal rapidez, que exclue toda a ideia de processo inflammatorio.

Na maior parte dos casos o tumor sanguineo não se apalpa acima do rebordo da bacia; casos ha porem em que o ponto culminante da calótte hematopelvica sobe alguns centimetros acima do limite superior da bacia. Esta limitação nitida do tumor superiormente e a sua superficie convexa; a effusão de sangue em volta do recto, cujo revestimento peritoneal é descolado, e a redução do calibre d'este, quer por compressão unilateral, quer por compressão annular, finalmente a fórma especial concava ou em abobada da superficie inferior do tumor hematocelico constituem os signaes physicos caracteristicos da effusão extra-peritoneal do sangue.

Não é muito commum a suppuração do hematocele do ligamento largo; concebe-se, pois, como possa ser d'uma difficuldade invencivel o diagnostico differencial entre esta condição e outros estados suppurativos da pelve; se porém o caso é tratado operatoria-mente ou autopsiado, o encontro de vesti-

gios da placenta é signal infallivel, sendo precioso mesmo o de coalhos.

Mas nem sempre pelo facto da ruptura tubar o embryão morre, e acontece até que no seu novo domicilio elle póde evolucionar até tempo completo.

Por outro lado a morte do feto *extra-uterino* póde dar-se em qualquer momento propinquo ao termo, caso em que se dá o seguinte: o liquido amnyotico é absorvido, bem como o são as partes molles do feto, e ainda aquella parte constituinte dos ossos que o póde ser.

Alfim encontram-se dentro do pequeno kysto intra-ligamentar ossos e restos dos tecidos fetaes, constituindo o lithopedion.

N'esta situação a saude da mulher póde ser perfeitamente toleravel, mas é certo que ella se encontra em perpetuo risco imminente de suppuração.

Se esta eventualidade se realisa, o pús segue um dos quatro caminhos seguintes: atravez do recto, o mais commum; atravez do fundo do sacco de Douglas, immediato em frequencia; atravez da bexiga; finalmente, o que é muito raro, atravez da parede abdominal nas visinhanças do umbigo.

Quando o desenvolvimento do embrião continua, depois da ruptura tubar para o interior do ligamento largo, pôde ser muito difficil o diagnostico differencial entre o deslocamento do utero normalmente gravido quando complicado com fibro-myoma ou myoma kystico do utero e a gravidez unilaterial em um utero bifido; mas é sobretudo nos casos observados após a morte do feto, ou em que passou já tanto tempo sobre a epocha do esperado parto, que ha certesa da sua morte, que se encontram as maiores difficuldades do diagnostico.

O primeiro ponto a considerar, é a historia contada pela mulher ácerca da sua supposta gravidez, e dos phenomenos occorridos ao tempo do seu esperado livramento.

Cumpre averiguar, se anteriormente a mulher foi esteril, se passaram muitos annos sem que tivesse filhos, se tinha padecimentos menstruaes ou pelvicos de qualquer especie. Se houve a suspensão menstrual completa, durante o periodo da supposta gravidez, com os phenomenos habituaes do augmento dos seios, pigmentação das areolas, crescimento dos tuberculos de Montgomery, mal estar, vomitos etc., etc., se finalmente,

após um trabalho baldado mais ou menos espectacular, se deu a deminuição progressiva do volume da supposta gravidez normal.

Este facto, bem averiguado, é um signal preciosissimo, sobre tudo, quando conjugado com est'outro, de mais ou menos abundante hemorrhagia uterina durante o trabalho ficticio.

Quer antes, quer depois da morte do feto, o utero está em regra intimamente associado com o tumor que constitue a gravidez ectopica e em frente d'este, movel em muito limitada extensão, e sempre mais ou menos augmentado de volume se, como geralmente acontece, a placenta adhere á face posterior do corpo do utero.

A entrada do canal cervico-uterino aberta de modo a admittir a ponta do dedo, constitue tambem um dado muito importante.

Se a estes dados se vem juntar os ruidos fetaes, póde affirmar-se liquidado o caso como de gravidez extra-uterina.

