

II

Y

Anais da Clínica Ginecológica
da Faculdade de Medicina
da Universidade de S. Paulo

Diretor

JOSÉ MEDINA

Redator Responsável

A. WOLFF NETTO

Secretários

FRANZ MÜLLER

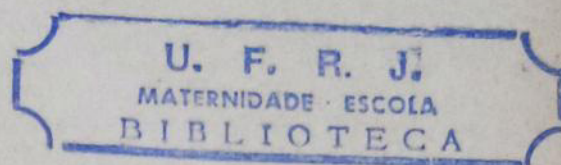
⊕

F. ANDREONI

⊕

CARLOS EHRICH





ÍNDICE

<i>Professor N. Moraes Barros — Paulo de Godoy</i>	9
<i>Evolução ao termo de uma prenhez tubária — A. Wolff Netto e Ferdinando Andreoni</i>	12
<i>Tumores do mesentério — José Gallucci</i>	29
<i>Transformação maligna de teratoma cístico do ovário — René Mendes Oliveira e Franz Müller</i>	36
<i>Considerações sobre a síndrome de Meigs — A. Wolff Netto e José Hamermesz</i>	48
<i>Córioepitelioma do útero com metástase vaginal — René Mendes de Oliveira e Jamil Daud</i>	57
<i>Carcinoma do coto cervical restante — A. Wolff Netto e José Hamermesz</i>	73
<i>Teratoma cístico estrumoso do ovário — Paulo Gorga e Franz Müller</i>	87
<i>Tumores intraligamentares — Arthur Wolff Netto e José Hamermesz</i>	94
<i>A podofilina no tratamento dos condilomas dos genitais femininos — Jamil Daud e Alexandre Rubin</i>	110
<i>Considerações sobre a roentgenterapia na endometriose — Arthur Wolff Netto e Zuinglio Themudo Lessa</i>	118

<i>Abcessos sub-uretrais verdadeiros e falsos. Diverticulos uretrais</i> — Lindoro Credidio e José Elias Arra	128
<i>Fibromas do ovário</i> — Franz Müller e Ferdinando Andreoni	135
<i>Tratamento das anexites pelas ondas curtas</i> — Ferdinando Andreoni e Jandira Z. P. Pereira	140
<i>Alergia em ginecologia</i> — José Medina	145
<i>Endometriose</i> — A. Wolff Netto e Franz Müller	162
<i>Agradecimento</i>	205

EVOLUÇÃO AO TÉRMO DE UMA PREENHEZ TUBÁRIA (*)

A. WOLFF NETTO

FERDINANDO ANDREONI

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A oportunidade que tivemos de observar uma evolução anormal, ou melhor extremamente rara, de nidacão ectópica do ovo levou-nos a apresentar êste estudo.

O ginecologista e o obstetra observam, com relativa frequência a gestação na trompa e a sua habitual evolução para a ruptura ou para o abortamento tubário.

Raramente, verificam a prenhez abdominal secundária, em que o ovo, primitivamente de localização tubária, continua a sua evolução na cavidade abdominal.

Raríssima, entretanto, é a verificação de gestação tubária atingindo o termo e conservando intacto o órgão onde, primitivamente, se localizou o ovo.

Nesta última hipótese encontra-se a nossa observação. E a finalidade dêste trabalho é focalizar aspectos clínicos da prenhez tubária de termo documentando-os com a nossa observação de gestante múltipara cuja gravidez na trompa intacta, evoluiu até os nove meses.

MORGANTINI que reviu cuidadosamente a casuística argentina da prenhez tubária de termo até 1929, cita os casos de O'FAKRELL (1912) e de R. BORGHI (1929), sendo este último publicado pelo mesmo MORGANTINI na Revista Médica de Rosário.

MANUEL LUIZ PÉRES cita a tese de E. PINTO (Argentina), publicada sobre a prenhez tubária de termo.

Entre nós, ANGELO DÊCANIO, de Ibitinga (1932), publicou, também um caso que evoluiu até o nono mês, sem ruptura.

(*) Trabalho apresentado na Secção de Ginecologia e Obstetrícia da Associação Paulista de Medicina, reunida em 28-7-1945, em homenagem ao Prof. José Medina.

FREQUÊNCIA

A totalidade dos AA. que do assunto se têm ocupado está de acôrdo em afirmar a raridade extrema da prenhez tubária de termo. Muito raramente a parede da trompa pode ser tão elástica a ponto de permitir o desenvolvimento fetal, até a viabilidade, no interior do referido órgão (SCHUMANN).

Para VICTOR CONILL^{*} constitue raridade a prenhez ectópica que ultrapasse os 3 ou 4 meses, sem acidentes.

Da raridade da ocorrência podemos ajuizar pela afirmativa de MALL, de que a gestação ectópica de termo constitue 1% de todas as prenhezes ectópicas.

