

Nº 10.

Nº 218

1
Dr Osorio

Gravidez extra-uterina

These

para ser defendida

na

Escola Medico-Cirurgica do Porto.

por

Joaquim Maria da Fonseca.

Doutor em Medicina e Cirurgia pela

Faculdade de Medicina de

Rejdelberg.

Para o dia 3 de Março de 1864,
pelas 10 horas da manhã.

Presidente = M.^{me} Sr.^o José Fructuoso
apresentando Osorio.

M.^{me} Sr.^o

Seguintes { Dr. José Pereira Reis.
Dr. Francisco Telles da Cruz.
Antonio Bernardino
d. Almeida.
José Alves Mor. da Barra.

2
Ao Ill^{mo} Sr.

Sr. José Fructuoso Aires de Sousa Paes

Lente de Medicina Legal e Higiene publica

Em testemunho

de

respeitosa amizade

Offence

O autor

3
Ao Ilmo Sr.

Francisco José Coutinho

Em testemunho
de
amizade e gratidão

Offerece

O autor

A meu bom e querido Tio e Sagro

João Manuel da Fonseca

Offerece

O autor.

4.
Escola Medico-Cirurgica do Porto

Director

O Ex.^{mo} Sr. Condeheiro Francisco d'Alfais Louzeiro e Paz,
Lente Jubilado.

Secretario

O Ill.^{mo} Sr. Agostinho Antonio do Couto,

Corpo Cathedratico

Lentes Proprietarios

O Ill.^{mo} e Ex.^{mo} Sr.

- 1.^o Cadeca. Anatomia Geral e
descriptiva Luiz Pereira da Fonseca
- 2.^o Cadeca. Physiologia Jose d'Andrade Granajo
- 3.^o Cadeca. Historia natural
dos medicamentos, Materie Medica Jose, Pereira Reis
- 4.^o Cadeca. Pathologia e Thera-
peutica externas Antonio Ferreira Braga
- 5.^o Cadeca. Operacoes e appa-
ratos Pedro Pinto d'Alencar
- 6.^o Partos, Molestias de puerpe-
ras e recém-nascidos Manoel Maria de Oliveira Leite
- 7.^o Cadeca. Pathologia e Therapeu-
tica internas Francisco Veloso de Cruz
- 8.^o Cadeca. Clinica Medica Antonio Ferreira de Me-
lles do Porto
- 9.^o Cadeca. Clinica Cirurgica Antonio Bernardino
- 10.^o Cadeca. Pathologia ge-
ral, Historia Medica, anatomi-
ca, Pathologia e Psychologia
Medica Jose Alves Moreira de
Barron
- 11.^o Cadeca. Medicina Legal, e
hygiene publica e privada Jose Fructuoso Maria de Souza
Toxicologia Geral vea de pri

Lentes Substitutoras.

Secção Médica ———

{ João Xavier d'Almeida Bar
Jose Carlos Lopez Junior

Secção Cirurgica ———

{ Agostinho Antonio do
João Pereira Dias Lebr

Lentes demonstradores

Secção Médica ———

Vago

Secção Cirurgica ———

Vago

Convidado por nossa vacação a explorar os vastos campos de sciencia Méico. Cirurgica, viemos apontar nos ao lado dos mais humildes filhos da Escola Medico. Cirurgica do Porto. Apreciámos então os disvellos, com que nossos sábios Preceptores dirigiram nossa carreira scientifica. Muito lhes devemos, e grato nos é confessar lo.

Motivos que não cabe aqui mencionar nos levarão a ir concluir nossos estudos na Escola Medico. Cirurgica de Lisboa. Com não menor benevolencia ali fomos tratados pelas illustrações que estão á frente deste respeitavel estabelecimento.

Durante nosso tirocinio escolar, uma idea nos senhareou: viamos com sentimento o desfavor com que eram tratados dois estabelecimentos, que tanto se tinham levado em honra da sciencia, e beneficio da humanidade: tudo n'elles havia, menos um grão honorifico para seus filhos. Pensamos no meio de enos remediar esta falta; e desde logo concebemos o projecto de nos formarmos em Universidade estrangeira. Ambição de verdes annos, de que o homem se ri quando chega a idade mais madura! o

o grão não dá, nem tira merecimentos; — realce apenas o d'aquelles que conseguem crear-se uma reputação brilhante nas lides do espirito.

Transportado a Bruxellas, ali tratamos de pôrto os homens da sciencia, approveitando-nos de seus vastos conhecimentos. Submettemo-nos a exames, e obtivemos ^{as} ~~aprov.~~ das disciplinas, que ali são professadas. Sabemos então que a Universidade não era official, e que por isso não podia habilitar seus filhos para curar no proprio paiz. Nova difficuldade, e novo projecto. Sabimos por a Ellemante, e sugeri-mo-nos a novas provas na Universidade de Heideberg. Tiramos diplomas official, vindo por isso coroados nossos desejos.

Era-nos intentado chegar a Portugal e preencher as formalidades legais para a confirmação do titulo, porém razões imperiosas nos impediram de o realizar.

Se nos submette-mos então aos dois exames que a lei determinava não teriamos agora que satisfazer aos requisitos da carta de lei de 24 d'Agosto de 1861, que nos obrigou aos exames das disciplinas dos cursos particulares da Escola. Mais uma vez, porém, se nos offereceo para experimentarmos a benevolencia de nossos esclarecidos mestres.

Concluidos nossos exames parciaes, restava-nos satisfazer a ultima disposiçao de lei — e a apresentaçao e defesa d'uma dissertação, a que se dá o nome de *These*. Ingenuamente o confessa-

6
o confessamos, não estávamos em circunstâncias
de escrever sobre um assumpto tão difficil; lan-
çamos mão do unico recurso, que se nos offerece-
a estrectamos, e traduzimos, e assim apresentamos
este trabalho com aquella confiança, que pode
ter um alumnus convencido de suas debéis for-
ças.

Prenhez Extra-uterina

Cap. 1.^o

Synonymia - Definição - Historia - Divisão.

Synonymia - Prenhez por outro de lugar, extraordinária, extra-uterina.

Definição - Diversamente ha sido definida esta especie de prenhez: comparando as definições de varios auctores, achamos que podemos chamar prenhez extra-uterina toda aquella em que o producto da concepção se desenvolveu fóra da cavidade do utero.

Historia - Desde as primeiras edades da medicina tem sido estudada esta especie de prenhez. Numerosas observações foram feitas pelos praticos da antiguidade: todavia, e a despeito mesmo das differentes theorias physiologicas e das dissecções attentas, e minuciosas, que se fizeram depois, ainda uma historia se nos apresenta envolta em cerrada obscuridade. Apesar porém das poucas luzes do ant.^o da medicina pathologica, fizeram os antigos algumas divisões desta forma de prenhez: ultimamente tem sido eschorecidos muitos pontos em virtude do que novas divisões e subdivisões se tem feito.

Divisão - Segundo o ponto onde se fixa o ovulo, e फिरा, tem sido dividida e nomeada a prenhez extra-uterina; e só depois de repetidas observações e factos chegou a ser em nossos dias classificada.

Beau deloque a divideo em ovarica, tubarica, e abdominal.
Breschet the a crescentou a intersticial. Nelpassi juntou the
x utero-tubarica. Roseimaris augmentou em fin e numero
destas divisões, elevando-o a dez, que são:

- 1.^a Preñez ovarica.
- 2.^a " sub-peritoneo-pelvica.
- 3.^a " tubo-ovarica.
- 4.^a " tubo-abdominal.
- 5.^a " tubarica.
- 6.^a " tubo-utero-intersticial.
- 7.^a " utero-intersticial.
- 8.^a " utero-tubarica.
- 9.^a " utero-tubo-abdominal.
- 10.^a " abdominal.

Ordem das destas especies merece especial menção
e exame. Mas, primeiro, duas palavras sobre os or-
gãos maternos, que contribuem para o phenomeno
da geração.

Cap. 2.^o

Resumo Anatomico.

Descrição do Utero.