Depois da absorpção do liquido amnyotico, o character do tumor da gravidez extra-uterina muda muito. O utero póde diminuir e mobilisar-se e apparecerem partes do feto, especialmente pelo toque rectal.

Tratamento

Bermutz, o primeiro que affirmou a relação intima, causal, do hematocele intra-peritoneal com a gravidez extra-uterina, foi tambem o primeiro a formular a verdadeira regra de conducta a seguir—laparotomia e ligadura.

Este preceito não é com effeito mais que a applicação da lei geral da cirurgia, que manda descobrir e ligar o vaso que é a séde d'uma hemorrhagia cirurgica.

Ninguem nega a racionalidade d'um tal procedimento, quando se trata d'um dos ramos da arteria femoral; ha porém quem conteste a legitimidade d'uma tal interven-

ção, quando a hemorragia se dá acima da arcada crural.

Seria um opprobrio para a cirurgia abdominal o crel-o, sendo certo que n'estes ultimos 15 annos muitas centenas de mulheres tem sido salvas d'uma morte imminente pela laparotomia urgente, como remedio contra a hemorragia incoercivel causada pela ruptura da gravidez kystica tubar.

Não ha pois a nosso vêr margem para divergencia de opinião na conducta a seguir em presença do hematocele intra-peritoneal.

Não acontece o mesmo quando, ou emquanto a gravidez ectopica evoluciona dentro do ligamenta largo.

Suppondo bem averiguado um determinado caso de gravidez extra-uterina, como deve proceder o cirurgião?

Se o feto está vivo e cerca do seu termo, operar é o dever do cirurgião, opina L. Tait.

Se o feto está morto, dividem-se os pareceres, mas o de L. Tait é ainda operar, tendo em consideração os riscos graves a que a mulher fica exposta; o certo porém é que n'este caso particular, não ha normas infalliveis de procedimento, tendo cada caso

particular de ser decidido segundo as suas formas especiaes.

Em a nossa primeira observação, a urgencia de operar impunha-se, já pelos sofrimentos atrozés da paciente, já pelo perigo que corria a gravidez uterina concomitante.

Com o fim de prevenir operações graves, tem-se alvitrado n'estes ultimos annos varios planos tendentes á destruição do producto de concepção extra-uterina, sendo os principaes a injeccção para dentro do sacco gravido, de substancias toxicas, e o emprego de correntes tanto continuas como faradicas.

Estes meios devem a nosso vêr por-se de parte, como perigosos, inefficases e até como criminosos.

Advogamos o principio de salvar o embrião, que sobreviveu á catastrophe da ruptura primaria da trompa para o interior do ligamento largo.

Se a existencia do producto de concepção extra-uterina é reconhecida em vida d'este, a mãe deve ser cuidadosamente vigiada até que estabeleça o falso trabalho, exactamente como se se tractasse d'uma operação cesariana.

Regras a seguir-se; não operar antes

que o feto seja vitavel, sob condição de não prejudicar a mãe com a demora, e operar immediatamente após a morte do feto extra-uterino.

Não discutiremos primasias entre a via vaginal e a laparotomia supra publica para acudir a casos d'estes, militando boas rasões em pró do segundo methodo, nem nos demoraremos em pormenores de manual operatorio.

Observação primeira

GRAVIDEZ EXTRA-UTERINA COMPLICADA COM GRAVIDEZ NORMAL

F., casada, 37 annos, natural de Nantes, residente na Guarda.

Antecedentes hereditarios sem importancia.

Menstruada normalmente aos 14 annos. Casada aos 16.

Aos 18, aborto de tres mezes.

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

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

Após um anno, creança masculina que

teve convulsões durante a primeira dentição, mas vive e é bem constituida. Dois annos depois, uma menina que já tinha um dente aos 3 mezes e morreu aos 5 de bronchite capillar. Decorre em seguida um lapso de 5 annos, durante os quaes os mezes, com quanto periodicos, são precedidos de dôres pelvicas e de fortes dôres na região epigastrica. Ao fim d'este periodo F. tem uma falta da qual infere achar-se gravida, mas parece que alguma cousa de inexplicavel e insolito sente em si desde logo: sente um grande peso ao fundo do ventre, e emette com grande e crescente frequencia pequenas quantidades de urina muito carregada.

