

Luiz Raposo

Móla Hidatiforme

A propósito de três casos clínicos
de observação pessoal



COIMBRA

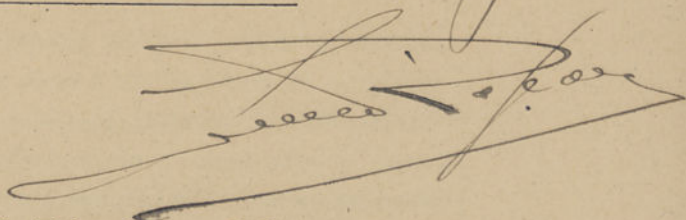
GRÁFICA CONIMBRICENSE, LIMITADA

—
1922

RC
MNCT
618
RAP

*Do caro Francisco, com
seus grandes abraços, o Sr.*

Luiz Raposo



Móla Hidatiforme

A propósito de três casos clínicos
de observação pessoal



INSTITUTO DE CARVALHO

PC

MNCT

GAB

RAP



COIMBRA

GRÁFICA CONIMBRICENSE, LIMITADA

—
1922

MÓLA HIDATIFORME

Suas relações com os quistos luteicos do ovário e chorio-epitelioma.

Terapêutica

A *móla hidatiforme* equivale anatomo-patológica-mente a uma *degenerescência quística das vilosidades choriais*. É, portanto, um tumôr do chorion e que ocupa, justo é dizê-lo, entre as afecções ovulares um dos lugares primaciais.

O conhecimento da móla hidatiforme data desde os tempos primitivos da medicina. HIPPOCRATES, e GALENO falavam já « duma massa carnuda, informe e dura que se desenvolve na madre das mulheres em lugar do feto e em virtude duma concepção imperfeita ». É à móla, pois, que estes autores se referem.

A significação que a êste tumôr chorial foi atribuída desde então até aos nossos tempos tem sido a mais variada, como se compreende, dada a singeleza e deficiência dos meios de observação.

Modernamente, com os progressos da Anatomia Patológica, as ideias sôbre a *móla* precisaram-se mais; todavia, muitos pontos obscuros ficam ainda por aclarar devidamente e em especial no que diz respeito à sua *naturêsa* e *etiologia*.

*

A *móla* hidatiforme foi considerada por WIRCHOW (1) (1867), como uma *degenerescência mixomatosa do chorion* que resultava, em seu entender, duma proliferação neoplásica do tecido mucoso central das vilosidades.

Esta *naturêsa* não foi, porém, aceite de futuro. MARCHAND (1895) e OUVRY (1897) explicam-na por uma alteração do epitélio das vilosidades choriais. Segundo DURANTE (2) (1909) resultaria antes de lesões de endarterite obliterante dos vasos das vilosidades.

Para BUM e com êste a maioria dos autores: « *O facto primordial consiste na proliferação das duas camadas das células epiteliais que revestem as vilosidades nos primeiros meses da gravidez: do sincitium e da camada celular de LANGHANS.* » (3) Trata-se, portanto, dum chorio-epitelioma e na realidade o que é a *móla* hidatiforme senão um *chorio-epitelioma quístico* ?

(1) Cit. por BUM — *Précis d'Obstetrique* — pág. 386.

(2) MARCHAND, OUVRY e DURANTE — cit.º por RAOUL BOURGUET — *De la môle hydatiforme* — *Thèse de Montpellier* — 1922.

(3) BUM — loc. cit. pág. 386.

*

Sobre a etiologia da *móla hidatiforme*, nada ainda se conhece de positivo.

A endometrite seria para WIRCHOW a sua causa mais freqüente. CURTIS e OUI (1) e NORDENTOLFT, (2) citam, porém, alguns casos de *móla* com a mucosa uterina inteiramente normal, o que quer dizer que a teoria de WIRCHOW não satisfaz, pelo menos, para a generalidade dos casos.

A tuberculose, o alcoolismo e especialmente a sífilis constituiriam segundo JAYLE e HALPERINE (3) a sua causa principal.

Para BERRY HART (4) a gravidez molar seria antes originada por uma insuficiência tiroide fetο-materno.

Sem que o facto possa constituir uma prova em favor desta hipótese lembremos, todavia, que em um dos casos por nós observado (obs. II), a mola evolucionou numa doente sofrendo de papeira e com perturbações de desequilíbrio tiroideu manifestas. *A priori*, admitimos bem que as lesões tiroidéas possam provocar alterações ovulares, dada a inter-relação que existe entre as modificações da tiroide e a boa evolução do estado gravídico: tratando-se porém

(1) CURTIS ET OUI — Contribution à l'étude de la môle dissécante ou pénétrente — « *Annales de Gynec. et d'Obst.* — junho 1913 — pág. 321. »

(2) NORDENTOLFT — *Wgeskrift für Loegen* — 1918 — Hº 52 — pág. 2139 — in *These de RAOUL BOURGUET* — loc. cit.

(3) JAYLE et HALPERINE — *Presse Médicale* — 1919 N.º 39.

(4) Cit. por BRINDEAU — *L'art des accouchements*, T. II pag. 500.

dum único exemplar, não ousaremos tirar conclusão alguma a êste respeito.

Outros autores, dada a freqüência com que a *móla* e as formações quísticas dos ovários coexistem, entendem que é nas alterações ováricas que deve filiar-se a degenerescência molar. Mais adiante nos referiremos de novo a êste ponto e então verêmos a pouca viabilidade d'este conceito, cuja interpretação se faz melhor, digamo-lo já, em sentido inverso, isto é, que as alterações quísticas dos ovários são antes um efeito do que a causa da gravidez molar.