O utero he um órgão ôco destinado para a gestação
e para de desenvolvimento necessario para conter nu-
trir e expulsar o feto, servindo habitualmente d'
exhalacão de sangue menstrual: é pyriiforme, ou
achatado no sentido antero-posterior, a base elle
para cima e para diante: o vertice para baixo,
e para traz; é nesta mesma direcção que está o o
grande diametro lançado, parallelamente propinqua-
mente ao eixo do estriço superior da bacia: esta direcção

muda quando a vagina he demasiado curta: situa-
do na escavação, quasi sempre na linha mediana,
está em relação, pela parte anterior, com a bexiga,
pela posterior, com o recto: fixa n'os seus posi-
ção, inferiormente a vagina, superiormente as li-
gamentas largas e redondos. Estas conexões, de sua
natureza flexíveis, lhe permittem certa mobilida-
de, e o predispoem para certos desvios.

Sua situação varia com a edades: no feto occupa
o estreito superior, occupa a cavidade abdominal, e
o fundo corresponde á quinta vertebra lombar.
O feto, paço que se vai a bracia desenvolvendo, de
elle para a escavação, de sorte que aos dez annos
corresponde o fundo ao nivel do estreito superior,
e, mais tarde, o orgão se encontra n'um plano mais
inferior.

O volume varia tambem nas differentes edades
e condições physiologicas: pouco desenvolvido
até os quinze annos, nesta epocha toma as dimen-
sões, que deve conservar até á idade critica: depois
começa a diminuir de volume, e como a atrophiar-
se.

Suas dimensões, em ao maior desenvolvimento,
são, termo medio, de sete a oito centimetros no di-
ametro vertical: de tres e meio a quatro no trans-
verso, tomado no fundo do utero; de um e meio no
collo. Proximo á epocha menstrual, toma segund.

Mr Cazeaux, quasi o duplo do seu volume. O pe-
zo é de vinte e quatro a quarenta grammas nas
puberes; de quarenta e oito a sessenta e quatro

nas multiparas, de quatro a oito nas de idade mais avançada.

Divide-se em duas partes: corpo, situado superiormente, mais volumoso, e comprehendendo mais de metade do orgão; e collo, menos volumoso e situado inferiormente. O ponto de junção destas duas partes, é marcado por uma leve coarctação. Notase-lhe uma superficie interna, e outra externa, a qual offerece duas faces, uma anterior, inferior, e a superior e posterior, e dois bordos lateraes, base e fundo, e apice. A face anterior ligeiramente convexa, é coberta pelo peritoneo nos tres quartos superiores, e fica em relação com a face posterior da bexiga por intermedio da serosa: o quanto inferior está unido ao fundo da bexiga por meio de tecido celular denso, de sorte que o utero, em seus servios, arrasta consigo a bexiga, e é ainda neste lugar que se dão as fistulas utero-vejicaes. A face posterior é mais convexa; o peritoneo a cobre em toda a sua extensão, e corre pròxe ao recto por intermedio da membrana serosa.

Os bordos lateraes são ligeiramente concavos, e por sua margem anterior dão inserção aos ligamentos largos, e arredondos.

O fundo do bordo superior é convexo, e he para cima e para diante, está coberto por voltas intestinaes, e no ponto de junção com os bordos lateraes forma dois angulos, d'onde partem

9
as trompas, e por baixo destas, os ligamentos dos
ovários. A extremidade inferior ou collo, e he-
para baixo, e para tras, offerece bem sensiveis
differenças, segundo a observação e mulher vir-
gem, multipara, ou em idade avancada. Ninguem
ainda não tem tido filhos, apparente a seguir
te disposição: na junção dos dois terços com
o terço inferior se insere a extremidade inferior
digo, a extremidade superior da vagina, ou len-
do um pouco mais na face posterior, do que
na anterior, deste modo fica o collo dividido
em duas porções denominadas supra e infra-
vaginal, a extremidade desta ultima parte
chama-se a tinea - é lisa, e levemente conica,
offerece dois labios, um anterior e outro posterior,
separa dos por uma fenda transversal, mais
larga na parte media, chamada orificio externo
do collo: nas virgens são taes suas dimensões,
que o dedo difficilmente as reconhece. A tal
compara a sensação que experimentamos quando
collocamos o dedo sobre o labulo do nariz, com a
que nos dá este orificio pelo exame vaginal.

O bordo anterior é mais exposto, e sobre um
pouco mais que o posterior. A tinea e todo o
collo, são perfeitamente lisos na mulher que
não tem tido filhos. Diverso é seu aspecto nas
multiparas: a porção infravaginal, vai-se

tornando cada vez menor e muitas vezes se encontram apenas, na parte superior da vagina, dois tuberculos, designando assim, em que ella existiu, donde se conclue que cada parto destrue uma porção: isto explica-se pelas tracções que a vagina exerce sobre o collo, quando, durante a gravidez, o utero se eleva: donde resulta tornar-se a inserção da vagina cada vez mais inferior, e a porção supra vaginal augmentar por este facto á custa da infra vaginal.

Descobrem-se na circumferencia do orificio bastantes desigualdades, e chanfros duras: seis a oito tuberculos se apresentão ás vezes, e o orificio com dimensões taes, que a extremidade do dedo anular pode penetrar; depois d'algum tempo, estas caracteres podem diminuir, mas nunca obliterar-se completamente, e por elles pode o medico reconhecer se a mulher teve ou não filhos.

A superficie interna do utero circumscreve uma cavidade, que podemos dividir em cavidade do corpo, e cavidade do collo: é triangular a primeira, tendo um orificio em cada um dos seus angulos; dois superiores que são as aberturas das trompas, apenas visiveis no estado de virgindade: o terceiro inferior communica com a cavidade do collo, e abre-se orificio interno do utero: as paredes desta cavidade estão em contacto, tornando-se todavia esta bem manifesta no estado de gravidez, ou quando ali se junta algum liquido. E' raro faltar esta cavidade: Restam dois

deu a M.^{te} Cruveilhier uma peça anatómica em que faltava a cavidade do corpo.

A cavidade do collo é fusiforme, e achada no sentido antero-posterior; tanto na parede anterior, como na posterior, existem rugosidades por tal forma dispostas, que podem comparar-se a uma folha de feto, e lhe chamão arvore de vida. Há aqui uns folículos muciparos em forma de aciculas transparentes, a que se dá o nome de *Quos de Naboth*.

Não pôde bem determinar-se, durante o estado de vacuidade, qual a estrutura do utero; mas resolve-se bem esta questão no periodo da gestação: pode-se então marcar. He um tecido proprio, e uma membrana externa ou peritoneal, uma interna ou mucosa, vasos e nervos.

O tecido proprio é cinzento, muito denso, e ao cortar-lo com o escalpello, sente-se como igual ao dos cartilagens. Compõe-se de fibras lineares, cuja natureza intima tem dado margem a innumeros debates: esta hoje admittido que são de natureza muscular, como se patenteia durante a gravidez, embora parece fibroso no estado de vacuidade, o que deverei attribuir-se a esse estado de condensação e atrophia, consequencia necessaria da inactividade em que o orgão então se acha.

A direcção destas fibras é bem difficil de marcar: fora da gestação cruzão-se em todos os sentidos; mas durante a gravidez offerecem

direcções mais ben determinadas. A membrana externa é constituída pelo peritoneo, que, depois de revestir a face posterior da bexiga, se reflecte sobre a face anterior do utero, formando os sacos tres quartos superiores: continua depois a estender-se sobre o fundo, e toda a face posterior, prolongando-se mesmo um pouco sobre a vagina, e por ultimo se reflecte sobre o rectum. Determina assim dois fundos de sacos, um anterior, outro posterior, onde existem circumvolucões intestinaes. Nesta sua demarcação, o peritoneo forma pregas transversaes, que constituem os ligamentos largos; outras entre a bexiga e o utero, são os ligamentos utero vesicaes; e entre o recto e o utero, os recto-uterinos.