EVOLUÇÃO

Variada é a evolução da prenhez tubária que pode ser facilmente apreciada no quadro abaixo:

- 1.º) Reabsorção do ovo
- 2.º) Abortamento tubário { Completo
Incompleto
- 3.º) Ruptura tubária
- 4.º) Evolução ao termo

Destes processos somente nos interessa, no presente estudo, a evolução ao termo.

SINTOMATOLOGIA

A sintomatologia da prenhez tubária de termo é de uma gestação extremamente acidentada.

RELL e LEWIS observam, como sintoma constante, em 10 casos de prenhezes ectópicas avançadas, a *constipação intestinal rebelde e progressiva*.

Para BAR a compressão do intestino grosso pode ser de tal sorte a ponto de acarertar a *oclusão*.

PINARD já se referia a êste fato dizendo — “*Se mulher grávida apresenta oclusão intestinal, pensar na possibilidade de prenhez ectópica*”.

AHUMADA no seu, Tratado de Ginecologia, estudando a sintomatologia, descreve com precisão, o quadro clínico desta

característica de compressão. Além disso, os movimentos fetais dolorosos constituem outra queixa freqüente.

Inspeção — Segundo ARAYA, um elemento de grande valor fornecido pela inspeção, é constituído pela irregularidade de forma do tumor gravídico. Em determinadas circunstâncias, podemos observar duas formações tumorais de volume desigual, uma menor, lateralizada, que corresponde ao útero aumentado de volume pelo processo de gestação, e outra, mais volumosa, correspondente ao saco ovular ectópico.

De característico, nada mais poderemos observar, pela inspeção.

Palpação — O primeiro fato constatado pela palpação é a hiperestesia cutânea que, às vezes, dificulta a perfeita execussão do processo propedêutico. Apesar dessa hiperestesia, a palpação constitui um dos melhores recursos de diagnóstico. A palpação oferece, efetivamente, uma sensação toda particular nesses casos, pois os segmentos fetais são de tal modo bem perceptíveis que dão a impressão de superficialmente situados. Chama a atenção a assimetria do saco ovular, a delgadez das paredes que o recobrem, a pequena quantidade de líquido amniótico e a pouca tendência do feto a acomodar-se ao estreito superior. Ao lado do saco ovular cístico e irregular encontra-se um outro tumor regular, arredondado e contrátil que é o útero aumentado de volume.

Ao passo que este tumor é contrátil (útero), o saco ovular não apresenta a capacidade de contracção.

O conceito de não contratilidade do saco ovular deve-se a PINARD e MARTIN que negam a capacidade de contração da trompa grávida.

Contrariamente, SPINELLI afirma que, em determinados casos, observam-se contrações. MORGANTINI comprovou tais contrações. No caso da nossa observação, tivemos a oportunidade de verificar a existência de contrações ritmadas do saco ovular, apesar da delgadez de suas paredes. Estas contrações eram de tal intensidade que dificultavam a palpação.

Percussão — Acentua BRUGNATELLI a importância da determinação de uma zona maciça central no saco ovular e que corresponde ao espaço ocupado pelo feto.

Escuta — Nada de especial.

Tocar — Pelo tocar vaginal combinado consegue-se verificar a existência de dois tumores acima assinalados. Toca-se o útero aumentado de volume e deslocado para cima ou para trás.

e para o lado. (Fig. 1) — O colo apresenta-se amolecido como na prenhez ortotópica e, às vezes, inacessível ou dificilmente atingível, como no caso da nossa observação. O saco fetal mergulha, em geral, na escavação pélvica, permitindo o diagnóstico da apresentação se a parede do saco é delgada e a inserção placentária não é inferior, como ocorreu em nosso caso. Se a apresentação é cefálica até as suturas e fontanelas são facilmente palpáveis, pelos dedos vaginais. O exame da nossa paciente permitiu o diagnóstico de apresentação cefálica em O. D. P. Sendo espessas as paredes do saco, seja por processo tuber.