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

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

Decorrido mais d'um mez começou a en-

saiar os primeiros passos que, aliás lhe provocavam ainda dôres abdominaes, as quaes continuáram ainda mesmo depois que sentiu de modo inequivoco movimentos do feto, o que succedeu dos 5 para os 6 mezes. O seu medico só ficou inteirado da realidade dos movimentos fetaes depois de completo o 7.º mez.

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

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

Entre o 8.º e 9.º mez, mais proximo porém do termo da gravidez, quando o ventre readquirira em grande parte a sua flacidez, a paciente começou a sentir um volume irregular dentro do ventre, no qual lhe parecia distinguir partes certas d'um feto, como a cabeça, espaldas, membros inferiores, etc., occupando de resto posições tam varias no ventre, que se diria inteiramente livre ou flu-

ctuante lá. Diz a paciente que tudo isto foi observado pelo seu medico assistente. Umas vezes sentia a cabeça do feto nos hypochondrios, outras vezes nas regiões ilio-lombares, etc.

Logo depois de cumpridos os 9 mezes de gravidez, teve uma hemorragia utero-vaginal abundante, com saída de fragmentos membranosos, pedaços de caduca provavelmente, e dores ao fundo do ventre que, no dizer da doente, não se pareciam com as dores de parto, já suas conhecidas; depois a sua menstruação voltou periodicamente. — As dores do ventre, resultantes da presença d'um feto muito movel, foram lentamente diminuindo, até que, ao fim de 4 para 5 annos, quasi a não estorvavam; todavia não houve momento algum, em que n'uma ou outra attitude não pudesse identificar dentro do ventre alguma parte do feto, que na attitude vertical por vezes estava, ao parecer absolutamente confinado á cavidade pelvica.

Ha 6 mezes, nova suspensão de menstruação. Pouco a pouco o antigo feto, que parecia sepultado na cavidade pelvica, foi subindo no ventre e occasionando-lhe dores por vezes intoleraveis, a tal ponto que por

meados de janeiro resolveu procurar allivio, senão cura, aos seus grandes males, dirigindo-se ao Porto e consultando-me.

Um exame attento constatou o seguinte:

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

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

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

Operação a 18 de janeiro de 1891.

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

Completa a abertura, apresentou-se desde logo á vista o epiplon em extremo vascularizado. A mão direita introduzida através da ferida, ao mesmo tempo que mostrou ligações assás intimas entre o feto e o epiplon, foi gradualmente descolando este, o que occasionou uma hemorragia não tam pouco importante que não reclamasse algumas ligaduras a catgut, que foram abandonadas dentro do ventre. O epiplon teimava em apresentar-se á abertura abdominal e foi necessario repellil-o com algumas esponjas chatas. Então appareceu a superficie do feto, ao parecer coberto d'uma espessa camada de verniz. Houve alguma difficuldade em trazer a cabeça do feto á abertura abdominal ; conseguindo isto porém, fortes pressões lateraes sobre a parede abdominal fizeram-na saltar fóra e o feto completo appareceu nas mãos do meu ajudante, o snr. Agostinho de Souza. Foram em seguida retiradas as esponjas chatas e, antes de lançar a esponja para a collocação dos pontos de sutura, introduzi novamente a mão com o fim de explorar a massa á direita do utero, verificando que se achava na fossa iliaca interna

e penetrava na pequena bacia do mesmo lado.

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

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

Curativo antiseptico habitual e contensão do ventre por uma facha de flanella.

Em tudo foram gastos 33 minutos.

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

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

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

5 de fevereiro de 1891.

A. Maia.

P. S.—A 30 d'abril do mesmo anno, a paciente deu á luz com a maxima felicidade, uma criança do sexo feminino, robusta.

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

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

Observação segunda

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

Padeceu sempre de dôres menstruaes, previas especialmente.

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

*

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

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

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

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

no ventre, desfallecimento, suor frio, vomitos, pallidez livida.