Em quanto ás arterias uterinas, existem duas ordens d'ellas: umas nascem das ovaricas, outras da hypogastrica, que seguem os bordos do utero. As veias seguem o mesmo trajecto, e quando chegam á superficie das paredes uterinas, conservão apenas sua tunica interna. Os vasos lymphaticos do collo vão ter aos ganglios pelvicos, os do corpo, aos lombares. Os nervos tem tres origens; - do plexo ovarico, em pequeno numero, e destinados aos angulos e fundo, do plexo hypogastrico, que pertencem unicamente ao collo; - Fillos do grande sympathico, que accompanham as arterias e se distribuem no collo e partes lateraes do utero.

Descripção dos ligamentos largos.

Os ligamentos largos são duas dobras quadrilateras

do peritoneo, lançadas transversalmente da parte anterior dos bordos do utero, para as lateraes de escavação pelvica, alongão-se de hi para baixo até a extremidade superior da vagina. Offerecem duas faces, anterior e posterior, um bordo superior livre, e um inferior adherente. O bordo superior é subdividido em tres dobras, chamadas azas, ou simplesmente prolongamentos, os quaes contem o ligamento redondo, a trompa, e o ovario com o ligamento utero-ovariano. O prolongamento medio mais elevado e maior contem as trompas, e constitue a margem superior dos ligamentos largos.

Descrição dos ligamentos redondos.

Os ligamentos redondos, fasciculos situados um pouco abaixo da trompa, nascem dos bordos lateraes do utero, donde caminham para diante, para cima e para fora, levantando a dobra anterior do ligamento largo até ganharem o orificio interno do canal inguinal, onde penetram acompanhados por um prolongamento do peritoneo, dito canal de Nuck. Dividem-se pois em muitos fasciculos fibrosos, que vão perder-se no tecido cellular do monte de Venuz, no qual enchem o espaço da tunicida, e segundo alguns prendem-se mesmo a espinha do pubis.

Descrição das trompas

As trompas de Fallopio, ou tubas uterinas, ou oviductos são canaes ligeiramente flexuosos de

de quatro a quatro polegadas e meia de extensão, situa-
dos na espessura do prolongamento medio, ou su-
perior dos ligamentos largos. Sua extremidade ex-
terna, em forma de funil, é fluctuante, e abre-se na
cavidade abdominal; esta parte que tem recebi-
do o nome de pavilhão, é franjada nos bordos e
prende-se ao ovario por uma das suas franjas;
segundo M. Cruveilhier, esta união é feita por
um pequeno ligamento. Sua extremidade interna
muito mais delgada, fixa-se no angulo correspon-
dente do utero, em cuja cavidade se vai abrir por
um orificio de quatro a cinco millimetros de dia-
metro.

Descrição dos ovarios

Os ovarios testes muliebrs dos antigos principal-
mente, digo, principaes órgãos da geração nas mu-
lher, porque é destes órgãos que se forma a substan-
cia com que o sero feminino concorre para a gera-
ção (ovulo). são dois órgãos de forma oval, de qua-
tro centimetros de extensão, situados junto ao es-
treito superior da bacia, na espessura do pro-
longamento posterior do ligamento largo, que
os mantém em posição; posteriormente correspon-
dem ao recto, de quem muitas vezes estão separados
por algumas voltas do intestino delgado, e interna-
mente ao utero a quem se prendem pelo liga-
mento largo, e por um cordão ligamentoso, pro-
longamento do tecido proprio do utero, que tem
recebido o nome de ligamento do ovario.

A situação dos ovarios é differente segundo

as edades, e o estado do utero. No feto estão collocados na região lombar, a fim como o fundo da matriz. Durante a gravidez elevam-se com o corpo do utero, sobre quem se applicão. Depois do parto occupão as fossas iliacas internas, onde permanecem ás vezes por toda a vida, em consequencia de adherencias accidentaes. Não é também raro encontrar los revirados para traz e adherentes á face posterior do utero.

O volume não é sempre o mesmo. No feto, são mais volumozos proporcionalmente do que no adulto: diminuem depois do nascimento: augmentão na epoca da puberdade, especialmente por occasião das regnas: e atrophiam-se no velhice. Durante a gravidez e depois do parto adquirem ás vezes um volume consideravel.

Os ovarios apresentão um cor esbranquiçado, atirando para vermelho. Antes da idade da puberdade sua superficie exterior é lisa, e sem desigualdades; nas mulheres que temem de muitas vezes menstruada a superficie do ovario é pelo contrario rugosa, coberta de cicatrizes de enegridas e algumas vezes de echymoses, estas cicatrizes umas vezes são lineares, outras mais ou menos radiadas, tendo ás vezes uma pequena abertura que communica com o interior.

O ovario é envolvido em toda a sua extensão, menos no bordo inferior, pelo peritoneo dos ligamentos largos. Sua estrutura é a seguinte

mais curioso. Na mulher, e nos mammíferos são compo-
tos d'um tecido cellular parenchymatoso, contendo mui-
tas vesículas fechadas, cheias de succo, cercadas de va-
sos e condensado na superficie d'uma membrana al-
buginea que é revestida por um involucreo perito-
neal. Estas duas membranas estão unidas d'uma
maneira tão íntima, que é difficil separa-las.

O tecido proprio é d'um aspecto espongioso, e d'um
vermelho escuro; e nelle que estão mergulhadas
as vesículas de Graaf. Estas capsulas, ou alveolos
ovaricos examinadas em seu estado de desenvolvi-
mento completo, são formadas d'uma membrana
delgada, lisa, que adhere fortemente pela sua su-
perficie interna ao parenchyma: na mulher a
bolla, seu numero varia de oito a vinte e mais.

Parecem desenvolver-se successivamente porque
seu volume varia muito: as vesículas do ovario
seguem em seu desenvolvimento a mesma progre-
ssão que o ovario, e segundo os observadores moder-
nos, seu desenvolvimento é ligado d'uma maneira
essencial, tanto á menstruação como á fecunda-
ção. Em cada epocha menstrual, uma vesícula
se rompe, e depois cicatriza; esta cicatriz constitue
o chamado corpo amarello (*corpus luteum*). As ca-
psulas ovaricas estão cheias d'um liquido claro,
um pouco viscoso, coagulavel pelo calorico, no
qual o microscopio faz ver granulações redondas,
e dispersas. Tem-se achado ali agua, albumina,
gelatina e phosphato de soda (Gohn).

As arterias do ovario vem d'um tronco, que

que é commun com o corpo do útero, e que nasce da aorta ao nível da renal, e a arteria utero-ovarica de Mr Cruveilhier.

As veias, no lado direito, vão a' veia cava, no esquerdo, a renal, formando um tronco de cada lado, durante a gravidez, tornão-se muito volumosas.

Os vasos lymphaticos, que seguem as arterias, pertencem igualmente ao útero, e ao ovario, e vão a os ganglios lombares.

Os nervos do ovario dimanão do plexo renal.

Descriptos os principaes orgãos femininos da geração, concluamos dizendo alguma coisa sobre o mechanismo e logar da fecundação?

Cap. 3º

Theoria da concepção.

Segundo a theoria geralmente admittida, é preciso, para ter logar a fecundação, que o principio fecundante seja levado ao útero, desta a trompa, e desta sobre o ovulo: no momento em que estas cousas se passam, a pavilhão da trompa applica-se sobre o ovario, e abrindo-o de uma maneira intima, favorece a fecundação; depois, o ovulo fecundado, nos casos normaes, passa desta para o útero, onde se desenvolve; porém, suppondo que por uma causa qualquer o ovulo fecundado, em logar de ser lançado do ovario para a trompa, e desta para o útero, fique adherente em qualquer destas partes, ou mesmo cahe na cavidade abdominal, e ali se desenvolve, é facil de conceber como po-

podem ter lugar estas diferentes especies de prenhez citadas por Descimeris, confirmadas por grande numero de observações, e esclarecidas pela anatomia pathologica, como em occasião opportuna teremos de referir.

Passemos agora a descrever cada uma das especies de prenhez extrauterina, que atraz deixamos indicadas

Cap. 4.^o

Exame das Especies de Prenhez extrauterina.

Prenhez ovarica.