*

E eis, resumidamente, as ligeiras noções gerais sobre a *móla hidatiforme*, que à frente dêste *esbôço clínico* importava fornecermos.

*

Móla hidatiforme e quistos luteicos do ovário: — Sabe-se hoje que é bastante freqüente a coexistência de quistos dos ovários com a *móla hidatiforme*. Êste facto vem sendo assinalado desde GREGORINI (1795).

Deixado no esquecimento na primeira metade do século XIX, nós vêmo-lo renascer na segunda parte dêste século com os trabalhos de HOLL, BARNES, FRITZ e WALDEYER (1) os primeiros que procuraram

(1) Cit.º por JEAN COTTALORDA — « La mole hydatiforme, le chorio-epitheliome ». *Gynec. et Obst.* — 1921 — t. IV, n.º 2, pág. 125.

estudar as relações que existem entre estas duas afecções.

Só, porém, a partir de 1893, depois dos trabalhos de MARCHAND, é que estes estudos se tornam mais perfeitos.

Em 1900 CALDERINI apresenta pela primeira vez no Congresso Internacional de Paris três exemplares clínicos em que *Mola Hidatiforme* e *quistos dos ovários* coexistiam, insistindo êle na relação íntima que se nota entre estas duas afecções, e sobretudo no facto dos quistos do ovário serem quasi sempre de natureza *luteica*.

Desde essa data tem sido numerosos os trabalhos tendentes a demarcar a influência recíproca dos quistos luteicos e da mola, sendo também elevado o número de comunicações a êste respeito apresentados nos Congressos de Obstetrícia. Das mais recentes e de maior interêsse destacam-se as de POTOCKI (*Na Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Paris, em Julho de 1920*) as de HAYEM, JEAN COTTALORDA, SILHOL e GUERIN-VALMALL (*Na Sociedade de Cirurgia de Marselha, em Março de 1921*).

A importância da inter-relação da gravidez molar e das formações quísticas dos ovários é suficientemente definida por P. BAR quando diz, que os quistos luteicos, são por assim dizer as testemunhas da gravidez molar e que é por eles, sobretudo, que devem ser postas as indicações operatórias da mola (1). Segundo êste

(1) P. BAR — *Archives Men. d'Obstet. et de Gyn.* — 1916, pág. 49.

autor a coexistência destes quistos com a *Móla hidatiforme* verifica-se em 56 % dos casos.

É para notar que os quistos luteicos da móla são quasi sempre bilaterais (BAR, POTOCKI (1), JEMTEL (2), FISCH (3), facto a que é necessário atribuir uma certa importância para o diagnóstico diferencial com os restantes quistos dos ovários que são como regra unilaterais.

Segundo KELLER (4) a estrutura dos quistos luteicos que acompanham as molas deve considerar-se também um tanto diferente da dos restantes quistos luteicos do ovário — « O seu volume seria maior e a camada de células de luteína, mais fina, toca directamente a cavidade quística ». Segundo este autor, estes quistos representam, muito provavelmente, uma degenerescência quística dos folículos.

O volume dos quistos luteicos que acompanham a *Móla hidatiforme* é muito variável; todavia, só mui raramente ultrapassam as dimensões dum ovo. Segundo POTOCKI e FISCH (cit.^{os}) observam-se a maior parte das vezes em conglomerado, 5 a 20 quistos, e quando assim o volume de cada um deles não ultrapassa como regra o duma ervilha ou ovo de pomba. Os ovários podem tornar-se, portanto, poliquísticos,

(2) POTOCKI — *Soc. d'Obs. et de Gin. de Paris* sessão de 14 de Junho de 1920, in *Gyn. et Obst.* — 1922 — t. II, n.º 30 pág. 172.

(3) JEMTEL — *Tumeur Kistique de l'ovaire à mole hydat.* — *L'année Médicale de Caen* — Junho 1920 — pág. 142.

(4) FISCH — *Kistes luteiniques et mole hyd.* — These de Paris — 1920.

(5) R. KELLER — *Études sur les kistes du corps jaunes* — *Gynécol. et Obst.* — 1922 — t. V, n.º 6, pág. 488.

sendo possível confundí-los algumas vezes com a degenerescência poliquística banal.

* * *

Parece demonstrado (BAR, POTOCKI, JEAN COTTARD, etc.) que o aparecimento dos quistos luteicos é quási sempre posterior à degenerescência molar do chorion e, o que é mais, que o seu volume e freqüência com que se manifestam, possui uma relação íntima com a gravidade da mola hidatiforme.

CURTIS e OUI comprovam nítidamente êste facto a propósito da *mola dissecante*, visto terem notado « que quási todas as observações clínicas dêste género indicam expressamente a existência de transformações quísticas dos ovários » (1). PESTALOZZA e ESSEN MOLLER pensam duma maneira idêntica.

P. BAR salienta ainda, « que as molas ligadas estreitamente a lesões ováricas precoces são mais freqüentemente generalizadas e de ordinário não embrionadas e ainda de lesões epiteliais mais desordenadas e extensas » (2).

Por outro lado, nos chorio-epiteliomas de origem molar a percentagem em que se encontram as alterações quísticas dos ovários é também muito elevada, pelo menos 90 p. 100 (POLLOSSON e VIOLLET) (3).

