

110
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

900

APRESENTADA POR

900

JAMES LIONEL DOWNING

Intervenções cirurgicas nos primeiros tres mezes de
gestação ectopica

(CADEIRA DE GYNECOLOGIA)



BAHIA
IMPrensa OFFICIAL DO ESTADO
Rua da Misericordia, n. 1

1916



Intervenções cirurgicas nos primeiros tres mezes de gestação ectopica

A gestação ectopica quer dizer a condição de gravidez existindo fóra da cavidade uterina. Na literatura da sciencia da Medicina este assumpto é mencionado pela primeira vez por Abulcasis no seculo dez. Do seculo dezesete em diante é mencionado frequentemente e os membros mais sabios da nossa profissão começaram a estudal-o sob o aspecto d'um assumpto de interesse especial.

N'estes ultimos annos, com o desenvolvimento racional da intervenção cirurgica n'esta complicação formidavel, achamos uma accumulção enorme de literatura tratando d'este assumpto.

Na grande maioria dos casos de gestação ectopica, o ovo impregnado tem logar de aninhar-se na membrana mucosa dos tubos uterinos, antigamente chamados tubos fallopianos. Pela estructura anatomica d'estes tubos, a complicação de gestação ectopica é favorecida quando a passagem do ovo impregnado é retardada no canal do tubo.

Cada um dos dois tubos uterinos tem o cumpri-

mento de 10 centímetros, mais ou menos, com o seu orificio uterino situado no aspecto latero-superior da cavidade do utero.

O tubo é coberto completamente, por meio d'uma dobra da membrana sorosa derivada da superficie do ligamento lateral do utero. O orificio pelvico tem o diametro de cerca de 2 mm. e se acha situado no fundo do infundibulo do tubo antigamente chamado *a expansão da extremidade fimbriada*. O orificio uterino, unindo-se com a cavidade uterina, é pouco menor, com o diametro de mais ou menos 1 mm.

Na sua estrutura anatomica o tubo uterino é composto d'uma tunica sorosa; uma tunica adventicia de tecido connectivo, na qual achamos os vasos e os nervos; a tunica muscular com duas laminas, uma de fibras longitudinaes, a outra de fibras circulares; e a tunica mucosa com a lamina fina de tecido submucoso.

A extremidade uterina do tubo, chamado tambem o isthmo, é menor do que a extremidade pelvica, a ampolla do tubo.

Duas arterias fornecem o sangue ao tubo, uma d'ellas, a maior, derivada da uterina, a outra derivada da ovariana. Os vasos lymphaticos vazam-se nas glandulas do grupo lombar.

Os nervos veem dos dois plexos, o uterino e o ovariano. As fibras afferentes veem dos nervos undecimo e duodecimo thoracicos, e do primeiro lombar.

Factores etiologicos

A gestação ectopica é provavelmente o resultado d'alguma causa mechanica, produzindo condições anormaes no canal do tubo, e assim retardando o progresso do ovo impregnado na sua viagem para a cavidade uterina.

As lesões produzidas pela inflammação chronica do tubo, — *Salpingite chronica*, — são as mais frequentes que achamos no estudo das condições pathologicas n'esta complicação gestante.

A hypertrophia do tubo, que é geralmente associada com a salpingite chronica, pode modificar o movimento peristaltico normal do tubo, ou pode produzir estreituras no canal, de modo que o ovo fertilizado seja bloqueado em sua passagem para o utero. Adherencias pelvicas, retardando o movimento peristaltico normal, ou produzindo a torsão do tubo, ou constrictões e angulos no canal, são causas frequentes que fazem o ovo impregnado aninhar-se n'estas regiões anormaes. Os tumores do tubo, ou do ovario, ou na parede uterina perto do orificio uterino do tubo, podem produzir complicações no canal retardando a passagem do ovo, favorecendo o processo de aninhar-se no canal do tubo.

Anormalidades congenitas, taes como tubos infantis, diverticulos, orificios accessorios, podem causar esta complicação.

Gestação no tubo

Formad demonstrou 35 casos de gestação no tubo n'um total de 3500 autopsias geraes, mostrando que a condição não é rara.

Qualquer ponto da membrana mucosa do tubo pode ser o lugar de prender-se e aninhar-se ovo impregnado, mas na *expansão da ampolla do tubo*, achamos as condições anatomo-pathologicas que favorecem a produção d'esta complicação mais do que nas outras partes do canal; conseguintemente achamos as gestações ectopicas situadas, mais frequentemente nesta secção do tubo. N'esta posição o sacco fetal pode crescer, desenvolvendo-se para cima na cavidade abdominal, a distensão da cavidade do tubo continuando até que a parede do tubo não pode resistir mais á pressão; então acontece a rotura do tubo, e com o seu conteúdo geralmente corre uma hemorragia profusa, passando para a cavidade abdominal. Ou, o feto com o seu sacco pode desenvolver-se, extendendo-se para baixo, dentro das duas divisões ou dobras do ligamento uterino lateral, então continuando o seu crescimento para traz e para cima fóra da cavidade peritoneal—(gestação do ligamento lateral)--até a rotura do tubo pela pressão, quando o conteúdo, com hemorragia, passa para dentro do espaço intraligamentoso formando ali um hematoma extraperitoneal. N'esta parte do tubo, a perfuração da parede acontece geralmente no segundo ou no terceiro mez da gestação.