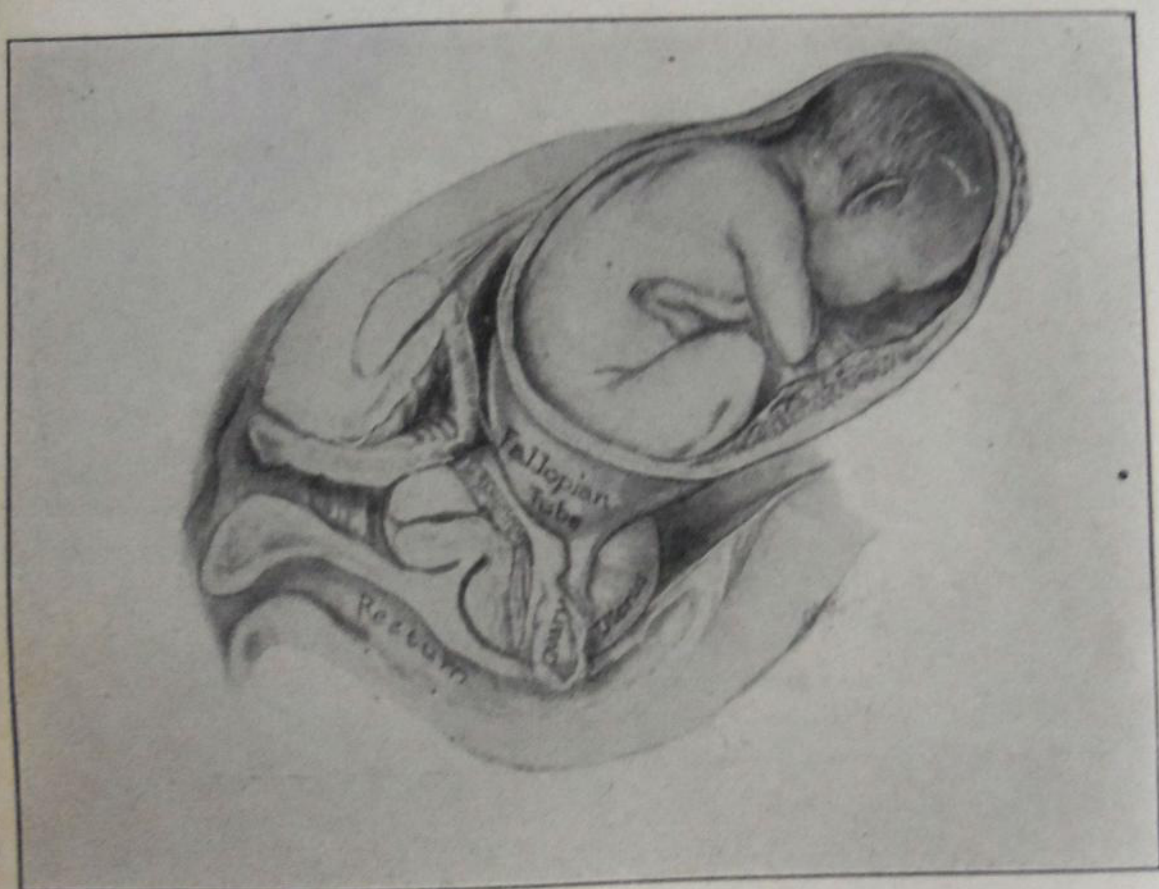


Fig. 1

Prenhez tubária direita de termo. Notar o útero em retroversão.

culoso da trompa (SHANNON), seja por outra causa, ou inferior a inserção da placenta, nada de característico poderemos obter pelo tocar, havendo, até, a possibilidade de confusão com o fibromioma pélvico.

Prova de Hoehn — Esta prova consiste na verificação da existência de contração do saco fetal, pela injeção de pituitrina para o diagnóstico diferencial com a prenhez ortotópica. No caso da gestação ser ectópica o saco fetal não se contrai e o tumor uterino, lateralizado, apresenta contração.

Radiografia simples — DE LEE e MICULICZ-RADECKI aconselham a radiografia simples para o diagnóstico da prenhez tubária de termo. INFANTOZZI em 1943, reclama a prioridade de um sinal radiológico para o diagnóstico da prenhez tubária avançada. Consiste o mesmo na verificação, pela radiografia simples, de um feto dentro *de um invólucro fino*. No caso da gestação ser localizada em corno rudimentar o feto aparecerá num *invólucro grosso* que se assemelha ao útero.

O método de INFANTOZZI, constitui um ótimo auxiliar para o diagnóstico dessa rara ocorrência.

Histerosalpingografia — A histerosalpingografia constitui outro método propedêutico de escolha para o diagnóstico da prenhez tubária. Efetivamente, a radiografia com o meio de contraste intra-úterino, permite isolar o órgão da gestação do saco fetal.

A imagem histerográfica na prenhez tubária apresenta-se mais ou menos triangular, isto é, tem a forma normal da cavidade uterina, mesmo quando comprimida pelo saco fetal justa-úterino. Na eventualidade da existência de corno rudimentar grávido a imagem radiográfica do útero não apresenta a forma triangular comum, mas é comprida e mais delgada do que normalmente, pois se refere apenas a um hemiútero.

TRATAMENTO

O tratamento da prenhez tubária, na segunda metade da gestação é muito discutido pelos autores e difícil é dizer com quem está a razão.

Por princípio deve-se, desde logo, ao encarar o problema terapêutico, considerar os casos de feto vivo e os de feto morto. Se o feto está vivo deve-se, levar em conta os interesses maternos, fetais ou de ambos. Se quisermos atender unicamente ao feto a melhor época para a intervenção é a 38.^a semana, quando se obtém maior número de fetos capazes de sobreviver, segundo estatísticas de SCHUMANN.

Ao contrário, atendendo-se aos interesses maternos, preferem certos autores modernos, como HÖHNE e outros, a operação do 5.^o ao 7.^o mês de gestação, época em que a inter-

venção é mais simples, menos grave e não expõe a gestante à ruptura e infecção ovular. Para estes AA. só a negativa formal da mulher indicará a expectativa.

