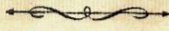


10-a-

N.º 218-a-

PRENHEZ 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 Heidelberg



PORTO:

TYPOGRAPHIA COMMERCIAL

rua de Bellomonte n. 19.

1864.

VIII / 1º 10A EMC

AO ILL.^{mo} SNR.

Doutor José Fructuoso Ayres de Gouvêa Osorio.

Lente de Medicina legal e Hygiene publica.

EM TESTEMUNHO DE RESPEITOSA AMIZADE

Offerece

O AUCTOR.

AO ILL.^{mo} SNR.

Francisco José Coutinho.

EM TESTEMUNHO DE AMIZADE E GRATIDÃO.

A MEU BOME EXTREMOSOTHIO E SOGRO

Joaquim Manoel da Fonseca

Offerece

O AUCTOR.

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO.

Director

O Ex.^{mo} Snr. Conselheiro *Francisco d'Assis Sousa Vaz*, Lente jubilado.

Secretario

O Ill.^{mo} Snr. *Agostinho Antonio do Souto*.



CORPO CATHEDRATICO

Lentes Proprietarios

Os Ill.^{mos} e Exc.^{mos} Snrs.

- | | |
|--|---|
| 1. ^a Cadeira — Anatomia Geral e Descriptiva | <i>Luiz Pereira da Fonseca.</i> |
| 2. ^a Cadeira — Physiologia. | <i>José d'Andrade Gramaxo.</i> |
| 3. ^a Cadeira — Historia natural dos medicamentos, Materia medica | <i>José Pereira Reis.</i> |
| 4. ^a Cadeira — Pathologia e Therapeutica externas | <i>Antonio Ferreira Braga.</i> |
| 5. ^a Cadeira — Operações e Apparelhos | <i>Caetano Pinto d'Azevedo.</i> |
| 6. ^a Cadeira — Partos, Molestias de puerperas, e recém-nascidos | <i>Manoel Maria da Costa Leite.</i> |
| 7. ^a Cadeira — Pathologia e Therapeutica internas, | <i>Francisco Velloso da Cruz.</i> |
| 8. ^a Cadeira — Clinica medica. | <i>Antonio Ferreira de Macedo Pinto.</i> |
| 9. ^a Cadeira — Clinica cirurgica | <i>Antonio Bernardino d'Almeida.</i> |
| 10. ^a Cadeira — Pathologia Geral, Historia Medica, Anatomia Pathologica, e Philosophia medica | <i>José Alves Moreira de Barros.</i> |
| 11. ^a Cadeira Medicina Legal, e hygiene publica e privada e Toxicologia geral. | <i>José Fructuoso Ayres de Gouvêa Osorio.</i> |

Lentes substitutos

- | | |
|----------------------------|--|
| Secção medica. | } <i>João Xavier d'Oliveira Barros</i>
<i>José Carlos Lopes Junior.</i> |
| Secção cirurgica | |
| | } <i>Agostinho Antonio do Souto</i>
<i>João Pereira Dias Lebre.</i> |

Lentes demonstradores

- | | |
|----------------------------|-------|
| Secção Medica | Vago. |
| Secção Cirurgica | Vago. |

SONVIDADO por nossa vocação, a explorar os vastos campos da sciencia Medico-Cirurgica viemos assentar-nos ao lado dos mais humildes filhos da Escola Medico-Cirurgica do Porto. Apreciamos então os disvelllos com que nossos sabios Preceptores dirigiram nossa carreira scientifica. Muito lhes devemos, e grato nos é confessa-lo.

Motivos que não cabe aqui mencionar, nos levaram a ir concluir nossos estudos na Escola Medico-Cirurgica de Lisboa. Com não menor benevolencia ahi fomos tratados pelas illustrações que estão á frente d'este respeitavel estabelecimento.

Durante nosso tirocinio escolar uma idéa nos senhoreou: viamos com sentimento o desfavor com que eram tratados dois estabelecimentos, que tanto se tinham elevado em honra da sciencia, e beneficio da humanidade: tudo n'elles havia menos um gráo honorifico para seus filhos. Pensamos no meio de em nós 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 gráo não dá nem tira merecimento;—realça apenas o d'aquelles que conseguem crear-se uma reputação brilhante nas lides do espirito.

Transportado a Bruxellas, ahi tratamos de perto os homens de sciencia; aproveitando-nos de seus vastos conhecimentos. Submettemo-nos a exames, e obtivemos approvação das disciplinas que ali são professadas. Soubemos 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. Sahimos para a Allemanha, e sujeitamo-nos a novas provas na Universidade de Heidelberg; tiramos diploma official, vendo por isso coroados nossos desejos.

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

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

Concluidos nossos exames parciaes, resta-nos satisfazer á ultima determinação da lei — é a apresentação e defesa d'uma dissertação, a que se dá o nome de these. Ingenuamente o confessamos ; não estavamos em circumstancias de escrever sobre um assumpto tão difficil : lançamos mão do unico recurso, que se nos offereceu — extractamos, e traduzimos—; e assim apresentamos este trabalho com aquella confiança que póde ter um alumno convencido de suas debeis forças.

3
OZVIBADO por nossa vocação, a explorar os vastos campos da
ciencia Medico-Chirurgica vimos assentar-nos no lado das mais haui-
des filhas da Escola Medico-Chirurgica do Porto. Aproximamos então os
diavellos com que nossos sabios preceptores dirigiram nossos passos
scientificos. Muito lhes devemos, e grato nos é confessar-lo.
Muitos que não cabe aqui mencionar, nos levaram a ir concluir nos
seus estudos na Escola Medico-Chirurgica de Lisboa. Com não menor bene-
volencia em favor de nossos estudos, pelas illustrações que estão á frente d'este
respectivo estabelecimento.
Durante o tempo que nos occupamos em estudar, vimos
com sentimento e desejo as duas escolas estabelecidas,
que tanto se tinham elevadas em honra da ciencia, e beneficio da huma-
nidade: tanto a uma havia merecido o grau honorifico para seus filhos.
Pensamos no meio de em nos lembrar esta falta; e desde logo concebi-
mos o projecto de nos formarmos em Universidade estrangeira. Ahi-
em de verdes campos, do que o futuro se vi, quando chegar a idade mais
madura; e que não de um em um momento; — realça apenas o d'esperar.
les que conseguiram crear-se uma reputação brilhante nas libes do espirito.
Transportado a Bruxellas, ahi tratamos de por-to os humes de scien-
cia; approvamos-nos de seus vastos conhecimentos. Sabiamos tam-
nos a exames, e obtivemos approvação das disciplinas que ali são pro-
fessadas. Seriamos então que a Universidade nos era official, e que por
isso não podia habilitar seus filhos para curar no proprio pais. Para ahi
licença e novo projecto. Eahin os para a Alemanha, e especialmente
a notas provas na Universidade de Heidelberg; tratamos d'informar d'esta
vendo por isto torcidos nossos desejos.