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

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

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

Ainda que já capacitado da existencia d'uma hemorrhagia peritonial, que se repetia pela 3.^a vez, resolvi fazer um exame physico a fundo. Auctorizado pela doente e familia administrei algumas gottas de chloroformio á doente, conseguindo em poucos minutos um gráo sufficiente de resolução muscular—constatando: utero manifestamente vasio e

fundos de saco vaginaes tensos, mas uniformemente. A exploração do ventre revelou-me provas inequívocas de grande quantidade de liquido solto na cavidade peritonial.

Diagnostico: hematocele intra-peritonial, resultante da ruptura d'uma gravidez provavelmente tubar.

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

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

9 de março.

Ajudante: *Agostinho de Souza.*

Chloroformio: *J. de Medeiros.*

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

Anesthesiada a doente no seu leito, foi

transportada para o quarto operatorio onde foi evacuada a bexiga e feita uma cuidadosa toilette ao ventre, O recinto achava-se entre 25° e 30° centigrados.

Incisão de 8 centímetros. Uma vez sobre o peritoneo impressionou-me a côr negra d'esta serosa e lembrei-me d'uma abertura abdonimal feita 2 annos antes no Hospital de Santo Antonio em que essa côr era devida a adherencias com uma ansa intestinal, de sorte que d'um pequeno golpe de bisturi resultou a saída de fezes; em poucos segundos porém capacitei-me de que no caso presente não se dava tal adherencia; por tanto incisei o peritoneo, saindo *in continente* um intenso jorro de sangue negro. Prolongada a incisão peritoneal a todo o comprimento da abertura cutanea, o sangue extravasado na cavidade peritoneal saia em borbotões. graças a pressões methodicas sobre a parede. Dir-se-hia inexaurivel semelhante deposito de sangue, o que me fez pensar que o mais rapido e seguro era dirigir-me á presumida causa da hemorrhagia.

Assim introduzi dois dedos da mão esquerda atravez da abertura abdominal que, explorando rapidamente o interior da bacia,

trouxeram ao exterior a trompa direita em cujo pavilhão encontraram alguma coisa de anormal.

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

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

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

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

Era superior a 4 litros o volume de sangue e coalhos extravasados na cavidade peritoneal, e estes eram tam molles que só uma abundantissima irrigação peritonial a 40°, prolongada por mais de um quarto d'horas fez justiça.

Depois fiz a sutura da parede abdominal

com 5 pontos profundos a seda, e 4 superficiaes a crina de Florença, sem drenagem.

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

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

No dia 15 por 3 horas da madrugada, chamado junto da operada, deparou-se-me esta com a face manifestamente decomposta, temp. a 36°, pulso 120, amplo mas sem tensão, vomitos, suor frio e grandes dôres ao fundo ventre.

Assaltou-me immediatamente o espirito a ideia de nova hemorrhagia interna em virtude de alguma das ligaduras perdidas, que resvalasse ou cortasse os tecidos que estrangulára, ou talvez mesmo procedente d'al-

gum ramo da arteria uterina, que não fôra ligada por parecer desnecessario ; mas deteve-me 1.º a consideração de que a doente não sobreviveria a nova anesthesia, 2.º a lembrança de que poderia tratar-se d'uma occlusão ou mesmo sómente paralyisia intestinal, visto como havia mais de 24 horas não se dera saída de gazes intestinaes.

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

Na segunda-feira a temperatura começára a elevar-se, attingindo 36º, pulso 130.

Na terça entre 38º e 39º e pulso já difficilmente contavel, vomito incoercivel, verde, dôres abdominaes intoleraveis que zombavam de todos os analgesicos, facies abdominalis. Este estado foi aggravando e a doente fallecia a 18 de março por 11 horas da noite.

Não foi feito exame cadaverico.

Do que precede conclue-se, que do 4.º para o 5.º dia após a operação houve provavelmente nova hemorragia interna, e em

seguida uma peritonite que foi a causa da morte da doente.