(1) CURTIS et OUI — loc. cit.

(2) P. BAR — loc. cit.

(3) POLLOSSON et VIOLLET — Clorio-epitheliome clinique et thérapeutique. *Annales de Gynec. et Obst.* — maio 1913 — pág. 257.

Quer dizer, é de todo lógico que admitamos, que as lesões quísticas dos ovários devem ser função da gravidade da móla hidatiforme.

Em favor desta hipótese depõe ainda o facto geralmente constatado, de que após a interrupção duma gravidez molar os quísticos luteicos se reduzem espontaneamente, chegando a desaparecer quási sempre que a cura é completa e que, portanto, uma evolução para o *chorio epitelioma* se não manifeste.

Esta maneira de ver é modernamente a mais seguida. Ela veio contrapôr-se a uma outra opinião que considerava a móla como secundária das alterações quísticas dos ovários e a que já nos referimos.

* * *

Patogénicamente o caso passar-se ia assim: Nos primeiros quatro a cinco meses de qualquer gravidez evoluciona a nível do ovário essa glândula transitória que se chama *corpo amarelo*. Uma das suas funções parece ter em vista a adaptação do organismo ao novo estado gravídico, neutralizando a par de outras glândulas de secreção interna, os elementos tóxicos que o crescimento do ovo condiciona. Que de admirar é, pois, que alterações a nível do chorion da natureza daquelas de que nos vimos ocupando e que exacerbam muito as perturbações da natureza gravídica, vão exigir da parte do *corpo amarelo*, ou do ovário duma maneira geral, uma proliferação exagerada, afim de contrabalançar os efeitos dos elementos ovulares?

Pois bem, essa reacção excessiva dos ovários, provocando uma proliferação desordenada de certos elementos de natureza luteica, pôde produzir, e é natural que assim seja, as alterações quísticas de que vimos falando.

* * *

Móla hidatiforme e chorio-epitelioma: (1) Entre os casos sôbre que fundamentamos estas considerações, um há, (Obs. I), em que se aventou o diagnóstico provável de degenerescência chorio-epiteliomatosa, dada a continuação, depois do abôrto e durante dois menses, de pêrdas sanguíneas e ainda da má involução uterina; factores estes que não se explicando por outra afecção, visto os antecedentes da doente serem a êste respeito negativos, nos impunham a suspeição levantada e na dúvida o *tratamento radical instituído*.

Bem sabemos que no chorio-epitelioma a consistência do útero é geralmente mole e no nosso exemplar era rígida, mas repare-se que êste dado é muito falível, como o próprio P. BAR o afirma. O cheiro fétido das pêrdas sanguinolentas pôde faltar também e falta quási sempre nos casos pouco avançados.

A própria biopsia sôbre retalhos de mucosa uterina, curetada para êste efeito, mesmo quando dêsse resul-

(1) Quando dizemos chorio-epitelioma, referimo-nos à variedade maligna, prevenção que julgamos útil, para que não se confunda esta designação com a de móla, que vulgarmente se classifica também como um chorio-epitelioma-benigno.

tados negativos, não modificaria a nossa conduta. A ausência de elementos neoplásicos num exame biopsico, sendo um elemento de muita probabilidade, é certo, em favor da não existência dum chorio-epitelioma, nem por isso pôde julgar-se um elemento de certesa (1).

Estas causas de êrro aumentam nos primeiros tempos da degenerescência chorio-epiteliomatosa, quando afinal mais imperioso se torna o diagnóstico, dada a grande malignidade destes tumores, que dão uma mortalidade post-operatória geral, não inferior a 30 % dos casos. (POLLOSSON e VIOLLET (2) 32,8 %; BRIQUEL (3) 31,5 %; M. SUNDE (4) 33 %). Ora se a ope-

(1) É interessante verificar a êste propósito que uma causa de erro em sentido inverso tem sido assinalada algumas vezes. — Referimo-nos às biopsias positivas, sem que após a operação o exame do útero dê quaisquer indícios de chorio-epitelioma. Por extranho que isto pareça alguns casos dêste género foram narrados por BULIUS, VAN TRANQUE e BRIQUEL. Modernamente JAYLE HALPERINE (*Presse Medicale* — 1919, n. 39) insiste de novo sôbre êste ponto.

À parte um êrro de observação, êste aparente contra-senso, só pôde explicar-se duma das seguintes formas: a) ou porque a degenerescência chorio-epiteliomatosa é ainda de tão pequeno gráu que não dá outros sinais anatomo-patológicos porque se revele, b) ou porque os restos da móla podem assumir um aspecto chorio-epiteliomatoso, sem que própriomente deva admitir-se a existência dum chorio-epitelioma, o que viria depôr em favor da natureza sempre maligna da móla e que certos autores admitem. (BRINDEAU, VINEBERG, etc.).

(2) loc. cit.

(3) BRIQUEL — *Tumeurs du placenta et tumeurs placentaires* — These de Nancy — 1903.

(4) M. SUNDE — Sôbre o chorio-epitelioma maligno: — *XII Congresso dos cirurgiões escandinavos* — 3 a 5 de Julho de 1919 — in *Genec. et Obst.* — 1920 — T. 1, n.º 5, pág. 459.

ração fôr precoce esta mortalidade é susceptível de reduzir-se bastante, d'onde a vantagem dum diagnóstico a tempo.