PRENHEZ EXTRA-UTERINA

CAPITULO I.

Synonymia — Definição — Historia — Divisão.

SYNONYMIA — Prenhez por erro de logar, extraordinaria e externa.

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 desenvolver 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 disseccões attentas e minuciosas, que se fizeram depois, ainda sua historia se nos apresenta envolta em cerrada obscuridade. Apesar porém das poucas luzes da anatomia pathologica, fizeram os antigos algumas divisões d'esta fórma de prenhez: ultimamente teem sido esclarecidos muitos pontos em virtude do que novas divisões e subdivisões se teem feito.

Divisão — Segundo o ponto onde se fixa o ovulo, assim tem sido dividida e nomeada a prenhez extra-uterina; e só depois de repetidas observações e factos chegou a ser em nossos dias classificada. Beudelocque a dividiu em *ovarica*, *tubarica* e *abdominal*. Breschet lhe acrescentou a *intersticial*. Velpeau juntou-lhe a *utero-tubarica*. Deseimeris augmentou emfim o numero d'estas divisões, elevando-o a dez, que são:

- 1.^a Prenhez 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.

Cada uma d'estas especies merece especial menção e exame. Mas primeiro, duas palavras sobre os órgãos maternos que contribuem para o phenomeno da geração.

CAPITULO II.

RESUMO ANATOMICO.

Descripção do utero.

O utero é um órgão óco, destinado para a gestação, capaz do desenvolvimento necessario para conter, nutrir e expulsar o feto, servindo habitualmente á exhalção do sangue menstrual: é pyriforme, achatado no sentido antero-posterior; a base olha para cima e para diante; o vertice, para baixo e para traz: é n'esta mesma direcção que está seu grande diametro lançado, paralelo proxivamente ao eixo do estreito superior da bacia: esta direcção muda quando a vagina é demasiado curta: situado na escavação, quasi sempre na linha mediana, está em relação, pela parte anterior, com a bexiga, pela posterior, com o recto: fixam-n'o em sua posição, inferiormente a vagina, superiormente os ligamentos largos e redondos. Estas connexões, de sua natureza flaccidas, lhe permittem certa mobilidade, e o predispõem para certos desvios.

Sua situação varia com as edades: no feto excede o estreito superior, occupa a cavidade abdominal, e o fundo correspondente á quinta vertebra lombar. Ao passo que se vai a bacia desenvolvendo, desce elle para a escavação, de sorte que aos dez annos corresponde o fundo ao nivel do estreito superior, e, mais tarde o órgão se encontra n'um plano mais inferior.

O volume varia tambem nas differentes edades e condições physiologicas: pouco desenvolvido até os quinze annos, n'esta epocha toma as dimensões que deve conservar até á idade critica; depois começa a diminuir de volume, e como a atrofiar-se.

Suas dimensões, em seu maior desenvolvimento, são, termo-medio, de sete a oito centimetros no diametro vertical; de tres e meio a quatro no transverso, tomado no fundo do utero; de um e meio no collo. Proximo á epocha menstrual, toma, segundo Mr. Cazeaux, quasi o duplo de seu volume. O peso 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 órgão: e collo, menos volumoso, e situado inferiormente. O ponto de junção d'estas duas partes, é marcado por uma leve coarctação. Nota-se-lhe uma superficie interna, e outra externa; aquella offerece duas faces, uma anterior e inferior, outra superior e posterior, e dous bordos lateraes — base ou fundo, e ápice. 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 quarto inferior está unido ao fundo da bexiga, por meio de tecido celular denso; de sorte que o utero, em seus desvios arrasta comsigo a

bexiga; e é ainda n'este logar que se dão as fistulas utero-vesicaes. A face posterior é mais convexa; o peritoneo a cobre em toda sua extensão, e corresponde ao recto por intermedio da membrana serosa.

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

O fundo ou bordo superior é convexo, olha para cima e para diante; está coberto por voltas intestinaes, e no ponto de junção com os bordos lateraes forma dous angulos, d'onde partem as trompas, e, por debaixo d'estas, os ligamentos dos ovarios. A extremidade inferior, ou collo, olha para baixo e para traz: offerece bem sensiveis differenças, segundo a observada é mulher virgem, multipara, ou em idade avançada. Nas que ainda não teem tido filhos, apresenta a seguinte disposição: — na junção dos dous terços com o terço inferior se insere a extremidade superior da vagina, subindo um pouco mais na face posterior, do que na anterior; d'este modo fica o collo dividido em duas porções, denominadas supra e infra vaginal; a extremidade d'esta ultima parte chama-se — *os tincaæ* —, é lisa, e levemente conica; offerece dous labios, um anterior, e outro posterior, separados 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. Dubois compara a sensação que experimentamos quando collocamos o dedo sobre o obulo do nariz, com a que nos dá este orificio pelo exame vaginal.

O bordo anterior é mais espesso, e desce um pouco mais que o posterior. O *os tincaæ* e todo o collo, são perfeitamente lisos na mulher que não tem tido filhos. Diverso é seu aspecto nas multiparas: a porção infra-vaginal, vai-se tornando cada vez menor, e muitas vezes se encontram apenas, na parte superior da vagina, dous tuberculos, designando o sitio, em que ella existiu, d'onde se conclue que cada parto destroe uma porção: isto explica-se pelas tracções que a vagina exerce sobre o collo, quando, durante a gravidez, o utero se eleva; d'onde 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 chanfraduras: seis a oito tuberculos se apresentam ás vezes, e o orificio com dimensões taes, que a extremidade do dedo a custo póde penetrar; depois d'algum tempo, estes caracteres podem diminuir, mas nunca obliterar-se completamente, e por elles póde 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 de seus angulos; dous superiores que são as aberturas das trompas, apenas visiveis no estado de vacuidade; o terceiro inferior communica com a cavidade do collo, e diz-se orificio interno do utero: as paredes d'esta cavidade estão em contacto, tornando-se todavia esta bem manifesta no estado de gravidez, ou quando ahi se junta algum liquido. E' raro faltar esta cavidade: Rostan deu, a Mr. Cruveilhier uma peça anatomicá em que faltava a cavidade do corpo.