Consiste esta especie de prenhez no desenvolvimento do ovulo, depois de fecundado, no proprio ovario: podemos marcar ~~em~~ duas variedades, uma em que o ovulo depois de fecundado se desenvolve no interior da vesicula de Graaf, e outra em que rompendo a vesicula, e ficando adherente á superficie do ovario, ali se desenvolve: tem cada uma sua denominação, — a primeira é ovarica interna, e a segunda, externa: todavia, sobre esta primeira especie ~~de~~mittida por Descimeris temos visto numerozas contestações, que tem cahido em presenca das theorias actuaes da fecundação; porque a duvida versava apenas no modo como o ovulo encerrado na vesicula de Graaf podia receber o contacto do sperme, para ser fecundado.

Prenhez subperitonio-pelvica.

Nesta variedade de prenhez, o ovulo, depois de ter deixado a vesicula de Graaf não pode penetrar para a trompa por meio de sua abertura

externo; e assim, caminha por entre os dois folhetos do ligamento largo, e aqui se desenvolve, neste caso o ovulo fica na cavidade pelvica, e fora do peritoneo.

Grenhez tubo-ovarica.

Nesta especie de prenhez, o kisto fetal e formado, parte pelo ovario, e parte pelo parietal da trompa dilatada, cujas extremidades em seguida a uma inflammacao, sobrevinda pouco depois da fecundacao, tem contrahido adherencias com a tunica ovarica, sendo o ovulo detido antes de chegar ao utero.

Grenhez tubo-abdominal.

O ovulo, nesta prenhez, retido pela obliteracao da trompa, ou por uma outra causa, muito perto do parietal, pode desenvolver-se mesmo si entra da do canal, e dilatando as paredes por um dos pontos de sua superficie, fica livre na cavidade abdominal, e apenas suspenso na extremidade da trompa.

Grenhez tubarica.

De todas as especies de prenhez extruterina esta e sem duvida a mais frequente, porque por si so forma dois tercos das prenhez anormais. A disposicao anatomica da trompa explica satisfactoriamente esta frequencia, e o contrario seria mais de admirar, por quanto, sabemos que o ovulo antes de chegar ao utero a tem de percorrer, sendo este um canal, que vai sempre estreitando, em que o menor obstaculo a pode

detém e forçar a que se desenvolva antes de entrar em seu reservatório normal.

Grenhez tubo-útero-intersticial.

Esta variedade, no ponto de vista anatomico, é importante distingui-la da seguinte (útero-intersticial) com a qual muitos authors a tem confundido. Aqui o ovulo se detém e desenvolve na porção da trompa que atravessa a espessura das paredes uterinas: e ali depois de ter chegado a esta porção da trompa, o ovulo penetra para o tecido uterino, abandonando todas as relações com a trompa, em virtude do que poderíamos olhar, talvez esta ultima variedade como consecutiva a primeira.

Grenhez útero-intersticial.

Se vimos, quando estabelecemos o quadro comparativo entre esta especie e a precedente, que o ovulo, partindo do ovario, chegava até ao ponto da trompa que atravessa as paredes uterinas e introduzindo-se ali por uma via anormal praticada na espessura das paredes do conducto, penetrava no meio do tecido uterino, deixando por este facto todas as relações com aquelle conducto: assim, o que se envolve é simplesmente formado pelas fibras musculares da matriz; porém, como esta penetração se faz é coisa ainda hoje problemática. Sabe-se que M.^o de Blainville, examinando a regina d'uma fôrça, achou um conducto particular, que tendo seu orificio exterior de cada lado do meato urinario, se encaminhava pela espessura

das fibras musculares, restringindo-se no meio do cõllo
uterino: porém não se continuava da mesma forma
pela espessura da matriz, porque seguindo o corpo
do útero em uma certa extensão, e desapparecendo em uma
outra, esse dirigia parallelamente á ponta corres-
pondente pela espessura do ligamento largo. Mr.
Beaudelocque parece ter sido mais feliz, porque
encontrou na mulher alguma coisa a isto seme-
lhante, como se pode colligir lendo o facto que elle com-
municou a academia de medicina em 1826.

Grenhez utero-tubarica.

Esta especie não admite duvida, porque é fa-
cil de conceber, como apesar da livre communica-
ção da trompa com a cavidade do útero, o ovulo in-
troduzindo-se n'uma pequena prega, ou deprehão
da mucosa, se de torção e contrahção adherencias a
ponto de se desenvolver, parte na trompa, e parte
na cavidade da matriz: condição necessaria pa-
ra constituir a especie em questão.

Grenhez utero-tubo-abdominal.

Nesta prenhez o kisto fetal invade o útero,
a trompa, e a cavidade peritoneal. Partura, Hunter
Hoffmeister citão exemplos em que se tem achado
o feto contido na cavidade abdominal, e o cordão
partindo do umbigo, penetrar no canal tubarico,
percorrendo toda a sua extensão, indo implan-
tar-se na placenta, que estava inserida sobre
um dos pontos da superficie interna do útero.

Grenhez abdominal

Chegamos com effeito á ultima das especies conhecidas de prenhez extra-uterina: por muito tempo contestada, e hoje completamente demonstrada por um grande numero de factos observados, quer nas mulheres, quer nas fêmeas d'outros animaes, de modo que se torna impossivel negar sua existencia.

Nesta especie, o producto da concepção desenvolve-se na cavidade parietal, não tendo relação alguma, nem com o ovario, nem com as trompas, nem mesmo com o utero, pelo menos quando a fôrça é tão afastada, que o feto pode ser levado para os pontos mais distantes da cavidade abdominal, contrahindo com qualquer d'elles adherencias: nasce esta, que tem feito algumas vezes confundir esta especie com a ovarica.

Tem-se achado a placenta inserida sobre o ovario, ligamentos largos, fossas iliacas, na parte anterior do sacco, no mesenterio, nas paredes anteriores do abdomen, e sobre quasi todas as visceras desta cavidade.

Parece nos logar proprio, para digermos, que a anatomia pathologica nem sempre tem indicado, d'uma maneira precisa, o logar onde se primitivamente se desenvolve o ovulo, e que se pode attribuir á numerosas desordens que accompanham o feto, e as adherencias que este contrahе com os tecidos vizinhos.

A produccão desta prenhez é facil de comprehender, attendendo á disposiçáo anatomica das

das partes, em vista das quaes é para dominar que não seja mais frequente. Bianchi (Bibl. de Plon) pensa, que o não serem mais frequentes é devido a que a maioria dos germens, que escapão para a cavidade abdominal, morrem antes de contractarem adherencias com a membrana serosa, que os recebe. No entanto apesar do grande numero de factos observados, tem sido, como já dissemos, negado por alguns authors, dando como motivo, o peritonéo não ser sufficientemente vascular para fornecer os elementos necessarios ao desenvolvimento do ovulo; todavia, os factos contestão evidentemente esta opiniao.

Cap. 5º

Etiologia

Já sabemos quaes são as condições necessarias para o ovulo fecundado passar a' trompa, e desta ao utero: quando estas condições se não derem o ovulo pode desenvolver-se fora da cavidade uterina, dando por consequencia lugar a' prenhez extrauterina, porém é á'pezas difficil indicar d'uma maneira certa quaes são os accidentes, que podem facilitar a produccão d'esta prenhez, assim podemos dizer, que suas causas são obscuras, e as que tem sido invocadas para explicar seu desenvolvimento são, permittir-se nos a'phorize, ainda problematicas. Numerosos factos parecem provar, diz Cazeaux, que um terror, uma noticia qualquer de consideração, uma surpresa, e outras

cozas desta ordem, coincidindo com a fecundação, po-
dem ser sufficientes para que o ovulo, que acaba de
ser fecundado não seja transportado ao utero.