A nossa apreensão nêste caso foi tanto mais justa, quanto é certo que são muito notáveis as relações de causa para efeito que ligam entre si a móla hidatiforme e o chorio-epitelioma, como podemos vêr.

Segundo a média das estatísticas de SUNDE, POLANO, e SCHWATZER e de que JEAN COTTALORDA (1) nos dá conta, a móla hidatiforme encontra-se na origem do chorio-epitelioma em 50 p. 100 dos casos, quer dizer, ela figura como o mais importante factor etiológico dos chorio-epiteliomas.

Felizmente a percentagem dos casos em que a móla hidatiforme se faz seguir de chorio-epitelioma é bastante mais baixa: 13 % (BRIQUEL); 9 % (POLLOSSON e VIOLLET), isto é, 10 p. 100 dos casos, aproximadamente.

O chorio-epitelioma de origem molar aparece quasi sempre no 1.º mês, ou 2.º, o máximo, após o abôrto molar; eis o motivo porque os casos clínicos devem ser seguidos com o mais escrupuloso cuidado durante êste período. Quando êste tumor se diagnostique, só uma conduta há a ter: a histeréctomia, — « hors de l'intervention pas de salut », diz criteriosamente POLLOSSON.

Terapêutica: O tratamento clássico da *móla hidatiforme* e ainda o geralmente seguido, consiste como se sabe, em provocar o abôrto, deixando ao

(1) JEAN COTTALORDA, loc. cit., pág. 121.

útero o cuidado de expulsar a móla, sempre que nada de impressionante se estabeleça, que nos faça agir duma maneira mais enérgica (1). Supondo que tudo corre bem, como em dois dos nossos exemplares (Obs. I e III), far-se há depois da expulsão *molar* uma revisão uterina, digital ou manual, afim de extrair quaisquer restos que tenham ficado retidos. Uma irrigação intra-uterina, a seguir, com o soluto iodo-iodetado de TARNIER e, eis tudo para muitos.

Se existe infecção ou hemorragia notável a curetagem digital imediata é de regra, se as condições do cólo a permitem. Quando êste não está suficientemente dilatado e uma hemorragia intensa se estabelece, como na nossa Obs. II, um balão de Champetier ou a tamponagem cérvico-vaginal, será o bastante, quasi sempre, para debelar a situação de momento e permitir a dilatação necessária para a curetagem digital ou manual.

— Se se trata duma *móla dissecante*, a conduta clássica é sempre a *histeréctomia*. Esta variedade de afecção deve, para o efeito do prognóstico e da terapêutica, ser considerada em tudo igual ao chorio-epitelioma,

(1) É conveniente notar que nas Obs. II e III e ainda em um outro caso, cuja história clínica não relatámos aqui, o trabalho de abôrto estabeleceu-se nas 48 horas seguintes a um toque de exploração e que propositadamente se completou com uma certa pressão sobre o canal do cólo, feita com o dêdo, à maneira de dilatador.

Se foi casualmente que o abôrto se estabeleceu, nas seqüências desta pequena manobra, não o sabemos! Todavia, nada nos custa admitir que aquela excitação constituísse o motivo determinante suficiente do abôrto, poisque a excitabilidade do útero nos casos de móla hidatiforme é muito maior.

embora a equivalência anatomo-patológica se não verifique.

* * *

Últimamente tem-se proposto certas modificações à conduta clássica que naturalmente importa referir. Elas derivam, especialmente, da importância prognóstica que aos quistos luteicos do ovário, em associação com a móla, se tem atribuído e a que já fizemos as devidas referências.

P. BAR (cit.), tratando das indicações terapêuticas da móla hidatiforme, diz-nos o seguinte: « Quando ao lado duma móla, se observa a presença de quistos ováricos luteicos, é prudente não nos contentarmos com o esvaziamento do útero. Parece indicado praticar a *histeréctomia*, visto haver a recear, especialmente, a possibilidade duma *móla destrutiva*.

« Egualmente deve proceder-se quando, depois da evacuação duma móla se nota que os quistos ováricos continuam a desenvolver-se, e com razão mais forte, quando só então aparecem, pois deve temer-se a vegetação na parêde uterina de elementos molares ».

« Esta indicação dos quistos ováricos é naturalmente muito mais importante quando persistem as hemorragias uterinas ».

JEAN COTTALORDA, perfilha idênticamente esta maneira de vêr.

Segundo estes autores nos casos de gravidez molar simples, isto é, desacompanhada de quistos luteicos dos ovários (não esquecer que são quási sempre

bilaterais) a conduta a seguir deve ser ainda a clássica.

SOLOVIJ (1) e VINEBERG (2) vão mais longe, recomendando a histerectomia para todos os casos de móla hidatiforme.

*

Lamentamos não possuir um número avultado de casos, para de direito e justiça, nos pronunciarmos sobre este importante assunto. Todavia, seja-nos lícito emitir uma opinião. Sem participarmos de extremismos condenáveis, quer pela sua indulgência excessiva, quer pelo seu muito rigôr, que póde ser desnecessário, entendemos que as indicações de P. BAR são correctas e perfeitas quando estabelecem a conduta a seguir nas sequências dum abôrto molar; não concordámos, porém, com as que nos fornece pelo que diz respeito à prática da histerectomia durante a gravidez molar coexistindo com quistos luteicos do ovário.