A cavidade do collo é fusiforme, e achatada no sentido antero-posterior: tanto na parede anterior, como na posterior, existem rugosidades por tal

fôrma dispostas que podem comparar-se a uma folha de feto, e lhe chamam arvore da vida. Ha aqui uns folliculos muciparos em fôrma de vesiculas transparentes, a que se dá o nome de *Ovos 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: pôde-se então marcar-lhe um tecido proprio, uma membrana externa ou peritoneal, uma interna ou mucosa, vasos e nervos.

O tecido proprio é cinzento, mui denso, e, ao cortal-o com o escalpello, sente-se som egual ao das cartilagens. Compõe-se de fibras lineares, cuja natureza intima tem dado margem a innumerous debates: está hoje admittido que são de natureza muscular, como se patenteia durante a gravidez, embora pareça fi broso no estado de vacuidade, o que deverá attribuir-se a seu estado de condensação e atrophia, consequência necessaria da inactividade em que o orgão então se acha.

A direcção d'estas fibras é bem difficil de marcar: fóra da gestação cruzam-se em todos os sentidos; mas durante a gravidez offerecem direcções mais bem 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, forrando só seus 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 dous fundos de sacco, um anterior, outro posterior, onde existem circumvoluções intestinaes. Nesta sua derrota, o peritoneo fôrma pregas transversaes, que constituem os ligamentos largos; outros, 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 véas seguem o mesmo trajecto, e quando chegam á espessura das paredes uterinas, conservam apenas sua tunica interna. Os vasos lymphaticos do collo vão ter aos ganglios pelvicos; os do corpo, aos lombares. Os nervos teem tres origens; — do plexo ovarico, em pequeno numero, e destinados aos angulos e fundo; — do plexo hypogastrico, que pertencem unicamente ao collo; — filetes do grande sympatico, que acompanham 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 da escavação pelvica; alongam-se d'ahi para baixo até á 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 conteem o ligamento redondo, a trompa e o ovario com o ligamento utero-ovariano. O prolongamento medio mais elevado e maior contém as trompas, e constitue a margem superior dos ligamentos largos.

Descripção 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 fóra, 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 depois em muitos fasciculos fibrosos, que vão perder-se no tecido celular do monte de Venus, no qual enchem o sacco darthoide, e, segundo alguns, prendem-se mesmo á espinha do pubis.

Descripção das trompas

As trompas de Fallopio, ou tubas uterinas, ou oviductos são canaes ligeiramente flexuosos de quatro a quatro pollegadas e meia de extensão, situados na espessura do prolongamento medio, ou superior dos ligamentos largos. Sua extremidade externa, em forma de funil, é fluctuante, e abre-se na cavidade abdominal; esta parte, que tem recebido o nome de pavilhão, é franjada nos bordos e prende-se ao ovario por uma de suas franjas; segundo Mr. Cruveilhier, esta união é feita por um pequeno ligamento. Sua extremidade interna muito mais delgada, fixa-se no angulo correspondente do utero, em cuja cavidade se vai abrir por um orificio de quatro a cinco millimetros de diametro.

Descripção dos Ovarios

Os ovarios *testes muliebres* dos antigos — principaes órgãos da geração na mulher, porque é d'estes órgãos que se fórma a substancia com que o sexo feminino concorre para a geração (ovulo): são dois órgãos de fórma oval, de quatro centimetros de extensão, situados junto ao estreito superior da bacia, na espessura do prolongamento posterior do ligamento largo, que os mantem em posição; posteriormente correspondem ao recto, de quem muitas vezes estão separados por algumas voltas do intestino delgado; e internamente ao utero, a quem se prendem pelo ligamento largo, e por um cordão ligamentoso, prolongamento 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, assim como o fundo da matriz. Durante a gravidez elevam-se com o corpo do utero, sobre quem se applicam. Depois do parto, occupam as fossas illicas internas, onde permanecem ás vezes por toda a vida, em consequencia de adherencias accidentaes. Não é tamhem raro encontra-los revirados para traz, e adherentes á face posterior do utero.

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

Os ovarios apresentam uma côr esbranquiçada, atirando para vermelha. Antes da idade da puberdade, sua superfície exterior é liza, e sem desigualdades; nas mulheres que têm sido muitas vezes menstruadas a superfície do ovario é pelo contrario rugosa, coberta de cicatrizes denegridas e algumas vezes de echymoses; estas cicatrizes umas vezes são lineares, e 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 o ponto mais curioso. Na mulher, e nos mammiferos, são compostos d'um tecido cellular parenchimatoso, contendo muitas vesiculas fechadas, cheias de succo, cercadas de vasos, e condensado na superfície d'uma membrana albuginea, que é revestida por um involucro peritoneal. Estas duas membranas estão unidas d'uma maneira tão íntima, que é difficil separal-as. O tecido proprio, é d'um aspecto esponjoso, e d'um vermelho escuro; é n'elle que estão mergulhadas as vesiculas de Graaf. Estas capsulas, ou alveolos ovaricos, examinadas em seu estado de desenvolvimento completo, são formadas d'uma membrana delgada, lisa, que adhere fortemente pela sua superfície interna ao parenchima: na mulher adulta, seu numero varia de oito a vinte, e mais. Parecem desenvolver-se successivamente, porque seu volume varia muito; as vesiculas do ovario seguem em seu desenvolvimento a mesma progressão que o ovario, e segundo os observadores modernos, seu desenvolvimento é ligado d'uma maneira essencial, tanto á menstruação, como á fecundação. Em cada epocha menstrual, uma vesicula se rompe, e depois cicatriza; esta cicatriz constitue o chamado corpo amarello (corpus luteum). As capsulas ovaricas estão cheias d'um liquido claro, um pouco viscoso, coagulavel pelo calorico, no qual o microscopio faz vêr granulações redondas e dispersas. Tem-se achado ahí agua, albumina, gelatina e phosphato de soda (Gohn).

As arterias do ovario vem d'um tronco que é commum com o corpo do utero, e que nasce da aorta ao nivel da renal; e a arteria utero-ovariana, de Mr. Cruveilhier.

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

Os vasos lymphaticos que seguem as arterias pertencem egualmente ao utero, e ao ovario, e vão aos ganglios lombares.

Os nervos do ovario dimanam do plexo renal.

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

CAPITULO III.