Procurando atender aos interesses maternos e fetais, julga um terceiro grupo de AA. que a melhor orientação consiste na intervenção no 8.^o mês, sem esperar o *falso trabalho*, a menos que o estado materno force a mão do cirurgião. Dificuldade grande nesses casos constitui a extração da placenta.

Baseando-se na dificuldade da extração placentária nas intervenções sobre feto vivo, um último grupo de obstétricas prefere aguardar o óbito fetal e 6 a 8 semanas após, praticar a operação. Nestas condições, a obliteração dos vasos do "*locus placentarius*" permite a extração da placenta com facilidade maior.

Considerando-se que a gravidez tubária depois dos cinco meses raramente apresenta complicações, parece-nos que a orientação mais ponderada e mais certa consiste em aguardar, pelo menos, a viabilidade fetal.

Desnecessário será dizer que, em geral, deveremos aguardar até a maturidade fetal, a menos que o estado da gestante indique a operação.

Tal conduta tem oferecido excelentes resultados nas mãos de especialistas de renome, como PINARD, NEUGEBAUER, SITTNER, que intervinham no início do nono mês de gestação. É claro que nesses casos a mulher deve permanecer em ambiente hospitalar e em absoluto repouso, ficando o obstetra em *expectativa armada*. Se o feto está morto a opinião dos AA. é unânime. Indicam todos eles a intervenção que evita a infecção, a supuração e a perfuração.

Resolvida a intervenção, três possibilidades podem ocorrer:

1.^o) O *saco ovular* é facilmente deslocável — Neste caso pratica-se a extirpação total do mesmo (feto e placenta) (Fig. 2). Conforme a localização placentária podem ocorrer hemorragias às vezes drâmáticas, fulminantes. A mortalidade materna é de 15%, segundo DE LEE.

2.^o) O *saco ovular* não é facilmente deslocável — Nesta hipótese abre-se o mesmo, retira-se o feto e, na impossibilidade de descolar a placenta, pelas suas relações íntimas com a parede pélvica ou com órgãos abdominais de importância vital, apre-

senta-se ao especialista outro problema de difícil solução. Opinam uns pela marsupialização da placenta que se elimina subsequêntemente. Aquí também, existem os perigos de hemorragias secundárias fulminantes, infecção e caqueixa. A mortalidade é alta. Segundo DE LEE, é de 45% e, para MORGANTINI 40%.

Outros preferem, nesta 2.^a possibilidade, abandonar a placenta no seu local de inserção e fechar o abdômem sem

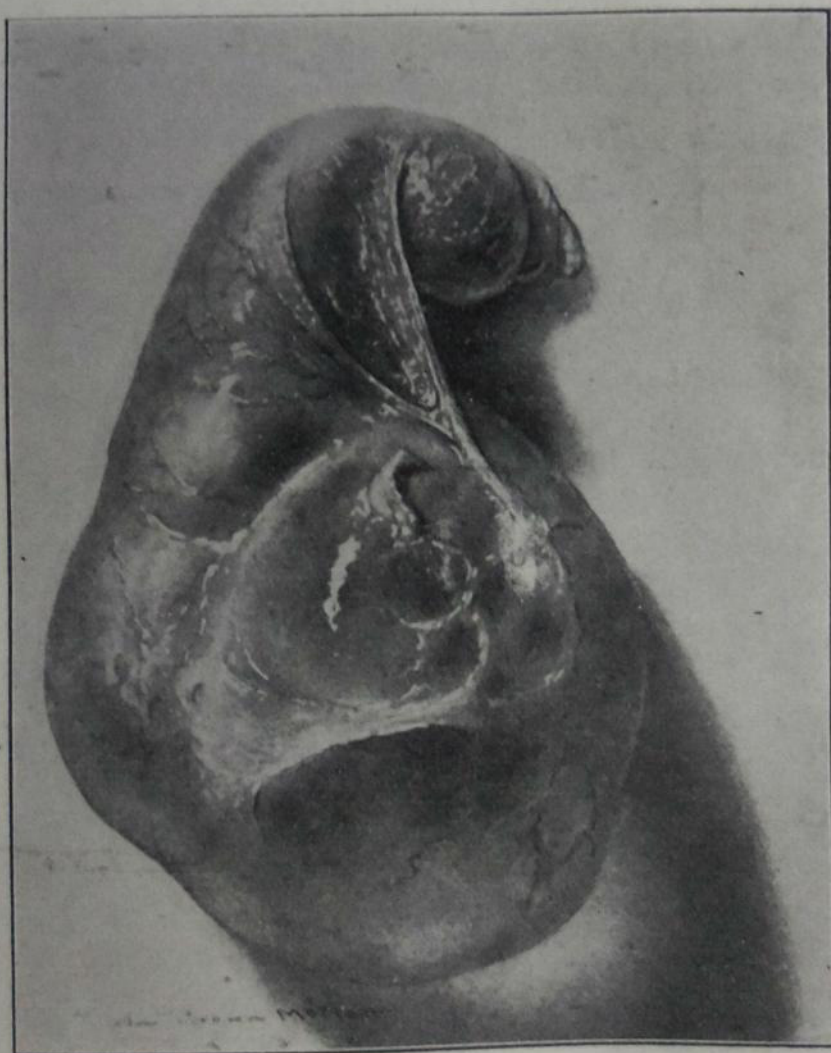


Fig. 2

Saco ovular da prenhez tubária de termo.