Quanto a nós, este único sinal de malignidade, que embora importante, póde ser falível, parece-nos não dever merecer a mutilação aconselhada, a não ser talvez, numa grande múltipara ou então numa gravidez molar evolucionando nas proximidades da menopausa. Acresce que os quistos em si, salvo complicações especiais, não exigem tratamento operatório, pois, como dissémos, é de regra retrocederem espontaneamente, desde que a móla evolucione nas suas

(1) SOLOVIJ, cit. por BRINDEAU; loc. cit., pág. 504.

(2) VINEBERG — Hidatid Mole — *The Amer. Jour. of Obst.* — 1911 — pág. 410.

sequências duma maneira favorável. Ora, a função sexual vale por si o bastante para ser poupada a um sacrifício que, nestas circunstâncias, póde ser inútil.

A conduta clássica, portanto, deve ainda nestes casos ser a habitualmente seguida.

*

Nas *mólas dissecantes* e no *chorio-epitelioma* averiguado ou *bastante suspeito*, a histeréctomia encontra, em nosso parecer e segundo o critério geral, indicações completas e urgentes. Por isso nos não arrependemos de a ter aconselhado e depois executado num dos nossos exemplares clínicos (Obs. I).

Toxémia gravídica e gravidez molar.

Relações etiológicas

O problêma sempre instante da etio-patogenia das toxemias da gravidez, leva-nos a que não percamos a oportunidade de nos referir a um dos aspectos principais da gravidez molar e que contribue dum modo valioso para que alguma luz se faça na questão, sôbre muitos títulos interessante, da etiologia da intoxicação gravídica e em especial dos vômitos da gravidez.

*

E' um facto geralmente constatado, que as perturbações tóxicas que a gestação é susceptível de condicionar são particularmente notáveis no caso de se tratar duma gravidez molar. Nesta, como na gravidez pura, pódem aparecer todas as formas de auto-intoxicação gravídica, e, se é facto que ouvimos falar de preferênciam no exagero e maior percentagem das perturbações tóxicas peculiares dos primeiros mêses, (náuseas, vômitos, etc.), isto deve attribuir-se, não à electividade da móla hidatiforme para estas manifes-

tações tóxicas, mas sim a que sobrevivendo o abôrto molar como regra antes do 6.º mês de gestação, não há tempo, muitas das vezes, para que a *albuminúria* e a *eclâmpsia* se instalem, visto estas toxémias serem especialmente peculiares dos últimos meses da gravidez. Todavia, é de notar, que a *albuminúria* é ainda considerada como muito freqüente nos exemplares de gravidez molar, 23,8 % (DOMOND) (1); 57 % (LAVENANT) (2); o que quer dizer que se estabelece precocemente em relação ao período habitual, facto que não pôde deixar de considerar-se como de muito interêsse.

Ora, o agravamento dos fenómenos de toxemia gravídica nos casos de móla hidatiforme, se é certo que tem uma importância apreciável como meio de diagnóstico desta afecção (FIEUX), (3) não o é menos que esta importância é sôbretudo notável pelo que diz respeito aos elementos que nos fornece sôbre a etiologia da auto-intoxicação gravídica, ponto a que em especial julgamos vantajoso fazer algumas referências.

*

A nossa doente (Obs. III), que o bom acaso trouxe à *Clínica Dr. Daniel de Matos*, e que serve de base a estas ligeiras reflexões, é sôbre êste assunto cheia de interêsse.

(1) Cit. por BRINDEAU; loc. cit., T. II, pág. 501.

(2) Cit. por RAOUL BOURGUET; loc. cit., pág. 36.

(3) FIEUX: Relation de la grossesse molaire avec l'auto-intoxication gravidique — *Revue Mens. d'Obst. et Gynec. Bordeaux*, 1903.

A associação dos *vômitos incoercíveis* de tipo grávidico, à *gravidez molar*, que neste nosso exemplar tão patentemente se manifesta, figura, é incontestável, como uma balisa de máximo relêvo, a orientar-nos no conceito a formar sôbre a etiologia dos vômitos da gravidez, pois, vômitos graves e vômitos simples tem originariamente a mesma causa, e sob o ponto de vista etiológico não representam mais do que duas variedades diferentes da mesma toxemia.

Se nos referimos em especial aos *vômitos incoercíveis* é por ser desta modalidade o exemplar clínico que observámos e ainda, porque na apreciação da etiologia dos vômitos graves fica, « ipso facto », inclusa a dos vômitos benígnos, o que evita uma dupla reconsideração sôbre as mesmas questões.

* * *

Os vômitos incoercíveis grávidicos nem sempre tem sido considerados como de natureza tóxica. Assim, tem continuado em campo e em opposição umas das outras, segundo os autores, as três naturezas seguintes:

a) *Reflexa* (MAC. CLINTOCK, BENNET, HIRSCH, COPEMAN, etc.); — e segundo a qual os vômitos seriam função dum reflexo de ponto de partida uterino. A distensão do útero, desvios uterinos, as ulcerações do cólo, constituiriam, conforme os autores, outras tantas causas originárias dêste reflexo. A base séria desta teoria, tem residido nos sucessos que se têm apontado à correção de certos desvios e tratamento de certas lesões do útero, na evolução dos vômitos graves,

b) *Histérica* (KALTENBACH, DOLERIS, WINCKEL, etc.); — e segundo a qual os vómitos gravídicos, mesmo graves, não eram mais do que manifestações d'uma nevrose. Seriam função, portanto, do maior ou menor gráu de impressionabilidade da doente e bem assim duma predisposição histérica geral.