THEORIA DA CONCEPÇÃO

Segundo a theoria geralmente admittida, é preciso, para ter logar a fecundação, que o principio fecundante seja levado ao utero, deste á trompa, e d'esta sobre o ovulo: no momento em que estas coisas se passam, o pavilhão da trompa applica-se sobre o ovario, e abraçando-o de uma maneira íntima, favorece a fecundação; depois, o ovulo fecundado, nos casos normaes, passa

d'esta para o utero onde se desenvolve; porém, suppondo que por uma causa qualquer o ovulo fecundado, em lugar de ser lançado do ovario para a trompa, e d'esta para o utero, fica adherente em qualquer d'estas partes, ou mesmo cahe na cavidade abdominal e ahi se desenvolve, é facil de conceber como podem ter lugar estas differentes especies de prenhez, citadas por Deseimeris, 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 extra-uterina, que atraz deixamos indicadas.

CAPITULO IV.

EXAME DAS ESPECIES DE PRENHEZ — EXTRA-UTERINA.

Prenhez Ovarica.

Consiste esta especie de prenhez no desenvolvimento do ovulo, depois de fecundado, no proprio ovario: podemos marcar-lhe 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, ahi se desenvolve: tem cada uma sua denominação; — a 1.^a é ovarica interna, e a 2.^a externa: todavia, sobre esta 1.^a especie admittida por Deseimeris, temos visto numerosas 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 sperma, para ser fecundado.

Prenhez sub-peritoneo-pelvica.

N'esta variedade de prenhez, o ovulo, depois de ter deixado a vesicula de Graaf, não póde penetrar para a trompa por meio de sua abertura externa; e assim, caminha por entre os dois folhetos do ligamento largo, e ahi se desenvolve; n'este caso o ovulo fica na cavidade pelvica, e fóra do peritoneo.

Prenhez tubo-ovarica.

N'esta especie de prenhez, o kisto fetal é formado, parte pelo ovario, e parte pelo pavilhão da trompa dilatada, cujas extremidades em seguida a uma inflammação, sobrevinda pouco depois da fecundação, tem contrahido adherencias com a tunica ovarica, sendo o ovulo detido antes de chegar ao utero.

Prenhez tubo-abdominal.

O ovulo, n'esta prenhez, retido, pela obliteração da trompa, ou por uma outra causa, muito perto do pavilhão, póde desenvolver-se mesmo á entrada do canal, e dilatando as paredes por uma porção de sua superficie, fica livre na cavidade abdominal, e apenas suspenso na extremidade da trompa.

Prenhez tubarica.

De todas as especies de prenhez extra-uterina, esta é sem duvida a mais frequente, porque por si só fórma dois terços das prenhezes anormaes. A disposição anatomica da trompa explica satisfactoriamente esta frequencia, e o contrario seria mais de admirar, porquanto, sabemos que o ovulo antes de chegar ao utero a tem de percorrer, sendo esta um canal que vai sempre estreitando, em que o menor obstaculo o pôde deter, e forçar a que se desenvolva antes de entrar em seu reservatorio normal.

Prenhez tubo-utero-intersticial.

Esta variedade, no ponto de vista anatomico, é importante distinguida da seguinte (utero-intersticial) com a qual muitos authores a teem confundido. Aqui o ovulo se detem 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 á primeira.

Prenhez utero-intersticial.

Já 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 ahi 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 kisto que o envolve é simplesmente formado pelas fibras musculares da matriz; porém como esta penetração se faz é cousa ainda hoje problematica. Sabe-se que Mr. de Blainville, examinando a vagina d'uma porca, 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 collo uterino; porém não se continuava da mesma fórma pela espessura da matriz, porque seguindo o corpo do utero em uma certa extensão, o deixava em uma outra, e se dirigia parallelamente á ponta correspondente pela espessura do ligamento largo. Mr. Baudelocque parece ter sido mais feliz, porque encontrou na mulher alguma cousa a isto semelhante, como se pôde colligir lendo o facto que elle communicou á academia de medicina em 1826.

Prenhez utero-tubarica.

Esta especie não admite duvida, porque é facil de conceber, como apesar da livre communição da trompa com a cavidade do utero, o ovulo introduzindo-se n'uma pequena prega, ou depressão da mucosa, se detenha e contraia adherencias a ponto de se desenvolver, parte na trompa, e parte na cavidade da matriz; condição necessaria para constituir a especie em questão.

Prenhez utero-tubo-abdominal.

N'esta prenhez, o kisto fetal invade o utero, a trompa, e a cavidade peritoneal. Patuna, Hunter, Hoffmeister citam 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 implantar-se na placenta, que estava inserida sobre um dos pontos da superficie interna do utero.

Prenhez 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.

N'esta especie, o producto da concepção desenvolve-se na cavidade peritoneal, não tendo relação alguma, nem com o ovario, nem com as trompas, nem mesmo com o utero, pelo menos quando a haja é tão afastada, que o kisto pôde ser levado para os pontos mais distantes da cavidade abdominal, contraindo com qualquer d'elles adherencias; razão esta, que tem feito algumas vezes confundir esta especie com a ovarica.

Tem-se achado a placenta inserida sobre o ovario, ligamentos largos, fossas illiacas, na parte anterior do sacro, no mesenterio, nas paredes anteriores do abdomen, e sobre quasi todas as visceras d'esta cavidade.

Parece-nos logar proprio para dizermos, que a anatomia pathologica nem sempre tem indicado, d'uma maneira precisa, o logar onde primitivamente se desenvolveu o ovulo, o que se pôde attribuir ás numerosas desordens que acompanham o kisto fetal, e ás adherencias que este contrae com os tecidos visinhos.

A produção d'esta prenhez é facil de comprehender, attendendo á disposição anatomica das partes, em vista das quaes é para admirar que não seja mais frequente. Bianchi (Bibl. de Plomque) pensa, que o não serem mais frequentes é devido a que a maioria dos germens, que escapam para a cavidade abdominal, morrem antes de contrairem adherencias com a membrana serosa que os recebe. No entanto, apesar do grande numero de factos observados, tem sido, como já dissemos, negada por alguns authores, dando como motivo, o peritoneo não ser sufficientemente vascular para fornecer os elementos necessarios ao desenvolvimento do ovulo; todavia, os factos contestam evidentemente esta opinião.

CAPITULO V.

ETIOLOGIA.

Já sabemos quaes são as condições necessarias para o ovulo fecundado passar á trompa e d'esta ao utero; e quando estas condições se não derem, o ovulo pôde desenvolver-se fóra da cavidade uterina, dando por consequencia logar á prenhez extra-uterina; porém é assás difficil indicar d'uma maneira

certa quaes são os accidentes que podem facilitar a producção d'esta prenhez; assim podemos dizer, que suas causas são obscuras, e as que teem sido invocadas para explicar seu desenvolvimento são, permitta-se-nos a phrase, ainda problematicas. Numerosos factos parecem provar, diz Cazeaux, que um terror, uma noticia qualquer de consideração, uma surpresa, e outras cousas d'esta ordem, coincidindo com a fecundação, podem ser sufficientes para que o ovulo que acaba de ser fecundado não seja transportado ao utero.