Em tres observações citadas por Baudeloque, Pel-
lier, e Lallemand, diz Melpreau, a concepção extra-
uterina, parece ter sido effectuada no momento de
grande espanto, produzido pela lembrança d'un
objecto esquecido, e as outras por uma desordem ines-
perada, recendo a mulher ser presa em flagrante
delicto; todavia, não se tem verificado mais ca-
sos em identicas circumstancias, por ipso, não pode-
mos considerar esta explicação, se não como uma
hypothese plausivel; porém Cazeaux adianta mais,
dizendo, que apesar da authoridade d'aquelles que
tem admittido esta opinão, a elle lhe parece
inadmissivel, por que não é no momento da in-
fecundação que o ovulo abandona o ovario, mas
sim algum tempo antes ou depois.

Cap. 6.^o

Symptomtologie

Trataremos neste capitulo não só dos signaes
por meio dos quaes podemos d'algum modo reco-
nhecer a existencia da prenhez extrauterina, mas
tambem do diagnostico differencial, que são dois
pontos de bastante importancia, e sobre que ainda
existe grande incerteza, comprehendendo-se bem que
se a prenhez normal pode ser algumas vezes des-
conhecida, com mais forte razão o sera a extra-
uterina; porque innumeraveis tumores se podem
desenvolver na cavidade abdominal, e pelvica;

14

Poderíamos dividir os signaes, a exemplo de
Guardien, em racionais e sensiveis, porém não afi-
zemos em consequencia de não ser uma funcção que
se execute regularmente, e todos os caracteres serem
por assim dizer, incertos. Guardian sobre este ob-
jecto foi muito affirmativo, dando aos signaes
sensitiveis grande valor, que na realidade não me-
recem.

É claro, que nos primeiros tempos, e antes de
epochas, em que apparecem os signaes certos da
prenhez ordinaria, o diagnostico deve appresen-
tar grandes difficuldades, todavia ainda mais
tarde, quando os movimentos do feto se manifes-
tao, as pulsações do coração podem ser ouvidas,
e o diagnostico pode d'algum modo estabelecer-
se, resta muitas vezes incerteza, porque a marcha
da prenhez anormal, e da ordinaria pode appresen-
tar em certos cazos uma analogia tal, que se torna
difficil de as distinguir.

Na maioria dos cazos, os phenomenos sympomaticos
que acompanham a prenhez ordinaria, manifes-
tao-se na ex tra uterina; as perturbacoes do appa-
re lho digestivo, os enjões, e os vomitos, notao-se mu-
tas vezes; e parece nos pouco razoavel q'aver m.
t. Peto que as mulheres não vomitem durante
o periodo da concepção anormal, quando isto se
dá muitas vezes na ordinaria.

A tumefacção das glandulas mammarias tem
muitas vezes lugar, tornando-se a sede de picadas,
dóres, e secreção feiçtoza, como na ordinaria.

A menstruação é as mais das vezes supprimida:

Ant. Petit elle a diminuição das regras, que continuam a correr nas épocas ordinarias como nação para não suspeitar a prenhez extra-uterina; Parece-nos com tudo sufficiente, para não darmos valor algum a este signal, lembrar que acontece algumas vezes nas ordinarias.

M^r. Velpeau note, que se os seios não soffrem mudanças nem segregação de leite, se o ventre é desigual, se o desenvolvimento desta parte é mais rapido, fazendo se principalmente sobre um dos lados, se os movimentos fetaes se fazem sentir a travez das paredes, com apparencia de muy delgadas, se o utero fica menos volumoso, digo fica pouco volumoso, é possível ser uma prenhez extra-uterina, com tudo, não fallar estes signaes, porque apparecem algumas vezes nas ordinarias.

Os accidentes numerosos, que dizem acompanhar esta prenhez, Guandin ella os tambem como illusorios, porque em muitos casos acompanham a verdadeira prenhez. E sobre tudo no exame dos organos genitales, e principalmente no utero, que devemos procurar os signaes mais preciosos para chegarmos ao seu conhecimento. As modificações que o utero experimenta são differentes, segund a especie de prenhez, isto é facil de perceber, porque se o ovulo tiver conexões intimas com o organo gerador, se se desenvolver no lugar onde a trompa penetra no tecido uterino, e com mais forte nação ainda, se for no tecido proprio, o utero se guina até um certo ponto o seu desenvolvimento, e entao será mais volumoso, e os signaes foma-

18

fornecidos pelo toque do cello poderão fazer acue-
ditar a existência d'uma prenhez ordinária.

Simmons e Bertrandi citão dois casos de fetos
desenvolvidos nas trompas, produzindo augmento
sensivel no volume do utero, no caso observado por
Simmons, o utero tinha adquirido o volume de uma
prenhez natural.

Cap. 7º

Marcha, duração e terminação

É facil de conceber, que a marcha e duração da pre-
nhez extrauterina deve apresentar muitas irregu-
laridades.

As numerosas variedades fazem com que seja im-
possivel estabelecermos regras, que expliquem os
diversos casos: o lugar onde se desenvolve o feto, a pro-
ximidade de certos orgaos, o estado de integridade ou
de doença das partes sobre as quaes o ovo se fixa, o
modo de se fixar, todas estas circumstancias, e mu-
tas outras tem uma accção mui manifesta sobre a
marcha e duração da prenhez.

Não já notamos, falando do diagnostico, as dif-
ficuldades, que se apresentam para diagnosticar
nos primeiros tempos de sua evolução, e em geral dif-
ficil, ser só possivel reconhecerlo depois do histo-
rio feito, progressos sensiveis, e quando os accidentes
sobremaneira denunciarem sua existencia.

Ainda, para nos certificarmos mais de que a mar-
cha e duração soffrem immensas irregularidades, po-
deriamos citar numerosas observações, porém limi-
tar-nos-hemos a uma de M.^{te} Riquier em uma mu-
lher de trinta annos, entrada a 16 d'Agosto de 1852
no hospital de Beaujon, grávida a 4 annos, que

succumbindo a 15 d'Abri! de 1853; e sendo autopsiada 29 horas depois de morta, pelas alterações encontradas no abdômen, se notou a existência d'un feto de termo, abertura espontanea do sacco no Siliaco do colon, ruptura do peritonio, e peritonite.

Relo que respecta aos phenomenos ovológicos, são os mesmos que na prenhez normal; o feto desenvolve-se de uma maneira regular, as membranas do ovulo são evidentemente a chorion e amnios, em uma discussão suscitada na Academia de Medicina, muitos membros contestarão a existência destas duas membranas, existencias que numerosas disseccções tem posto fora de duvida.

M. Jacquemier diz que é mais facil admitir a existência, e disposição d'uma membrana caduca, formada pelo organismo maternal. As poucas observações que podêmos consultar, tem pouca precisão a este respeito; todavia, vimos em grande numero a confirmação da existência, d'uma superficie do chorion, d'uma terceira membrana, ou camada de tecido branco cellulozo, que une a chorion aos tecidos ou órgãos com que estava em relação. Esta camada deve ser considerada como identica por sua composição, e usas a caduca uterina; é preciso porém não a confundir com os productos pseudo-membranosos, resultad d'uma inflamação do peritonio, ou do kisto, que sobrevem pelas desordens, ou pela permanencia do ovulo na cavidade que o encerra. Nestes casos, não se pode distinguir a caduca dos productos de inflamação adhesiva, com as quaes tem grande analogie. M. Cazcaux admite a existência desta membrana

membrana de involucro, e deste kisto na prenhez abdominal primitiva.

Em quanto ao modo como termina a prenhez extra uterina, é raro que elle se prolongue além do 2.^o ou 5.^o mez, e mais raro ainda é percorrer toda a duração da prenhez normal; porque o mais frequente é que a distensão progressiva das paredes do kisto determine a ruptura antes de ter chegado ao seu maximo desenvolvimento, no entanto ás vezes os involucres fetaes resistem, e se o feto não succumbe por falta de nutricao ou por algum outro accidente, desenvolve-se até ao termo, e continue mesmo a viver algum tempo ainda depois de passar o nono mez.

Ordinariamente, a prenhez extra uterina, termina pela abertura do kisto, por hemorragias, ou por peritonite aguda.