drenagem, como o faz BECK. No caso de infecção praticam a colpotomia posterior. Esta última orientação deve-se a PAULO NEGRI que a praticou pela primeira vez confiando na reabsorção da placenta. No caso de WARE, HUDNALL e MAIN em que foi praticado este processo, dois meses após a intervenção palpava-se ainda, a placenta através das paredes abdominais. Os poucos casos publicados sobre o abandono

placentario "*in situ*" não são suficientes para que se forme juízo a respeito do processo terapêutico.

Achamos que a orientação mais segura é representada pela extirpação total de todo o saco ovular.

Efetivamente, como muito bem afirma CÓNILL, quando a intervenção terminou com a extirpação da placenta, o cirurgião sente-se muito mais satisfeito e seguro da sua obra do que quando deixou marsupializado o ovo, para que a placenta seja expulsa total ou fragmentada nos 15 primeiros dias do decurso pós-operatorio ou então quando confia no mecanismo de atrofia e reabsorção, já que em ambos os casos se podem produzir estados sépticos irremediáveis. VARGAS prefere o processo radical, pois acha mais fácil dominar a hemorragia do que a infecção.

Recorrendo-se às estatísticas de GIESSEN verifica-se que a extirpação radical do ovo dá uma mortalidade de 25% e que esta atinge a 60% nos casos do seu abandono *in loco*.

A favor dos dados obtidos por GIESSEN fala, também, a estatística de ELSHOLZ que apresenta 20% de mortalidade na extirpação total do ovo e 50% no caso contrário.

ANATOMIA PATÓLOGICA

A localização do ovo na prenhez tubária pode ser em qualquer das três porções da trompa. Dai as três variedades de gravidez tubária: *ampular*, *ístmica* e *intersticial*. Destas é a gestação ampular a que, mais freqüentemente chega ao termo.

Constitue também, fator de grande importancia na evolução ao termo da gravidez tubária, o ponto da circunferência da trompa onde se aninha o ovo. LICHTENSTEIN distingue três maneiras de implantação ovular nos oviductos. A implantação *basiotropa*, em que o ovo se aninha na parede tubária em relação com o meso-sálpingio; a nidação *acrotropa*, na qual a implantação se dá na parede oposta do oviducto; e a implantação *equatoriotropa*, quando a nidação se faz em um ponto intermediário. Afirma o mesmo autor que na segunda e terceira formas de implantação, a gravidez se interromperá por ruptura.

Na inserção *basiotropa*, ao contrário, a gestação atinge o termo em cerca de 80% a 90% dos casos.

A trompa grávida pode ficar completamente livre na cavidade abdominal, apenas fixada ao útero pela sua inserção; pode desenvolver-se entre as folhas do ligamento largo, delaminando-as; e, finalmente pode localizar-se atrás dêste ligamento, ocorrência muito mais rara.

O conhecimento destas variedades no desenvolvimento do saco ovular apresenta interesse, pois conforme seja a trompa grávida intraligamentar, retroligamentar, ou pediculada e livre na cavidade abdominal, mais difícil ou mais fácil será a sua extirpação. (fig. 3) As paredes da trompa grávida de termo sofrem tal hiperdistensão, tornam-se tão delgadas, que atrofiam-se desaparecendo as suas fibras musculares.