Em tres observações citadas por Baudelocque, Bellinier, e Lallemand, diz Velpeau, a concepção extra-uterina, parece ter sido effectuada no momento de grande espanto, produzido pela lembrança d'um objecto esquecido, e as outras por uma desordem inesperada, receando a mulher ser presa em flagrante delicto; todavia, não se teem verificado mais casos em identicas circumstancias, por isso não podemos considerar esta explicação, senão como uma hypothese plausivel; porém Cazeaux adianta mais, dizendo, que apesar da authority de d'aquelles que teem admittido esta opinião, a elle lhe parece inadmissivel, porque não é no momento da impregnação que o ovulo abandona o ovario, mas sim algum tempo antes ou depois.

CAPITULO VI.

SYMPTOMATOLOGIA.

Trataremos n'este capitulo não só dos signaes por meio dos quaes podemos d'algum modo reconhecer a existencia da prenhez extra-uterina, mas tambem do diagnostico differencial, que são dois pontos de bastante importancia, e sobre que ainda existe grande incerteza; comprehende-se bem que, se a prenhez normal póde ser algumas vezes desconhecida, com mais forte razão o será a extra-uterina; porque innumeraveis tumores se podem desenvolver na cavidade abdominal, e pelvica.

Poderíamos dividir os signaes, a exemplo de Gardien, em racionaes e sensiveis, porém não o fazemos em consequencia de não ser uma funcção que se execute regularmente; e todos os caracteres serem, por assim dizer, incertos. Gardien sobre este objecto foi muito affirmativo, dando aos signaes sensiveis grande valor, que na realidade não merecem.

E' claro, que nos primeiros tempos, e antes da epocha em que apparecem os signaes certos da prenhez ordinaria, o diagnostico deve apresentar grandes difficuldades; todavia, ainda mais tarde, quando os movimentos do feto se manifestam, as pulsações do coração podem ser ouvidas, e o diagnostico póde d'algum modo estabelecer-se, resta muitas vezes incerteza, porque a marcha na prenhez anormal e da ordinaria póde apresentar em certos casos uma analogia tal, que se torna difficil de as distinguir.

Na maioria dos casos, os phenomenos sympathicos, que acompanham a prenhez ordinaria, manifestam-se na extra-uterina; as perturbações do aparelho digestivo, os enjões e os vomitos, notam-se muitas vezes; e parece-nos pouco rasoavel querer Ant. Petit 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 logar, tornando-se a séde de picadas, dores e secreção leitosa, como na ordinaria.

A menstruação é as mais das vezes supprimida; Ant. Petit olha a diminuição das regras que continuam a correr nas epochas ordinarias, como razão para suspeitar a prenhez extra-uterina; parece-nos comtudo sufficiente, para não darmos valor algum a este signal, lembrar o que acontece algumas vezes na ordinaria.

Mr. Velpeau nota, que se os seios não soffrem mudanças nem seggregam fluido leitoso, se o ventre é desigual, se o desenvolvimento d'esta parte é mais rapido, fazendo-se principalmente sobre um dos lados, se os movimentos fetaes se fazem sentir atravez das paredes, com apparencia de mui delgadas, se o utero fica pouco volumoso, é possível ser uma prenhez extra-uterina; com tudo, são falazes estes signaes, porque apparecem algumas vezes nas ordinarias.

Os accidentes numerosos que dizem acompanhar esta prenhez, Guardian olha-os tambem como illusorios; porque, em muitos casos acompanham a verdadeira prenhez. E' sobretudo no exame dos órgãos genitales, e principalmente no utero, que devemos procurar os signaes mais preciosos, para chegarmos ao seu conhecimento. As modificações que o utero experimenta são diferentes, segundo a especie de prenhez; isto é facil de perceber, porque, se o ovulo tiver connexões intimas com o órgão gerador, se se desenvolver no logar onde a trompa penetra no tecido uterino, e com mais forte razão ainda, se fôr no proprio tecido, o utero seguirá até um certo ponto o seu desenvolvimento, e então será mais volumoso, e os signaes fornecidos pelo toque do collo poderão fazer acreditar a existencia d'uma prenhez ordinaria.

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

CAPITULO VII.

MARCHA, DURAÇÃO E TERMINAÇÃO.

E' facil de conceber, que a marcha e duração da prenhez extra-uterina deve apresentar muitas irregularidades.

As numerosas variedades fazem com que seja impossivel estabelecermos regras que expliquem os diversos casos; o logar onde se desenvolve o feto, a proximidade de certos órgãos, o estado de integridade, ou de doença, das partes sobre as quaes o ovulo fecundado se vai implantar, todas estas circumstancias, e muitas outras tem uma acção mui manifesta sobre a marcha e duração da prenhez.

Nós já notámos, fallando do diagnostico, as difficuldades que se apresentam para o diagnosticar nos primeiros tempos de sua evolução, e em geral disse-mos, ser só possível o reconhecê-lo depois do kisto ter feito progressos sensíveis, ou quando os accidentes sobremaneira denunciarem sua existencia.

Ainda para nos certificarmos mais de que a marcha e duração soffrem immensas irregularidades poderíamos citar numerosas observações, porém limitar-nos-hemos a uma de Mr. Huguier em uma mulher de trinta annos,

*

entrada a 16 de agosto de 1852 no hospital de Beaujon, grávida ha 4 annos, succumbindo a 4 de abril de 1853; e sendo autopsiada 29 horas depois de morta, pelas alterações encontradas no abdomen, se notou a existencia d'um feto de termo, abertura espontanea do sacco no \aleph iliaco do colon, ruptura do peritoneo, e peritonite.

Pelo que respeita aos phenomenos ovulogicos, 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 contestaram a existencia destas duas membranas, existencia que numerosas dissecções tem posto fóra de duvida.

Mr. Jacquemier diz que é mais facil admittir a existencia, e disposição d'uma membrana caduca formada pelo organismo maternal. As poucas observações que podémos consultar, tem pouca precisão a este respeito; todavia, vimos em grande numero a confirmação da existencia, á superficie do chorion, d'uma terceira membrana ou camada de tecido branco, celluloso, que unia a chorion aos tecidos ou órgãos com que estava em relação. Esta camada deve ser considerada como identica por sua composição e usos á caduca uterina; é preciso porém não a confundir com os productos pseudo-membranosos, resultado d'uma inflammação do peritoneo, ou do kisto, que sobrevem pelas desordens, ou pela permanencia do ovulo na cavidade, que o encerra. N'estes casos, não se póde distinguir a caduca dos productos da inflammação adhesiva, com os quaes tem grande analogia. Mr. Cazeaux, admitte a existencia d'esta membrana de involucro, e d'este kisto, na prenhez abdominal primitiva.