Esta natureza fundamenta-se, também, nos raros casos de cura por sugestão.

c) *Tóxica* (FIEUX e MAURIAC, PINARD, BOUFFE DE SAINT BLAISE, BAR, BRINDEAU, etc.) que os explica por uma verdadeira intoxicação.

A naturêsa tóxica dos vómitos parece-nos hoje devidamente comprovada, dado como é que os caractéres clínicos e anatomo-patológicos depõem inteiramente em favor duma verdadeira *toxemia*, especialmente quando se trata de *vómitos graves*. Seria puéril admitir, à face dos conhecimentos da época, que o « subtractum » da maior parte dos vómitos gravídicos, sôbretudo aqueles que conduzem as doentes à morte e que provocam antes desta desarranjos orgânicos gerais graves (alterações hepáticas, acidose, etc.), era uma causa histérica ou reflexa simples!

Mas, se é factó que a naturêsa tóxica é a que melhor quadra para a quási totalidade dos vómitos gravídicos, a verdade é que, em certos casos, a naturêsa reflexa e bem assim a histérica ajustam-se também à sua explicação, pelo que não poderêmos lançá-las inteiramente à margem. Ora, nós admitimos perfeitamente que uma grávida histérica ou até portadora dum desvio uterino, vomite muito mais fácilmente que uma outra que tenha sido julgada até ao estabe-

lecimento dos vômitos, inteiramente sã; é óbvio que aquelas perturbações funcionarão como uma ótima causa predisponente e possivelmente, até, em certos casos, como causa bastante. Quer dizer, o maior êrro até agora cometido resulta de não se terem apreciado os casos isoladamente, entendendo-se que uma determinada *naturêsa* deve estar geralmente em causa, porque nêste ou naquêle exemplar se obtiveram bons resultados com êste ou aquêle processo terapêutico. Se nos vômitos de fôrma simples nem sempre é fácil distinguir a influência respectiva que cada um dos elementos — *reflexo*, *histérico* ou *tóxico* — teem, o caso simplifica-se quando se trata dos vômitos graves. Estes são, em verdade, na totalidade ou quási totalidade dos casos, de *naturêsa tóxica*.

* * *

A admissão geral da *naturêsa tóxica* dos vômitos gravídicos nem por isso nos resolve o problêma da etiologia, que teima, não obstante muitos esforços em contrário, em continuar oculta.

Super-abundam as concepções teóricas sôbre 'êste novo aspecto do problêma, o que tanto equivale a dizer que escasseiam os dados positivos e práticos. Entre estas, a uma só faremos referência nesta ligeira *Memória*, por receber uma especial confirmação com a história clínica da nossa doente. Referimo-nos à *teoria placentar*.

Segundo esta teoria os *vômitos gravídicos* resultam essencialmente duma auto-intoxicação, produzida, dum

lado, pela acção tóxica, directa ou indirecta, de certos elementôs das vilosidades placentares ou choriais, e do outro, por uma neutralisação insufficiente destes agentes tóxicos por parte da mãe. Tende a admitir-se que a intoxicação primitiva e os vómitos resultantes devem ser função, em grande parte da insuficiência de certas glândulas endocrínicas, especialmente o *corpo amarelo* e as *supra-renais*, que não correspondendo devidamente ao apêlo funcional que a gravidez exige, permitem assim que a intoxicação placentar se produza.

Ora, na gravidez molar, existindo uma super-actividade dos elementos placentares, em relação a um período igual duma gravidez simples, compreende-se muito bem que o organismo da maior parte das mulheres não seja susceptível de reagir funcionalmente o bastante para que uma neutralisação completa dos elementos molares de ataque seja obtida, o que quer dizer, que uma intoxicação se produzirá nesses casos.

Assim se explicam, não só a alta percentagem, mas ainda a maior intensidade dos fenómenos tóxico-gravídicos nos casos de móla hidatiforme e também o insucesso dos meios terapêuticos usuais.

Os vómitos incoercíveis da nossa doente encontram pois, na *intoxicação placentar* a sua razão etiológica mais admissível.

Ora, se o tipo desta toxémia é em tudo idêntico na gravidez molar como na gravidez simples, é óbvio que a sua causa deve ser também igual em um e outro caso.

E outro tanto podíamos dizer das toxémias grávidas em geral.

*

Finalmente, note-se, que não pretendemos negar o importante papel que a certos tóxicos; — de origem intestinal, hepática, renal, etc., — se tem atribuído para a explicação das modalidades diferentes das toxémias grávidas. Muito pelo contrário, admitimos a sua influência, porque dela se infere a interpretação de vários dos sintomas e síndromas das toxémias. Mas estes tóxicos devem actuar antes como *tóxicos secundários*, — devendo até a maior parte considerar-se como um efeito da intoxicação primitiva, que necessário se torna pesquisar sempre na origem das toxémias da gravidez. Ora, esta intoxicação inicial, parece ser, segundo os melhores dados e em especial segundo o bom testemunho da nossa doente, uma intoxicação de causa placentar.

Observação I

R. N. 28 anos, casada, residente em Anadia.

A. H. — A mãe teve sete partos a termo e dois abôrtos.

A. P. — Febre tifoide há 4 anos.

A. V. S. — Menstruada desde os 16 anos. Menstruações regulares enquanto solteira. III gesta.

I. Gravidez: — Sem acidentes. Parto a termo. Creação viva e saudável.

Amenorreica após, concebendo de novo sem a menstruação se ter restabelecido.