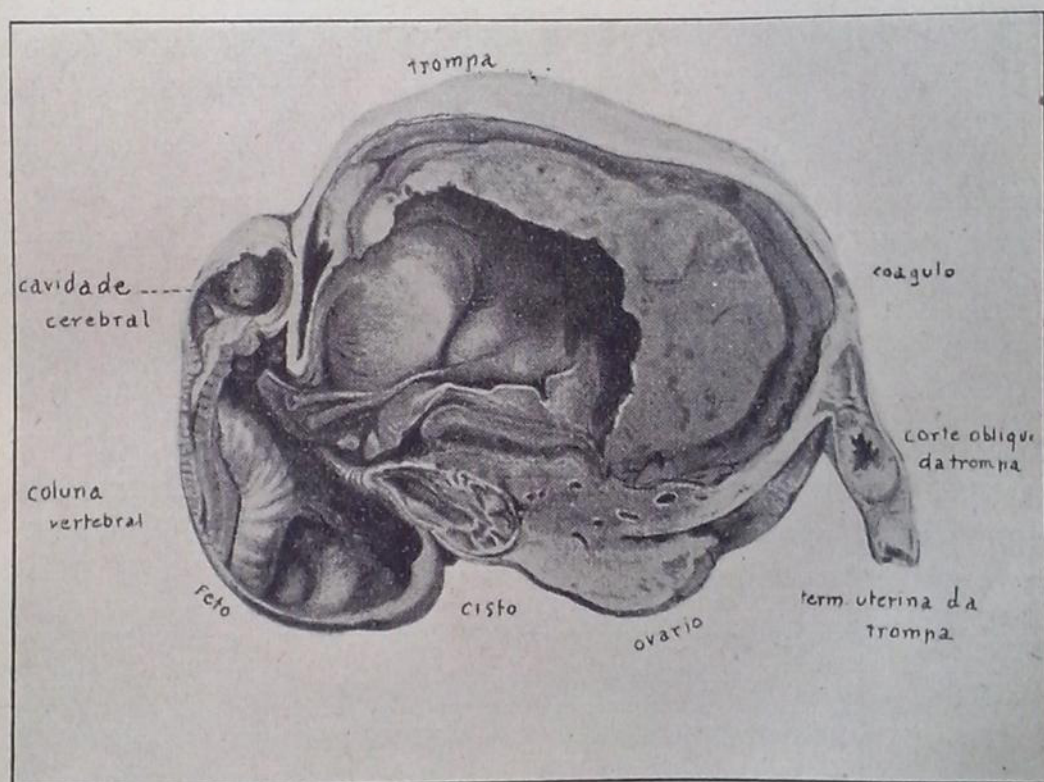


Fig. 3

Prenhez tubária avançada e intacta com apoplexia do ovo (CULLINGWORTH)

CAUSAS QUE FAVORECEM A EVOLUÇÃO AO TÉRMO DA PRENHEZ TUBÁRIA

Os fatores que favorecem a evolução ao termo da prenhez tubária são os seguintes:

- 1.º) Inserção do ovo na região ampular e intersticial;

2.º) Pedículo suficientemente longo que permita ao ovo cair no fundo-do-saco de DOUGLAS e desenvolver-se na pequena bacia, contraindo adêrencias com os órgãos vizinhos, provocando fenômenos irritativos e dando lugar à formação de falsas membranas que reforçam as paredes do saco ovular.

3.º) Reação suficiente, por parte da parede da trompa, hipertrofiada e hiperplasia dos tecidos conjuntivo e muscular.

4.º) Inserção da placenta na porção da trompa que corresponde ao mesosalpíngio, condição indispensável para LICH-TENSTEIN (implantação basiotropa).

O FETO NA PRENHEZ TUBÁRIA DE TÊRMO

Tais são as anomalias que apresenta o feto da prenhez tubária de termo, comprometendo-lhe não raras vezes, a vitalidade, que DÖKDELEIN considerava, nêstes casos, o produto da concepção um fator desprezível no problema terapêutico da moléstia.

Dos 30 casos reunidos por CÓNILL, somente 50% dos fetos nasceram vivos. Dêstes fetos, alguns faleceram logo em seguida ao parto, e em vários observaram-se malformações congênitas. Donde se conclue que raramente têm vida duradoura os nascituros das prenhezes tubárias de termo.

Em apóio à conclusão de CÓNILL citaremos a estatística de BECK referente à sorte de 247 fetos vivos e maduros, nascidos de gravidez ectópica. De todos êles, 146 tiveram vida efêmera de 1 a 2 dias; 32 sobreviveram, apenas, 1 mês e 49 conseguiram atingir 1 ano de vida. Êstes dados concordam com os obtidos por MUNDEHL, onde 50% dos fetos nasceram vivos. Dos nascidos vivos, observou MUNDEHL que a metade era teratolológica.

As malformações apresentadas pelos fetos são devidas às compressões que os mesmos sofrem no interior do saco ovular tubário, onde em geral, existe o oligâmnio ou mesmo a ausência do líquido âmnico.

Tais anomalias são representadas pelo "*pied bot*", mãos arqueadas, *torcicollis*, impressões no ombro e no maxilar inferior.

O feto do nosso caso apresentava deformações compressivas na metade direita do *maxilar inferior* (Fig. 4) e "*pied bot*" (Fig. 5). Essas malformações, aliadas ao oligâmnio vêm mais uma vez provar a importância do líquido amniótico como protetor do produto conceptual.



Fig. 4

(Caso da nossa observação)

Feto vivo de prenhez tubária de termo apresentando deformações compressivas da metade direita do maxilar inferior.

Os fetos que possuem capacidade vital que lhes garante sobrevivência maior têm o seu futuro assegurado pelos progressos da ortopedia moderna que, em geral corrige tais anomalias.

Disto concluimos que a afirmativa de DÖDERLEIN, julgando desprezível a vida de tais crianças não pode encontrar eco entre os obstétricos e ginecologistas modernos. O feto tem, como muito bem acentua CÓNILL, dignidade biológica. Tem vida igual à de todos os entes humanos.