Em quanto ao modo como termina a prenhez extra-uterina, é raro que ella se prolongue além do 4.^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 involucros fetaes resistem, e se o feto não succumbe por falta de nutrição, ou por algum outro accidente, desenvolve-se até ao termo, e continua mesmo a viver algum tempo ainda depois de passar o nono mez.

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

Em quanto á ruptura do kisto, é na prenhez tubarica onde se nota mais frequentemente, denunciando-se esta terminação na maioria dos casos por lipothymias, syncopes, convulsões e dores. Em seguida a esta temos as ovaricas, intersticiaes e tubo-intersticiaes, e sub-peritoneo-pelvicas e abdominaes.

A prenhez extra-uterina póde começar a desenvolver-se ou nas trompas, ou nas paredes do utero, constituindo o que se tem chamado primitivas; ou pelo progresso de seu desenvolvimento, rompendo as paredes do órgão, que lhe deu asylo, sair de sua cavidade, dando logar ás consecutivas.

A epocha em que se faz a ruptura tem logar geralmente, diz Mr. Desseimeris, antes do fim do 2.^o mez na prenhez intersticial, do 4.^o nas tubaricas, um pouco mais tarde nas ovaricas, e ao 9.^o nas abdominaes. N'estas ultimas póde ir mais longe, até mesmo ao fim de muitos annos. Saxtorph (de Copenhague) citou um caso excepcional d'uma prenhez tubarica, regularmente desenvolvida até aos nove mezes.

A morte do feto pôde ter lugar, ou no momento da ruptura do kisto, o que é mais frequente, ou quando a prenhez tem chegado ao 9.^o mez no momento das dores do parto, ou mais tarde ainda.

Pelo que respeita aos phenomenos consecutivos d'estas rupturas, diremos que inflammações mais ou menos rapidas podem ser determinadas pela passagem do feto, ou de suas dependencias para as partes não costumadas a seu contacto; e que tambem o feto pôde, creando-se uma nova habitação, ou um novo kisto, soffrer certas transformações, que lhe permittam demorar-se mais ou menos tempo nos tecidos, como no estado de materia gorda, substancia ossiforme, ou d'uma especie de mumia.

O kisto, em vez de se retrair sobre o feto, que se indurece e momifica, torna-se algumas vezes a séde d'uma serosidade abundante; n'este liquido mais ou menos espesso, mais ou menos transparente, umas vezes escuro, outras vezes avermelhado, fluctuam os fragmentos do feto. Teem-se praticado n'estes casos a paracentese, e tem acontecido sairem pela canula porções de cabellos.

Não é mais frequente existir serosidade no ovulo, do que pus. Os exemplos d'esta terminação não são raros; ao mesmo tempo que o liquido purulento se forma no interior do sacco, uma inflammação adhesiva o fixa ás partes circumvisinhas por adherencias mais ou menos extensas; adherencias que podem mais tarde prevenir um derramamento no peritoneo, e permittir em casos determinados praticar os debridamentos. Porém, as coisas nem sempre assim se passam, a inflammação pôde invadir de dentro para fóra todas as camadas organicas que separam o ovulo do exterior, a pelle levantar-se, tornar-se vermelha, adelgaçar-se, e acabar por se perfurar, abrindo assim um caminho para dar saída ao feto, e ao pus.

Finalmente a eliminação do kisto fetal pôde ter lugar por ulcerações estabelecidas na região umbilical, ou hypogastrica, na bexiga, na vagina e no recto; não é raro comtudo achar exemplos d'estas aberturas multiplas.

Por ultimo diremos, que os esforços que a natureza faz para desembaraçar o organismo, terminam algumas vezes por uma cura completa, porque todas as partes do feto são successivamente eliminadas; o kisto se despeja e limpa, botões carnosos se elevam em sua superficie, succedendo ao tumor primitivo uma massa ou um cordão fibroso e duro; porém esta feliz terminação nem sempre tem lugar; tendo muito declive o fundo do foco purulento, o pus se accumula algumas vezes, e fica estagnado nas fossas illiacas, ou na pequena bacia, carecendo d'uma contra abertura para a saída; porém a profundidade do kisto, o trajecto sinuoso que o pus percorre, podem torna-la mui difficil, ou mesmo impossivel, determinando muitas vezes uma fistula inextogavel.

CAPITULO VIII.

TRATAMENTO.

E' de certo impossivel fixar um tratamento unico para todos os casos, e para todas as epochas da 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? E' preciso examinar os diversos casos em que o parteiro se acha, estabelecer as hypotheses 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 intervier, que processos devem ser seguidos. Em fim estabeleceremos, para maior intelligencia, cathogorias a exemplo de Mr. Deseimeris no seu trabalho muitas vezes citado, e de Mr. Gerdy, n'uma relação lida na academia de medicina em agosto de 1841.

1.^a 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.^a Quando o producto da concepção se desloca antes, ou no termo da prenhez.

3.^a Quando o trabalho tem logar antes de romper-se o ovulo.

4.^a Quando roto o kisto, a natureza não emprega esforço algum para a eliminação do feto.

5.^a Quando tem logar uma tendencia manifesta.

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

Na 1.^a hypothese, quando a prenhez percorre suas phases sem accidentes, inutil é a arte para evitar os perigos a que a mãe está exposta pelo simples facto do desenvolvimento regular do ovulo. Seria na verdade um grande beneficio, se podessemos evitar os accidentes antes de chegar a um certo volume; d'este modo morreria o feto sem duvida, porém não ficava sujeita a mãe victima, na maioria dos casos, quando o ovulo se desenvolve n'um logar 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 responsabilizamos a indical-os: citaremos no entanto a opinião de dois respeitaveis auctores.

Mr. Deseimeris diz, que ha um caso em que o dr. Schlesier para impedir o desenvolvimento do ovario, prescreveu sobre a parede abdominal fricções com pomada mercurial, empregando n'estas por espaço d'um mez 160 grammas, sem produzir salivacão.

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

Mr. Vaillimier emittiu a ideia de que as descargas electricas levadas sobre o kisto por meio das agulhas de acupunctura poderiam talvez ser ensaiadas com successo. Reservamo-nos para a experiencia, a fim de sanccionar 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; assim offerece-se nos naturalmente outra questão: deve ou não ser extirpado, como uma producção morbida, nascida no ovario?—Na resolução d'esta questão apresentam-se dois casos: o 1.^o quando o kisto se desenvolveu no peritoneo; e o 2.^o quando a prenhez, sendo sub-peritoneo-pelvica, collocada atraz da vagina, e formando uma massa, fôr apenas separada do dedo do observador pela parede posterior d'este conducto.