2. Gravidez: — Sem acidentes também. Parto a termo e normal. Criança viva e saudável.

Depois do último parto amenorreica durante dois anos. Menstruada a seguir durante três meses. A menorreica a partir de então.

Em janeiro de 1920 suspeitou estar grávida devido ao crescimento do ventre.

Em março iniciaram-se hemorragias uterinas, a princípio semelhando as das menstruações, depois mais intensas e continuadas.

Hospitalisada por êsse facto na enfermaria de Ginecologia dos hospitais, no próprio mês de março.

Em 9 de Junho do mesmo ano estabeleceram-se contrações uterinas semelhando as dos partos anteriores, expulsando neste dia uma mola hidatiforme. Transferida para a Clínica Obstétrica nesse mesmo dia.

Aqui, foi feita uma revisão uterina digital e a seguir deu-se uma irrigação intra-uterina com o soluto de TARNIER.

Seqüências: — Nos primeiros dias: mantem-se apirética e com um corrimento uterino séro-sanguinolento.

Exame em 25 do mesmo mês: — Útero volumoso, consistente, formando um novêlo que se eleva a seis centímetros apróximadamente acima do pubis. Mobilidade dêste, grande. Orifício do cólo: muito reduzido, dando passagem através a um corrimento sanguinolento que se tem mantido quási permanentemente.

Histerometria interna: — Sete centímetros. Cavidade do útero sem irregularidades apreciáveis.

Aparêlho respiratório: — Nada de anormal.

Poucos dias depois dêste exame a doente fez crises dolorosas esternais do tipo anginoso. A auscultação cardíaca não revela lesões valvulares nem dela se deduz qualquer alteração do miocardio. É bom dizer-se que se trata duma doente excepcionalmente nervosa, fácilmente sugestionável, e impressionando-se muito, facto êste que me parece ter bastante importância para a explicação destas crises dolorosas. Foi no entanto administrada uma poção com sulfato de esparteina.

Exame em 4 de agosto: — Útero apróximadamente no mesmo estado. Continuam as pêrdas sanguíneas assinaladas.

Foi transferida em 9 dêste mês para a enfermaria de Ginecologia.

Por se suspeitar dum chorio epetelioma em início de desenvolvimento, haja em atenção o continuar das hemorragias, volume do útero e antecedentes da doente, fez-se em 8 de setembro a Histerectomia-sub-total. Anestesia pelo cloroformio. A operação decorreu sem accidentes.

Seqüências: — Fez um hematoma da parêde abdominal. Teve crises anginosas na tarde do dia em que foi operada tornando-se o pulso muito fraco e frequente. Levantou-se êste estado com auxílio de vários toni-cardíacos.

O hematoma da parêde foi alguns dias depois esvasiado, curando sem qualquer outro acidente.

Exame da peça: — (macroscópico): — Útero um pouco aumentado de volume.

Esclerose uterina. Metrite hemorrágica vegetante.

Degenerescência esclero-quística dos ovários. (Não se fez a análise histo-patológica, o que é para lamentar).

Observação II

M. N., 38 anos, casada, residente em Coimbra.

A. V. Sexual: — Menstruações regulares. — Teve dois partos sem acidentes, o 1.º há 9 anos, o 2.º há três. Creanças vivas e saudáveis.

H. P. — Menstruada pela última vez no mês de maio (1922). Supôs-se grávida pouco depois, dados os vômitos e náuseas, perturbações comuns dos seus estados gravídicos.

Hospitalisou-se na Enfermaria de Neurologia, em princípios de Julho seguinte, visto ter piorado duma afecção nervosa de que está sofrendo há dois anos.

Desde então tem tido pêrdas sanguíneas muito repetidas (quási todos os dias), de intensidade fraca e côr vermelho-vivo ou vermelho-escuro, alternadamente.

Transferida para a Clínica Dr. Daniel de Matos em 5-X. E. A. (5-X): — Continúa perdendo sangue, mas com fraca intensidade.

Útero: — Eleva-se 23 cm. acima do pubis — (na hipótese de se tratar duma gravidez normal a sua altura devia ser apenas de 15 cm.). Consistência: mole. Não se palpam partes fetais.

Toque vaginal: — Cólo amolecido e ligeiramente entreaberto. Toca-se através do orifício interno uma massa de consistência semelhante à da placenta. Não se notam lesões quísticas dos ovários.

A análise de urinas nada revela de anormal.

Pulso: 120.

Papeira especialmente pronunciada do lado direito. Apresenta algumas perturbações que classificamos como devendo resultar dum desequilíbrio tiroideu — (eretismo cardíaco, um certo gráu de atonia ocular, insónias, cefaleia, tem tido algumas vezes ligeiros edemas nos membros inferiores e superiores, etc.).

Em 9-X — Iniciou expontâneamente o trabalho de abôrto às 14 horas. Hemorragias *muito intensas* desde o início. Nesta altura o cólo estava dilatado de dois dedos e apagado completamente.

Fez-se uma tamponagem vaginal de urgência.

A's 18 horas levantou-se o tampão, perdendo nessa ocasião muito sangue. *Extração manual* da mola e irrigação intra-uterina a seguir com o soluto de TARNIER.

Peça: — *Móla parcial* com um feto de 4 meses aparentemente normal. A parte degenerada, a móla hidatiforme propriamente, é muito volumosa tendo o aspecto habitual.