Os defeitos conseqüentes à sua própria localização no ventre materno, são passíveis de correção ortopédica e nunca seriam

argumentos favoráveis para o seu abandono, como ente desprezível como quer DÖDERLEIN.



Fig. 5

(Caso da nossa observação)

O mesmo feto no qual pode-se observar bem o "pied bot".

OBSERVAÇÃO

L. S., 34 anos, branca, belga, casada.

Antecedentes pessoais e hereditários: — Nada digno de nota.

Antecedentes obstétricos: — Três partos de termo, o primeiro a fórceps e os dois últimos, normais. Não teve abortamentos.

Puerpérios e lactações normais. Último parto ha 7 anos.

Antecedentes menstruais: — Menarca aos 15 anos. Duração: 3 a 4 dias. Quantidade — Regular. Intervalos: — 27 dias. Não refere fenômenos dolorosos ou sintomas gerais durante a crise catamenial. Última menstruação: — 28-5-1940.

Corrimento: — Não refere.

Queixa: — Amenorréia de 2½ meses, náuseas e vômitos de grande intensidade, dores hipogástricas, nervosismo.

Histórico da moléstia: — Em 2-8-1940 examinamos, pela primeira vez a paciente, em nosso consultório. Amenorréia de 2½ meses, queixava-se a doente, de dores hipogástricas acentuadas, náuseas e vômitos de grande intensidade. O exame ginecológico praticado, nessa ocasião, revelou o útero em retroversão móvel, aumentado de volume e para o lado do anexo direito, um tumor cístico do tamanho de uma noz. O diagnóstico estabelecido foi o de prenhez em útero grávido retrovertido e ovarite cística direita. Receitamos à paciente *Progestina* em doses desensibilizantes e aconselhamos que, um mês depois, voltasse ao nosso

consultório, a fim de verificarmos se, com o evoluir da gestação, o útero abandonava a posição anormal.

Em 6-9-1940 fomos chamados para ver a doente que se queixava de dores muito intensas no abdômem, retenção de urina e acentuada constipação intestinal (não evacuava havia 5 dias).

O toque revelou o útero grávido de $3\frac{1}{2}$ meses, em retroversão e encarcerado. A ovarite cística havia desaparecido.

Praticamos a sondagem vesical e, em seguida, a manobra de SCHULTZE, pela qual conseguimos repôr o útero em anteversão.

Dois dias depois tivemos notícias da paciente que havia melhorado muito, sentindo, apenas dores hipogástricas de pequena intensidade. Perdemos de vista a doente até que em 3-3-1941 somos chamados novamente para vê-la, pois julgava-se em trabalho de parto. Contou-nos, então, que desde a última vez que a tínhamos visto as dores continuaram, a principio pouco acentuadas, mas logo depois de intensidade crescente e, ultimamente, com dificuldades à micção e, principalmente, rebeldíssima constipação intestinal, só evacuando com o auxílio de clisteres.

Nesse dia apresentava pequena perda sanguínea e dores intensas e ritmadas.

Feito o exame obstétrico encontramos um feto de termo com batimentos cardíacos bem audíveis no quadrante inferior direito do abdômem, para fora da *linha de RIBEMONT* e sem anormalidades. Pelo toque não encontramos os rebordos do colo que parecia completamente dilatado, a bolsa parecia íntegra, a apresentação céfalica, insinuada, na altura do plano O de DE LEE e em O. D. P.

Diante do exame removemos a doente para a Casa de Saude Matarazzo. Ao chegar ao hospital, novo exame praticado, veio fazer com que estabelecêssemos um diagnóstico que indicou intervenção imediata. Encontramos pelo tocar o colo úterino de aspecto normal, mas anormalmente situado, muito alto, acima da sínfise púbica e portanto a apresentação insinuava-se hiperdistendendo a parede posterior do segmento inferior. Contracções enérgicas. Iminência de rutura do segmento inferior.

Aplicada uma ampola de *cloridrato de morfina* foi indicada a cesárea.

Anestesia geral pelo balfosórmio. Aberto o ventre constatamos o terceiro erro de diagnóstico neste caso. O útero, aumentado de volume (tamanho de um punho de adulto) encontrava-se muito elevado e completamente anteposto. Toda a escavação pélvica e parte do abdômem era ocupada por um saco fetal hiperdistendido de paredes finas, ricamente vascularizado, transparente em alguns pontos por onde o feto podia ser visto. Esse grande saco ovular que estava íntegro era constituído pela trompa direita. Feita a abertura do referido saco retira-se dêle um feto vivo que apresentava *deformações compressivas do lado direito da face* (maxilar inferior) e "*pied bot*". Extirpa-se o saco ovular que não mantinha aderências com os órgãos vizinhos.

O referido saco foi extirpado juntamente com a placenta de pequena espessura e que se estendia por toda a superfície intraligamentar da trompa (implantação basiotropa).