Em quanto a ruptura do kisto, é na prenhez tubarica, onde se nota mais frequentemente denunciando-se pela terminacao, dige, denunciando-se esta terminação na maioria dos casos por hypothyrias, synapses, convulsões, dores. Em seguida a estes temos as ovarianas, intersticiaes, e tubo intersticiaes, e sub-peritoneo-pelvicas e abdominaes.

A prenhez extra uterina pode comecar a desenvolver-se ou nas trompas, ou nas paredes do utero, constituindo o que se tem chamado primitivas; ou pelo progressivo do seu desenvolvimento, rompendo as paredes do organo, que lhe deu asylo, sair da sua cavidade, dando lugar ás consecutivas.

A epocha em que se faz a ruptura tem lugar geralmente, diz M.^r Dessemeris, antes do fim do 2.^o mez na prenhez intersticial, do 4.^o nas tubaricas, um pouco

mais tarde nas ovaricas, e ao 3.^o nas abdominaes. Nestas ultimas pode ir mais longe, até mesmo ao fim de muitos annos. Gæstorp (de Copenague) citou um caso excepcional d'uma prenhez tubarica, regularmente desenvolvida até aos nove mezes.

A morte do feto pode ter lugar, ou no momento da ruptura do kisto, o que é mais frequente, ou quando a prenhez tem chegado ao nono mez no momento das dores do parto, ou mais tarde ainda.

Pelo que respeita aos phenomenos consecutivos destas rupturas, diremos que inflammacões mais ou menos rapidas podem ser determinadas pela passagem do feto, ou de suas dependencias para as partes não costume-das a seo contacto; e que tambem o feto pode, creando-se uma nova habitacão, ou um novo kisto, soffrer certas transformacões, que lhe permitthão demorar-se mais ou menos tempo nos tecidos, como no estado de matricia gorda, substancia opififorme, ou d'uma especie de mu-mie.

O kisto, em vez de se retrair sobre o feto, que se indurece e momifica, torna-se algumas vezes a sede d'uma serosidade abundante; neste liquido mais ou menos espesso, mais ou menos transparente, umas vezes escuro, outras vezes avermelhado, flutuam os fragmentos do feto. Tem-se praticado nestes casos a paracentese, e tem-se obtido sahien pela canula porções decabêllos.

Não é mais frequente existir serosidade no ovulo, do que puz. Os exemplos desta terminacão não são raros: ao mesmo tempo que o liquido purulento se forma no interior do sacco, uma inflammacão adhesiva o fixa ás partes circumvisinhas por adherencias mais

25

em menos extensas; adherencias que podem mais tardar
prevenir um derramamento no peritoneo, e permitir
tir em casos determinados praticar os debridamentos.
Porém, as couias nem sempre apertam se papão, a inflamação
maciça pode invadir de dentro para fora todas as
camadas organicas que separam o canal do exterior, a
pelle levantar-se, tornar-se vermelha, adelgascar-se,
e acabar por se perfurar, abrindo assim um caminho
para dar saída ao feto e ao pus.

Finalmente a eliminação do kisto fetal pode
ter lugar por ulcerações estabelecidas na região um-
bilical, ou hypogastrica, na bexiga, na vagina e no
recto: não é raro com tudo achar exemplos d'estas
aberturas multiphas.

Por ultimo diremos que os esforços que a nature-
za faz para desembaraçar o organismo, terminão
algumas vezes por uma cura completa, porque to-
das as partes do feto são successivamente elimina-
das: o kisto se despega e limpa, botões carnosos se
elevão na sua superficie, succedendo ao tumor pri-
mitivo uma massa, ou um cordão fibroso e duro;
porém esta feliz terminação nem sempre tem lugar,
tendo muito declive o fundo do feto purulento, e pus
se accumula algumas vezes, e fica estagnado nas
fossas iliacas, ou na pequena bacia, carecendo d'u-
ma contra abertura para a saída; porém a profun-
didade do kisto, o trajecto sinuoso que o pus per-
corre, podem tornar-se mais difficil, e mesmo in-
possivel, determinando muitas vezes uma fistula
inevitable.

Cap. 3º

Tratamento

É de certo impossível dar um tratamento unico para todos os casos, e para todas as epochas de prenhez extra uterina, a marcha d'esta affecção é tão variavel que lhe não podemos assignar o modo de terminação.

Quaes são pois os meios que temos para expor os principios geraes de therapeutica? É preciso examinar os diversos casos em que o parto se acha estabelecido as hypothesees depois do conhecimento das observações publicadas, e sendo bem determinadas as circumstancias particulares discutir e concluir se a arte deve ou não intervir, e se intervir, que processos devem ser seguidos. Em fim estabeleceremos, para maior intelligencia, categorias a exemplo de Mr. Deseniéris no seu trabalho muitas vezes citado, e de Mr. Gerdy, n'uma relação lida na academia de medicina em agosto de 1841.

1.º Quando a prenhez marcha e se desenvolve d'uma maneira regular, sem accidentes graves, e percorrendo os nove mezes sem outros symptomas mais que os que lhe são proprios

2.º Quando o producto de concepção se desloca antes, ou no termo da prenhez.

3.º Quando o trabalho tem lugar antes de romper a membrana.

4.º Quando roto o histio a natureza não emprega es- forço algum para a eliminação do feto.

5.º Quando tem lugar uma tórdena manifesta.

6.º Quando a expulsão do feto se faz no todo ou em parte.

No 1.º hypothese, quando a prenhez percore suas

suas phasas sem accidentes, inutil é a ante para evitar os perigos, a que a mãe está exposta pelo simples facto do desenvolvimento regular do ovulo. Seria na verdade de um grande beneficio, se podessemos evitar os accidentes antes de chegar a um certo volume: deste modo morreria o feto sem duvida, porém não ficava salva a mãe victima, na maioria dos casos, quando o ovulo se desenvolve n'um lugar insolito. Parece nos que arriscar a mãe pelo feto, cuja vida futura é muito incerta, seria um acto anti-racional. Quaes serão pois os meios de chegarmos ao fim desejado? Não nos responsabilisamos a indicar los: citaremos no entanto a opinião de dois respeitaveis authors.

Mr. Desomeris diz, que á um caso em que o Dr. Schlessier para impedir o desenvolvimento do ovario, prescreve sobre a parede abdominal fricções com pomada mercurial, empregando nestas por espaço de um mez 160 grammas sem produzir salvação.

Não comprehendemos como as fricções mercurias podessem dar um tal resultado.

Mr. Vallinier emittio a idea de que as descargas electricas levadas sobre o bisto por meio das agulhas de acupunctura, poderiam talvez ser ensaiadas com successo. Reservamo nos para a experiencia, a fim de sancionar esta tentativa que nos parece a priori poder experimentar-se.

A vista do exposto, vemos que é mui difficil prevenir os accidentes futuros por meio da suspensão do desenvolvimento do ovulo: a fim offerece se nos naturalmente outra questao: deve ou não ser extirpado, como uma producção morbida, nascida no

no ovario? - Na verdade, digo. Na resolução desta ques-
tão apresentão-se dois casos: o 1.º quando o kisto se
desenvolve no peritoneo; e o 2.º quando a prenhez sen-
do sub-peritoneo-pelvica, collocada atraz da vagina,
e formando uma massa, for apenas separada do de-
do do observador pela parede posterior deste condu-
cto.

No 1.º caso, a extirpação não pode ser feita se não
por meio d'un incisão sobre a parede abdominal; ope-
ração grave por sua natureza, pelo facto de ser ex-
posto o peritoneo ao ar atmosphérico, sujeitando
por este meio a mãe a um novo perigo: não se falando
ainda em um outro, ligada a natureza do tumor, porque
aqui não se trata d'un kisto seroso do ovario, que é
uma massa sem adherencias e sem vasos volumosos;
mas sim d'un ovulo humano, isto é d'un sacco em
que sobre um ponto de suas paredes está implanta-
da uma porção de vasos, fixando-se intimamente
aos orgãos com quem está em relação.