Seqüências: — Endometrite ligeira, sem reacção febril apreciável.

Nota: — Esta história clínica vai até ao 15.º dia do puerpereo, não a salvo, portanto, duma degenerescência chorio-epiteliomatosa.

Observação III

M. E., 40 anos de idade, casada, profissão doméstica, natural e residente em Carvalhal d'Azoia.

A. H. — Nada de notável.

A. C. — Idem.

A. P. — Sofreu do estomago há nove anos: ardor na região epigástrica e regurgitações ácidas. Tratou-se com probabilidade duma dispépsia hipersténica. Curou pouco depois e por completo desta doença.

A. V. S. — Menstruada desde os 14 anos com regularidade.

E' XII gesta. As quatro primeiras gestações terminaram-se por abôrto. As outras fôram a têrmo.

Durante os três primeiros menses de gravidez tinha sempre vômitos, mas de carácter benigno.

H. P. — Menstruada pela última vez de 24 a 28 de Dezembro de 1919. 15 dias depois começou a vomitar, predominando os vômitos ao levantar da cama. Estado nauseoso contínuo. Julgou-se grávida.

Os vômitos agravaram-se de dia a dia. Estes não tinham caractéres fixos. Emagrecia continuamente.

Mês e meio depois da última menstruação caiu ao leito em resultado do agravamento do seu estado.

Variava de menu com freqüência mas nem por isso o seu estado se modificava. Em 3 de Abril (três menses depois da última menstruação) teve pêrdas sanguíneas. Sangue vermelho rutilante. A partir de então fez destas pêrdas amiudadas vezes. Os vômitos continuavam intensos.

O emagrecimento era cada vez mais notável.

Deu neste estado entrada na clínica em 22 de Abril.

Útero: — Globoso e mole. Altura do fundo, acima do pubis: treze centímetros.

Cólo: — De consistência mole semelhante à do cólo gravídico.

Reação de W. negativa.

Aparelhos respiratório e circulatório: nada de anormal.

Volume urinário das 24 horas: — 330 centímetros cúbicos. As urinas de anormal apresentam apenas urobilina em excesso.

Não apresenta quer no seu passado quer presentemente quaisquer suspeitas de histeria.

Foi medicada com 200 centímetros cúbicos diários de sôro fisiológico com vinte gotas de um soluto da adrenalina a 1 por 1 000.

Até 1 de Maio manteve-se sem vômitos nem perdas sanguíneas. Neste dia, porém, os vômitos reapareceram.

Análise de urinas (Em 26 de abril): — Volume urinário, 500 c. c.

Coef. azotúrico, 89, 1 %; — Coef. de MAILLARD, 4, 4 %.. Urobilina em excesso.

Em 1 de maio:

Número de pulsações por minuto 100.

Globos vermelhos: 3.930.000.

Globos brancos: 12.000.

Tensão arterial — Máxima, 11,5; Mínima, 5,6.

Não tem fetidez do hálito.

Suspendeu-se o sôro fisiológico continuando, porém, com a adrenalina.



Em 6 de maio:— Altura do fundo do útero 15^{cm}. (Aumentou 2^{cm}. em 14 dias). Consistência dêste, mole. Não sente movimentos fetais. Auscultação uterina negativa. Tem vomitado algumas vezes.

Medicou-se com mais, 0,10^{gr.} de extracto tiroideu e 0,20^{gr.} de ovarina. Pêso da doente 32^k,500 gr.

Tensão arterial a mesma. Perdas sanguíneas ligeiras de quando em quando. Não expulsa hidatides.

Em 12 de Maio:— estado geral muito máu. Continúa vomitando.

Urinas:— Volume das 24 horas 330 c. c. Coef. azotúrico — 64 %. Coef. de Maillard — 18, 4 %.

Urobilina, excesso. Tem pigmentos e ácidos biliares e ácido diacético. Suspendeu-se a adrenalina. Instituíram-se clisteres diários com sôro lactosado. Injectaram-se nêsse dia 12 c. c. de sôro de mulher grávida normal (8 mêses) A expressão dos seios dá colostro.

Os três dias seguintes não vomitou.

Em 16 vomitou quatro vezes.

Em 19:— injectaram-se de novo 12 c. c. de sôro de mulher grávida normal (8 mêses). Vomitou os dias a seguir.

Como o estado da doente se agravasse muito dia a dia e ainda porque o diagnóstico de móla hidatiforme foi pôsto com toda a probabilidade decidiu-se em 25 fazer o esvaziamento do útero, no dia seguinte.

No dia 26, porém, a doente expulsou espontâneamente uma móla hidatiforme.

Seqüências: Não vomitou mais. O estado geral modificou-se desde logo para melhor.

Em 16 de Junho (vinte dias após a expulsão) a doente pesava já 48,500.

Tensão arterial. Máxima — 11 — Mínima 5,5.

Volume urinário das 24 horas 1300 c. c.

Coef. azotúrico — 58,6%. Coef. de Mailard 14,4%.

Elementos anormais: não contêm.

Teve alta em 21 de Junho, muito melhorada, sem vômitos, o útero reduzido ao volume normal e sem perdas sanguíneas.

Observada de novo, dois meses e meio volvidos, reconheceu-se estar completamente curada.



INSTITUTO DE CARVALHO
FUNDADO EM 1908



RÓ
MU
LO



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

1329683285