Em seguida fecha-se a parede por planos separados.

Logo após o fechamento do peritônio a paciente entra em síncope respiratória, falecendo apesar de todas as manobras tentadas para remover o acidente.

O nascituro continuava em boas condições até 8 meses após a operação. Depois desse tempo perdêmo-lo de vista.

COMENTÁRIOS

Este caso é cheio de ensinamentos.

Chama-nos a atenção desde o início a evolução acidentada da gestação, com fenômenos dolorosos compressivos e constipação intestinal intensíssima.

Outro fato interessante consiste nas contrações ritmadas do saco fetal, simulando o trabalho de parto do útero, pois considerando-se a delgadez das paredes do referido saco, custa a crêr, que as contrações que observamos pudessem dêle partir.

É difícil compreender também, que a gestação atingisse o termo com a hiperdistensão da trompa a ponto de torná-la tão delgada que o feto era visto através das suas paredes. Se houvesse um processo tuberculoso tubário espessando a parede do órgão, como no caso de SHANNON, compreenderíamos, mais facilmente, a evolução avançada da prenhez. Mas em trompa normal, como a da nossa doente a observação é extremamente rara.

O nosso erro de diagnóstico, neste caso, foi *completo*.

A princípio, examinando a paciente em casa, como não encontrássemos pelo toque o rebordo do colo e como sentíssemos a cabeça fetal insinuada em O. D. P. através de uma tênue membrana, fizemos diagnóstico de trabalho de parto normal com dilatação completa do colo. No Hospital, um exame mais meticoloso permitiu o encontro do colo úterino sem esvaecimentos, nem dilatação e anteposto por trás da sínfise púbica, o que nos levou à conclusão de que o polo cefálico fetal se havia insinuado hiperdistendendo a parede posterior do segmento inferior.

Tal fato levou-nos à solução cirúrgica do caso.

O diagnóstico só foi feito a ventre aberto, pela constatação do útero íntegro e isolado do saco fetal que era constituído pela trompa direita, principalmente na sua porção ampular e sem aderências com órgãos vizinhos.

A placenta, de espessura delgada, extendia-se por toda a superfície *intraligamentar* da trompa (implantação basiotropa) e foi facilmente extirpada com ela.

O feto retirado pela incisão do saco ovular, estava vivo e apresentava lesões decorrentes das compressões sofridas, como deformação da metade direita do maxilar inferior e "*pied bot*".

O presente caso foi, pois, um achado de cirurgia obstétrica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) AHUMADA, J. C. — Tratado Elementar de Ginecologia — II.º vol. 1936.
- 2) BAR, P., BRINDEAU, A. e CHAMBRELENT, J. — La Pratique de l'Art des Accouchements — Vol. II.º — Segunda Edição — Asselin et Houzeau — Paris — 1909.
- 3) CHRISTITCH, M. S. — Un cas de grossesse tubarie operé après terme — Bull. de la Soc. de Gyn. et d'Obst. de Paris — Pag. 264 — Abril de 1939.
- 4) CÓNIL, V. — Embarazo ectópico — Savat Edit. S. A. — 1940.
- 5) CULLINGWORTH, C. J. — Diseases of the fallopian tubes — Henry J. Glaisher — Londres — 1902 — Pag. 66.
- 6) DECANIO, A. — Gravidez tubária de termo, sem rutura — An. Paul. de Med. e Cirurgia — Julho de 1937.
- 7) DE LEE — The principles and practice of Obstetrics — 1938.
- 8) FINK, H. — Full term tubal pregnancy removed at operation two years after the expected date of confinement — Am. J. Obst. and Gyn. — 28: 454, 1939.
- 9) HEINZ, H. — Report of a case of six month's unruptured isthmical Tubal pregnancy — Am. J. Obst. and Gyn — 24: 757, 1932.
- 10) HULL, E. T. — An unruptured interstitial pregnancy at term — Am. J. Obst. and Gyn. — 28: 45, 1934.
- 11) INFANTOZZI, J., XIMENO, A. R., CROTTOGINI, J. J., GIAMPIETRO, A. e POU de SANTIAGO, A. — Gestación casi a término en un cuerno uterino y embarazo tubario casi a término com feto muerto — Obst. y Gyn. Latino-Americanas 1: 525, 1943.

- 12) PEREZ, M. L. — Tratado de Obstetricia — Ed. Aniceto Lopes — Buenos Ayres — 1936.
- 13) SCHUMANN, E. A. — Observations upon full term unruptured tubal pregnancy — Am. J. Obst. and Gyn. — 33: 570 — 1936.
- 14) SHANNON, D. — Tubal pregnancy associated with tubal tuberculosis — Am. J. Obst. and Gyn. — 45: 347, 1943.
- 15) STOECAËL, W. — Tratado de Obstetricia — Ed. Espanhola — Editorial Modesto Usón — Barcelona — 1931 — Vol. II.º.