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

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

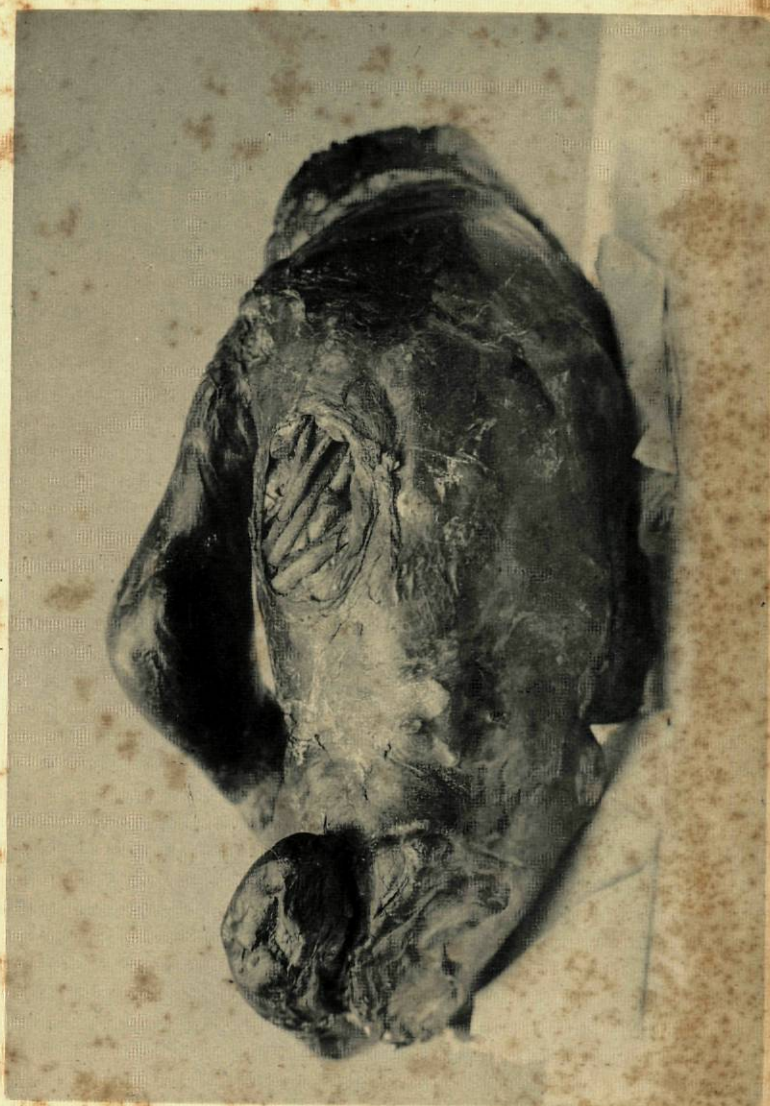
A placenta adheria ao ovario direito, de sorte que o caso deve reputar-se de — gravidez ectapica tubo-ovarica.

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

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

30 de março de 1891.

A. Maia.



Feto visto pela face posterior



Feto visto pela face anterior

PROPOSIÇÕES

Anatomia geral.—As glandulas mucosas são me-
rocrinas.

Physiologia.—A vida nem é um principio nem
uma resultante : é a consequencia d'um conflicto entre o or-
ganismo e o mundo exterior.

Pathologia geral.—A doença pyocyenica, abso-
lutamente nova, é infecciosa e toxica.

Anatomia pathologica.—A diapedese expli-
ca-se pela contractilidade dos endothelios vasculares.

Pathologia externa.—A naphtalina deve ser
preferida a qualquer outro antisseptico, no penso das feridas.

Partos.—A expulsão de pedaços da caduca, não deve
considerar-se como signal evidente de aborto.

Pathologia interna.—A ictericia catarrhal e in-
fecciosa devem ser apresentadas no mesmo quadro nosolo-
gico.

Materia medica.—No tratamento da angina
diphtherica preferimos a applicação externa dos mercuriaes a
qualquer outra medicação.

Operações.—Tanto nas pequenas como nas gran-
des operações, em geral, a rapidez em operar é um dos ele-
mentos para o bom resultado.

Hygiene.—Na educação da criança adoptamos o
principio, de que ella deve ser rigorosamente parallela á
evolução cerebral.

VISTO

Pimenta.

PÓDE IMPRIMIR-SE

Visconde d'Oliveira.