No 1.^o caso, a extirpação não póde ser feita senão por meio d'uma incisão sobre a parede abdominal; operação grave por sua natureza, pelo facto de

ser exposto o peritoneo ao ar atmosferico, sujeitando por este meio a mãe a um novo perigo; não fallando ainda em um outro, ligado á natureza do tumor, porque aqui não se trata d'um kisto seroso do ovario, que é uma massa sem adherencias e sem vasos volumosos; mas sim d'um ovulo humano, isto é d'um sacco em que sobre um ponto de suas paredes está implantada uma porção de vasos, fixando-o intimamente aos órgãos com quem está em relação.

Um medico de Berlin praticou a gastrotomia para extirpar um ovulo extra-uterino, e notou que o tumor abdominal era constituido por materias feccas indurecidas, e que detidas no collon descendente, tinham feito crêr a presença d'um feto. Outros muitos habeis cirurgiões tem praticado esta perigosa operação, encontrando tumores d'uma outra especie.

No 2.^o caso, que supposemos, sendo a prenhez sub-peritoneo-pelvica, fazendo o tumor saliencia na vagina, diremos simplesmente que, além d'haver exemplos de kistos serosos punccionados, incisados, e mesmo de fetaes extirpados por esta via, pensamos que devemos abster-nos de tal pratica, em presença do perigo real a que se expõe a mãe pela abertura da serosa abdominal e das terminações felizes que pôde ter a prenhez extra-uterina.

Na 2.^a hypothese, isto é, quando o producto da 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 senão a mãe, porque o feto necessariamente está morto. Então podem sobrevir hemorragias, inflammações determinadas pelo derramamento 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 operação contra-indicada: limitar-nos-hemos a suspender a hemorragia e a prevenir a inflammação consecutiva por meios curativos; taes são os calmantes, anti-spasmodicos, sangria e possível immobilidade. Mas nem sempre a arte vence a peritonite, e os doentes succumbem.

2.^o Quando a ruptura do ovulo se opéra para o fim 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 kisto gerador, o perigo de hemorragia é tanto maior quanto mais volumosos forem os vasos. Em taes circumstancias mais vale, diz Mr. Gerdy, deixar morrer a doente do que matal-a. Praticar a gastrotomia é favorecer a hemorragia, augmentar os accidentes nervosos e arrastar á morte a doente. Mas se os phenomenos immediatos da ruptura do kisto, da passagem do feto, dos derramamentos do peritoneo forem calmados, se, soffrendo a mulher dores de parto no fim d'um tempo variavel, convulsões no abdomen, pallidez de face, frio nas extremidades, pequenez de pulso, syncopes annunciando uma hemorragia interna, tiverem desaparecido estes symptomas, então parece-nos a proposito praticar-se a gastrotomia. Em casos identicos tem ella sido praticada com successo, sendo um d'elles a doente operada por Mattisen, 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 logar um trabalho analogo ao do parto, dizemos que temos de suppor o ovulo chegado á sua maturação, e a natureza a esforçar-se para o expellir, o que é impossivel

pelas vias naturaes. N'estes casos a mulher faz esforços inuteis, que vem a terminar desgraçadamente depois de muitos paroxismos 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 egual ao do parto, alguns praticos tem recorrido aos opiados, sangria e banhos, e se estes meios fazem enfraquecer as contracções, então lançam mão dos meios emmenagogos e operatorios para os activar: outros ha que os administram immediatamente.

Pelo que respeita ao feto, a gastrotomia, occorrendo certas circumstancias, é utilissima; porque, collocado elle n'um ponto opposto para a saida, se o abandonarmos no kisto as contracções poderão produzir a ruptura d'este, e se a ruptura não tem logar, e excedendo o termo da prenhez, a morte do feto é inevitavel. Assim pelo que respeita ao feto, temos por indicadissima, n'estes casos, a gastrotomia.

Esta operação tem tido maiores successos do que a cesariana, praticada na prenhez normal; porque não tem uma divisão 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. Caignon apresentou-se uma mulher que abortára na primeira concepção, e, na segunda tivera uma prenhez extra-uterina. A extremidade do feto fazia uma saliencia na vagina; fez-lhe uma incisão sobre a parede exterior; o feto foi extraido vivo, e a mãe succumbiu. N'outro caso, de que falla Blanque, o Snr. Lucas extraiu por uma incisão rectal um feto de cinco mezes, e a mãe curou-se.

Na 4.^a hypothese em que soppomos rôto o kisto, 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 paliativos, por exemplo, ao emprego das cintas hypogastricas para suster a parede abdominal ou prevenir a compressão do recto com a bexiga.

Na 5.^a hypothese, em que consideramos a existencia d'um trabalho que tende á eliminação, a indicação racional é favorecel-a: então serão prescriptos os banhos, as cataplasmas emolientes applicadas sobre a parte que annunciar a inflamação ou supuração sub-cutanea; injecções repetidas, se o trabalho tiver logar do lado da vagina ou do recto; e finalmente, abertura dos abcessos no caso de se formarem, sendo comtudo mais prudente esperar a perfuração espontanea; porém, no caso de ser necessaria a operação, deverá ser praticada, ou sobre a parede abdominal, ou sobre a vagina, ou recto, segundo os casos. Não são raros os exemplos de gastrotomia feliz, n'estas circumstancias.

Na 6.^a hypothese finalmente, em que soppomos uma ulceração operada espontaneamente, ou por ajuda da arte, podendo ser demonstrada a presença do feto com o estilete, ou mesmo pela saida d'algum de seus fragmentos; a operação que deve ser praticada, não pôde ser ao certo indicada d'uma maneira geral.

As condições em que se pôde achar o feto são tão variaveis, que a particularidade que se apresentar é que nos ha de indicar o processo a seguir. O feto pôde estar situado acima do estreito superior da bacia, ou na escavação;

e as operações então applicadas para sua extracção podem ser divididas em dois grupos: — as que se praticam acima do pubis, — e as que se praticam abaixo. São ellas o debridamento, gastrotomia, incisões vaginaes, ou rectaes, e a talha, havendo para cada uma precauções, que devem ser tomadas sem linha de conta.