Um medico de Berlim praticou a gastrotomia
para extirpar um ovulo extra-uterino, e notou que
o tumor abdominal era constituído por materias
fecaes endurecidas, e que detidas no collon descenden-
te, tinham feito crer a presença d'un feto. Outros mu-
lheres habéis cirurgiões tem praticado esta perigosa o-
peração, encontrando tumores d'uma outra especie.

No 2.º caso que supposmos, sendo a prenhez sub-
peritoneo-pelvica, fazendo o tumor saliência na va-
gina, diremos simplesmente que, alen d'haver exem-
plos de kistos serosos punccionados, incisados, e mes-
mo de fetos extirpados por esta via, pensamos
que devemos abster-nos de tal pratica, em presença

do perigo real aquese se oppõe a mãe pela abertura da serosa abdominal e das terminações felizes que podem ter a prenhez extr. uterina.

Na 2.^a hypotese, isto é, quando o producto do concepção se desloca antes, ou no termo da prenhez, temos dois casos a considerar: 1.^o Quando a ruptura do ovulo tiver sido feita antes do ultimo periodo da prenhez, nos primeiros mezes não podem os perigos prejudicar se não a mãe, porque o feto necessariamente está morto. Então podem sobrevir hemorragias, inflammacoes, determinadas pelo desrromamento do liquido amniotico, e do sangue em maior ou menor quantidade, e do contacto do feto com a serosa abdominal, e finalmente accidentes nervosos. Aqui é toda a operacao contraindicada: limitar-nos-hemos a suspender a hemorragia, e prevenir a inflammacao consecutiva por meios curativos; taes são os calmantes, antispasmodicos, sangria epistaxial e immobibilidade. Mas nem sempre a arteriomeia a peritonite, e os doentes succumbem.

2.^o Quando a ruptura do ovulo se opera para effeito da prenhez por effeito d'um esforço violento, ou mesmo d'um trabalho analogo ao do parto, deve variar a conducta do cirurgião conforme a diversidade dos casos. Se os symptomas accusarem a ruptura do histo gerador, o perigo de hemorragia é tanto maior quanto mais volumosos forem os vasos. Em taes circumstancias mais vale, diz M.^r Gersy, deixar morrer doente, do que mata-la. Praticar a gastrotomia é favorecer a hemorragia, augmentar os accidentes nervosos, e a nastar a morte a doente.

Mas se os phenomenos immediatos da ruptura do kisto, da passagem do feto, dos derramamentos do peritonio forem calmados, se soffrendo a mulher dores de parto no fim d'um tempo variavel, convulsões no abdome, pallidez de face, frio nas extremidades, frequenz de pulso, symptomas annunciando uma hemorragia interna, tiverem desaparecido estes symptomas, então parece nos a proposito praticar-se a gastrotomia. Em casos identicos tem elle sido praticada com successo, sendo um d'elles a doente operada por Matthews, em que a hemorragia e accidentes nervosos estavam de todo calmados e detidos.

Na 3.^a hypothese, em que antes da ruptura do ovulo tem lugar um trabalho analogo ao do parto, dizemos que temos de suppor o ovulo chegado a sua maturação, e a natureza a se forçar-se para o expellir, o que é impossivel pelas vias naturaes. Nestes casos a mulher faz esforços inuteis que vem a terminar desgracadamente depois de muita prolapis mos na ruptura do kisto, e em suas consequencias: chegado este ultimo periodo, o tratamento é exactamente o mesmo que vimos de discutir. Quando a mulher entra no trabalho igual ao do parto, alguns praticos tem recorrido aos opiados, sangria e banhos, e se estes meios fizerem fraquezar as contrações, então lanção mão dos meios emmenagogos e peroperatorios para os activar: outros he que se administra immediatamente.

Pelo que respeita ao feto, a gastrotomia, o cromo dos certas circumstancias, é utilissimo: por que cotto, cado elle n'um ponto opposto para a vida, se o aban-

abandonarmos no hiato as contrações poderão produzir a ruptura deste, e se a ruptura não tem lugar, e excedendo o termo da prenhez a morte do feto é inevitável. Affirmo pelo que respeito ao feto temos por indicadíssima, nestes casos, a gastrotomia.

Esta operação tem tido maiores successos do que a cesariana, praticada na prenhez normal: porque não tem uma divisação tão extensa a fazer sobre o tecido vascular, como o do utero. Quando se tornar saliente a cabeça do feto no recto, ou na vagina, a incisão rectal, ou vaginal será a mais conveniente. Ao Dr. Pignon apresentouse uma mulher que abortára na primeira concepção, e, na segunda, tivera uma prenhez extrauterina. A extremidade do feto fazia uma saliência na vagina: fez-lhe uma incisão sobre a parede exterior: o feto foi extrahido vivo, e a mãe succumbio. No outro caso, de que fello Blaque, o Sr. Lucas extrahiu por uma incisão rectal um feto de cinco mezes, e a mãe morreu.

Na 2.^a hypothese em que supponmos roto o hiato, não empregando a natureza esforço algum para a eliminação do feto, é mais prudente esperar e vigiar os progressos da doença, do que tentar uma operação em taes circumstancias. Aqui a arte não deve recorrer senão aos palliativos, por exemplo ao emprego das cintas hypogastricas para suatar a parede abdominal ou prevenir a compressão do recto com a bexiga.

Na 3.^a hypothese, em que consideramos a existência d'um trabalho que tende á eliminação, a indicação racional é favorecerla: então serão prescriptos os

os banhos, as cataplasmas emolientes applicadas sobre a parte que annunciar a inflammacao ou suppuração subcutanea; injectões repetidas, se o trabalho tiver lugar do lado da vagina ou do recto, e finalmente, abertura dos abcessos no caso de se formarem, sendo com tudo mais prudente esperar a perfuração espontanea; porém, no caso de ser necessaria a operacao, devera ser praticada, ou sobre a parede abdominal, ou sobre a vagina, ou recto, segundo os casos. Não são raros os exemplos de gastrotomia feliz, nestas circumstancias.

Na 6.^a hypothese finalmente, em que supponmos uma ulceracao operada espontaneamente, ou por ajuda de arte, podendo ser demonstrada a presença do feto com o estilete, ou mesmo pela saída d'algum de seus fragmentos; a operacao que deve ser praticada, não pode ser ao certo indicada d'uma maneira geral.

As condições em que se pode achar o feto são tão variaveis, que a particularidade que se apresentar e que nos hade indicar, o processo a seguir. O feto pode estar situado acima do estreito superior da bacia, ou na escavacao, e as operacoes entao applicadas para sua extracção podem ser divididas em dois grupos; - as que se praticão acima do pubis, e as que se praticão abaixo. São ellas o debridamento, gastrotomia, incisões vaginaes ou rectaes, e a tálha, havendo para cada uma precauções, que devem ser tomadas em linha de conta.

Debridamento - Pode ser indistinctamente praticado acima ou abaixo do pubis, e baseado sobre a existencia de adherencias extensas, desenvolvidas pela inflammacao entre as serosas parietal e visceral. Sua applica-

applicação será principalmente vantajosa, quando a ulceração for produzida sobre uma parte declive: e pois não poderá então estagnar-se no fundo do fôco, e a formação de fistulas consecutivas será menos provável. Devese praticar o mais largo possível sobre as partes do feto que se apresentarem, quer sobre a parede abdominal, quer na vagina ou no recto. E si parte mais declive da solução de continuidade de ulcerosa que deverá ser levada a bisturi: porque apenas diminuirá a profundidade dos focos purulentos.

Gastrotomia - Esta operação é habitualmente praticada por uma secção sobre a parte lateral da linha branca: devendo a incisão ser feita sobre o ponto mais proeminente, ou n'aquelle em que se julgar sentir a cabeça do feto, isto é, sobre sua extremidade mais volumosa.

Elythrotomia - Como a preteza sub-peritoneo-pelvica é a paz frequente, o tumor formado pelo ovulo ven. Fazer saliências sobre a parede posterior da vagina, tem-se preferido a gastrotomia a secção vaginal: 1.^o porque o feto é mais appropimado do instrumento e dos dedos: 2.^o porque a abertura é collocada n'uma parte declive, facilitando o corrimento dos líquidos: 3.^o em fim, porque o peritoneo não é cortado.

As mesmas considerações são applicadas á secção rectal.

Cystotomia - Finalmente nos casos em que o feto, ou algumas de suas partes tem cabido na bexiga, a secção desta deve ser feita para pôr termo ás desordens que acompanham a retenção d'urina, e pela suppu-

supuração que enfraquece o doente de dia para dia, po-
de ser feita acima ou abaixo do pubis, mas a escolha
do lugar não é livre, porque o cirurgião deve apressar, na
parte em que o tumor fizer saliência, ou em que uma
abertura fistulosa estiver já estabelecida. Neste últi-
mo caso engrandece-se, fazendo um verdadeiro debrida-
mento.

Cap. 9º

Anatomia pathologica

Exame anatomo-pathologico da prenhez extra-uterina
envolve as particularidades, que apresenta o producto da
concepção, e as que offerecem os órgãos genitales da mãe.

Producto da concepção - Ordinariamente nas prenhez
extra-uterinas o ovulo tem suas membranas proprias, picho-
rion, amnios, e sua placenta, quando o embrião não suc-
cumbre nos primeiros tempos de sua existencia; as excepções
são rarissimas, como se collige das observações de Patena,
Courty, e outros.

Em certas variedades, uma exsudação plastica he cons-
titue uma terceira membrana, que tem sido ollhada como
analogia á caduca. A placenta geralmente é selgada,
seus vasos são pequenos, e disseminados, outras vezes for-
ma-se uma só massa, como na prenhez uterina, e pode ain-
da acontecer tomarem os vasos um volume consideravel,
como se observou nos casos referidos por Mr. Cuveilli-
er. Estas disposições são importantes, explicão cer-
tas hemorragias mortaes, e podem impedir o parto
em certos casos de tentar alguma operação. Os vasos
da placenta podem ser reunidos, agglomerados, e mu-
to adherentes, ou vice-verso, como acontece n'algumas
prenhez ovaricas e abdominaes.

A composição das paredes do kisto varia segundo

a especie da prenhez: assim na tubarica são formadas pelas paredes da trompa; na ovarica pelo tegumento do ovario e peritoneo correspondente; na uterina pelo peritoneo pelvico, ou quando o ovulo, primitivamente fixado no ovario, na trompa, ou no utero, e' depois lançado por uma ruptura, qualquer do kisto, que o encerrava, sobre um dos pontos da cavidade abdominal, então forma-se um kisto pseudo-membranoso que representa a radice uterina, e que é resultado de inflammacao determinada pelo ovulo. Este kisto não existe na prenhez abdominal primitiva de Mosemeris.

Esta circumstancia é por elle explicada do seguinte modo: apenas o ovulo fecundado cae na cavidade do abdomen, não pode provocar, por sua pequenez, senão uma leve excitação sobre o ponto, que o detém, e os limites desta excitação pouco excederão a area tocada pelo corpo estranho; quer dizer, não pode causar inflammacao tal, que determine adherencias e exsudacoes plasticas, capazes de formarem um involucre. todavia, na prenhez abdominal secundaria existe um kisto de paredes mais ou menos espessas, podendo estas ser d'uma espessura desigual nos differentes pontos de sua extensao, como se notaria em caso citado por M. B. Dubois. Encontra-se nestas prenhez uma organisacao analogá á que se dá quando uma hemorragia pouco consideravel se fez na cavidade abdominal, determinando apenas uma pequena inflammacao: então o sangue espolhado se coagula, sendo uma parte absorvida, e a outra se isola das partes vivas por meio d'un kisto, tudo subordinado a uma lei natural.

e nas presenças em questão, passa-se os mesmos phenomenos, porque o ovulo faz officio de corpo estranho, e é por assim dizer, tratado pelo organismo como o coagulo sanguineo mencionado.

Pode acontecer que o kisto fetal, em seguida a seu crescimento, produza nas partes vizinhas uma inflammacão tal, que determine adherencias, e o começo d'um novo kisto destinado para conter o feto, quando por alguma causa qualquer o antigo kisto se destruir, servindo aquelle de prevenção, a fim de impedir o derramamento dos liquidos contidos, prevenindo por este meio graves accidentes inflammatorios.

O kisto, como acabamos de ver, pode ser perfurado por trajectos fistulosos, e communicar com o canal intestinal, com abscessos, com a bexiga, e com o utero.

Pelo que diz respeito ao feto, diremos, que elle se encontra na maioria das vezes desenvolvido, como se os tivesse no utero, e algumas vezes em um estado notavel, pelo que toca a conservacao. O systema ossico tem se achado mais avancado em certos fetos extrauterinos, do que é costume nos de termo, bem como tambem em alguns se tem encontrado a ereccao dentaria comecada.

Orgãos genitales da mãe. - Passamos agora a occupar-nos, a fim de terminarmos nosso trabalho, das modificações importantes que soffre o organismo da mulher, quer nas proximidades do kisto anormal, quer nos orgãos genitales.

Surpreende-nos sem duvida a actividade vital, que se desenvolve nas partes que recebem anormalmente o producto da concepção, qualquer que seja o grau de vascularidade, desenvolvendo-se vasos, como por encanto; e, por assim dizer, como a planta nova

20

que com mais rapidez se desenvolve achando um termo no fômito e proprios. O apparelho gerador como temos visto, tambem se regente, como por contra, fraccado: o volume do utero muitas vezes se augmenta, e o tecido torna-se esponjoso, forrando-se até internamente d'uma pseudo-membrana, como se o ovito se tivesse ali desenvolvido. Especificando mais diremos, que alem das modificações passadas na organisação das partes contidas, o apparelho gerador tambem soffre alterações notaveis, desde a epocha em que a prenhez extra-uterina começa a ser conhecida, até a sua terminação, augmentando de volume e modificando o tecido por differentes formas.

Diversas observações e factos tem comprovado aque-
rimos de oppender. Baehmer observou dois casos de augmento de volume da matriz em que o tecido estava mais esponjoso e mais penetrado de sangue, tendo sua cavidade forrada por uma falsa membrana. Leret nota um facto em que encontrou o utero consideravelmente volumoso.

Hunter foi o primeiro que achou a membrana que reveste internamente o utero, e Haller, que a elleo como analogo a caduceo.

O augmento que o utero adquire não é em geral de longa duração, porque ha casos em que elle volta, pouco a pouco, a sua primitiva, e que se explica pelo facto de se encontrar algumas vezes com o volume normal, em casos de prenhez extra-uterina, da tardo de muitos mezes e annos. Turnbull demonstrou este phenomeno n'um caso de prenhez seis mezes depois do termo natural.

Ha casos observados e citados por diferentes au-
tores, de acharem o utero com os caracteres que ordi-
nariamente apresenta no estado de vacuidade, como
por exemplo, o de Maltet, em uma prenhez de vinte
dois annos, o de Bianchi, de quatorze annos, e o de Fort-
bergh, de seis annos.

Remataremos, dizendo que foi Clarke o primeiro
que notou a existencia no collo do utero d'uma sub-
stancia gelatinosa, circumstancia que tem sido apoi-
ada por ultteriores observacoes.

L

Proposições

27

1ª

Operações. A amputação com retalho na continuidade de dos membros é um recurso excepcional

2ª

Higiene. A hygiene deveria intervir legalmente impedindo o matrimonio, quando os individuos que se propoem a contrahir nupcias soffrem doenças susceptiveis de se transmittir.

3ª

Materia Medica. O effeito diuretico da digitalis deve attribuir-se á accão vedante desta substancia.

4ª

Pathologia geral. A consideração das constituições medicas é de grande importancia para a Therapeutica Cirurgica

5ª

Pathologia interna. A gastralgia confunde-se muitas vezes com o cancro do estomago.

6ª

Obstetricia. As indicações para as operações obstetricas reclamadas por defeito de bacia não se podem achar rigorosamente na pelvimetria, porque desta não se podem tirar os resultados geometricos necessarios.

Viata. Pode imprimir-se

Q^o Osorio, Presidente

Pork 19 Fevereiro. 4864