Debridamento — Póde ser indistinctamente praticado acima ou abaixo do pubis, e baseado sobre a existencia de adherencias extensas, desenvolvidas pela inflamação entre as serosas parietal e visceral. Sua applicação será principalmente vantajosa quando a ulceracção fór produzida sobre uma parte declive: o pus não poderá então estagnar-se no fundo do foco, e a formação de fistulas consecutivas será menos provavel. Deve-se praticar o mais largo possivel sobre as partes do feto que se apresentarem, quer sobre a parede abdominal, quer na vagina, ou no recto. É a parte mais declive da soluçào de continuidade ulcerosa que deverá ser levado o bisturi; porque assim diminuirão 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 prenhez sub-peritoneo-pelvica é assás frequente, e o tumor formado pelo ovulo vem fazer saliencia sobre a parede posterior da vagina, tem-se preferido á gastrotomia a secção vaginal: 1.^o porque o kisto é mais aproximado do instrumento e dos dedos: 2.^o porque a abertura é collocada n'uma parte declive, facilitando o corrimento dos liquidos: 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 caído na bexiga, a secção d'esta deve ser feita para pôr termo ás desordens que acompanham a excreção d'urina, e pela supuração que enfraquece a doente de dia para dia; póde ser feita acima ou abaixo do pubis; mas a escolha do logar não é livre, porque o cirurgião deve operar na parte em que o tumor fizer saliencia, ou em que uma abertura fistulosa estiver já estabelecida: n'este ultimo caso engrandece-se, fazendo um verdadeiro debridamento.

CAPITULO IX.

ANATOMIA PATHOLOGICA.

O 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, o chorion, amnios, e sua placenta, quando o embrião não succumbe nos primeiros tempos de sua existencia: as excepções são rarissimas, como se collige das observações de Patuna, Courtial, e outros.

Em certas variedades, uma exsudação plastica lhe constitue uma terceira

membrana, que tem sido olhada como analogia á caduca. A placenta geralmente é delgada; seus vasos são pequenos e disseminados, outras vezes formam uma só massa, como na prenhez uterina, e pôde ainda acontecer tomarem os vasos um volume consideravel, como se observou nos casos referidos por Mr. Cruveilhier. Estas disposições são importantes; explicam certas hemorragias mortaes, e podem impedir o parteiro em certos casos de tentar alguma operação. Os vasos da placenta podem ser reunidos, aglomerados, e muito adherentes, ou vice-versa, como acontece n'algumas prenhezes 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 sub-peritoneo-pelvica, ou quando o ovulo, primitivamente fixado no ovario, na trompa, ou no utero, é 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 caduca uterina, e que é resultado da inflamação determinada pelo ovulo. Este kisto não existe na prenhez abdominal primitiva de Deseimeris.

Esta circumstancia é por elle explicada do seguinte modo: apenas o ovulo fecundado cae na cavidade do abdomen, não pôde provocar, por sua pequenez, senão uma leve excitação sobre o ponto, que o detem, e os limites d'esta excitação pouco excederão á área tocada pelo corpo estranho; quer dizer, não pôde causar inflamação tal, que determine adherencias e exsudações plasticas, capazes de formarem um involucro: todavia, na prenhez abdominal secundaria existe um kisto de paredes mais ou menos espessas, podendo estas ser d'uma espessura desigual nos diferentes pontos de sua extensão, como se nota n'um caso citado por Mr. P. Dubois. Encontra-se n'estas prenhezes uma organização analogia á que se dá quando uma hemorragia pouco consideravel se fez na cavidade abdominal, determinando apenas uma pequena inflamação: então o sangue espalhado se coagula, sendo uma parte absorvida, e a outra se isola das partes vivas por meio d'um kisto, tudo subordinado a uma lei natural; e nas prenhezes em questão passam-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.

Pôde acontecer que o kisto fetal, em seguida a seu crescimento, produza nas partes visinhas uma inflamação tal, que determine adherencias, e o começo de um novo kisto destinado para conter o feto, quando por uma 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 vêr, pôde ser perfurado por trajectos fistulosos, e communicar com o canal intestinal, com abcessos, 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 estivesse no utero, e algumas vezes em um estado notavel, pelo que toca á conservação. O systema osseo tem-se achado mais avançado em certos fetos extra-uterinos, do que é costume nos de termo, bem como tambem em alguns se tem encontrado a erupção dentaria começada.

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

Surprehende-nos sem duvida a actividade vital que se desenvolve nas partes que recebem anormalmente o producto da concepção, qualquer que seja seu grão de vascularidade, desenvolvendo-se vazos como por encanto: é por assim dizer, como a planta nova, que com mais rapidez se desenvolve achando um terreno facil e proprio. O aparelho gerador, como temos visto, tambem se resente, como por contra-pancada: o volume do utero muitas vezes se augmenta, e seu tecido torna-se esponjoso, forrando-se até internamente d'uma pseudo-membrana, como se o ovulo se tivesse ali desenvolvido. Especificando mais diremos, que além das modificações passadas na organização das partes contidas, o aparelho gerador tambem soffre alterações notaveis, desde a epocha em que a prenhez extra-uterina começa a ser conhecida, até á sua terminação, augmentando de volume, e modificando-se o tecido por diferentes fórmas.

Diversas observações e factos teem comprovado o que vimos de expender. Boehmer 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. Levret 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 o que a olhou como analogo á caduca.

O augmento que o utero adquire não é em geral de longa duração, porque ha casos em que elle volta, pouco a pouco, á sua primitiva, o que se explica pelo facto de se encontrar algumas vezes com o volume normal, em casos de prenhezes extra-uterinas, datando 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 auctores, de acharem o utero com os caracteres que ordinariamente apresenta no estado de vacuidade, como por exemplo, o de Walter, em uma prenhez de vinte e dois annos, o de Bianchi, de 14 annos, e o de Forthergill, de 6 annos.

Remataremos, dizendo, que foi Clarke o primeiro que notou a existencia no collo do utero d'uma substancia gelatinosa, circumstancia que tem sido apoiada por ultteriores observações.



PROPOSIÇÕES

1.^a

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

2.^a

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

3.^a

Materia Medica — O effeito diuretico da digitalis deve attribuir-se á acção sedante d'esta substancia.

4.^a

Pathologia geral — A consideração das constituições medicas é de grande importancia para a therapeutica cirurgica.

5.^a

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

6.^a

Obstetricia — As indicações para as operações obstetricas reclamadas por defeitos de bacia não se podem achar rigorosamente na pelvimetria, porque d'esta não se podem tirar os resultados geometricos necessarios.

Vista. Póde imprimir-se.
Dr. Osorio, Presidente.

Imprima-se.
Dr. Assis, Director.

Porto, 19 de Fevereiro de 1864.