Quando o ovo fertilizado se acha aninhado perto da extremidade fimbriada, ás vezes se faz um aborto

pelo orificio externo do tubo, o conteúdo assim passando para a cavidade abdominal com hemorragia intraperitoneal. Si acontece o aborto do tubo nas primeiras semanas da gestação, é possível que não haja hemorragia, ou hemorragia de pouca consequencia, o sangue e o feto sendo absorvido em pouco tempo, a mulher curando-se sem novidade. Mas estes casos são raros.

A gestação no *isthmo* do tubo, comquanto menos frequente do que a variedade ampollar, é também mais perigosa, devido ao facto que os vasos sanguíneos nesta secção do tubo são mais grossos do que na parte ampollar, a rotura no *isthmo* assim produzindo uma hemorragia mais rápida e mais profusa na cavidade abdominal.

Na *variedade intersticial* achamos o ovo aninhado na parte do tubo situada dentro da parede uterina. Nesta variedade temos certas difficuldades e complicações que não se acham nas outras duas variedades de gestação no tubo. A terminação pode ser mais tardia do que nas outras, devido ao facto que os musculos da parede uterina são mais grossos do que nos tubos, a distensão assim pode ser maior, a gestação continuando por mais tempo, antes de se dar a rotura. Si o ovo esteja collocado perto do orificio uterino do tubo, então a terminação pode ser por meio dum aborto, o conteúdo do tubo passando para a cavidade uterina e assim chegando ao mundo externo na forma semelhante d'um aborto uterino. Ou o sacco de gestação pode extender-se para dentro da cavidade

uterina e continuar como gestação normal. Mas si o ovo estiver aninhado na parte intersticial do tubo perto da superficie externa do utero, então a rotura pode acontecer no aspecto superior do isthmo do tubo perto do utero, o conteúdo passando para a cavidade intraperitoneal, geralmente com hemorragia profusa; ou a rotura pode acontecer no aspecto inferior, do tubo para o espaço intraligamentoso, o conteúdo passando para dentro desse espaço tomando a forma da gestação ligamentosa com todas as suas diversas complicações.

Como regra geral, quando acontece a rotura do tubo em todas as variedades de gestação no tubo, a placenta é atacada ou separada da sua união com a membrana mucosa, de modo que o feto perece. Mas, em raras excepções, podemos notar que certos casos continuam depois da rotura, com a sua união tubo-placentar intacta, tomando a forma da gravidez abdominal secundaria, ou da gravidez intraligamentosa secundaria respectivamente, desenvolvendo-se assim até a expiração do periodo da gravidez normal. Mas n'esta these limitada aos primeiros tres mezes de gestação ectopica, só temos oportunidade e espaço de mencionar estes casos raros e interessantes.

Gestação ovariana

Esta complicação rara é difficil de diagnosticar na clinica geral, os symptomas sendo praticamente os mesmos que achamos nos kystos ovarianos e outros tumores destes orgãos.

Nesta forma de gestação ectópica o ovo impregnado fica no folículo ovariano, — antigamente chamado folículo Graafiano, — aninhando-se na membrana do folículo. Geralmente a terminação é pela rotura do sacco, o feto passando para cavidade abdominal com hemorragia, formando um hematocele intraperitoneal.

A diagnose differencial é frequentemente impossivel, a menos que não seja pela operação exploradora.

Historia clinica e pathologica

Nas diversas posições occupadas pelo feto e seu sacco de gestação podemos achar diversas modificações no curso da gestação, com diversas manifestações clinicas, conforme as differenças anatomicas nas estruturas occupadas. Na literatura d'este assumpto achamos os casos mais frequentes na terceira decada da mulher. Os muros do tubo manifestam desenvolvimento irregular nas fibras musculares, no seu processo hypertrophico. Os tecidos placentares penetrando na mucosa delicada do tubo e entrando na tunica muscular enfraquecem os musculos, estabelecendo uma circulação sanguinea anormal nestes tecidos, e diminuem a resistencia da parede do tubo, assim favorecendo a rotura no ponto da união tubo placentar.

Depois da rotura do tubo, o sangue da hemorragia intraperitoneal funcionando como materia irritante na membrana serosa é a causa duma extravasão do soro fibrinoso desta membrana, o qual mistu-

rando-se com a fibrina do sangue da hemorragia, assim fornece uma abundancia da materia propria para a produção de adherencias grossas e abundantes entre os órgãos abdominaes.

No anno proximo passado, quando eu estava assistindo na clinica do doutor J. Adeodato de Souza no hõspital de Misericordia, tive a oportunidade de ver dois casos de gestação ectopica do tubo operados. Em ambos a rotura com hemorragia intra-peritoneal já tinha acontecido antes da chegada das doentes no hospital.

Nas operações, o operador demonstrou aos assistentes massas de adherencias grossas unindo diversas porções dos intestinos com o epiploon, e então estes tecidos com o utero, e com o tubo no outro lado. Num desses houve grande quantidade de sangue coagulado na massa de adherencias. Noutro a quantidade de sangue foi menor, a maior parte tendo sido absorvida deixando adherencias grossas e duras. Neste caso era impossivel separar as adherencias dos intestinos, a união dos tecidos sendo tão completa que os intestinos se rasgariam antes de separar-se das adherencias.

Nestas condições pathologicas, outras complicações intestinaes, taes como obstrucção ou perfuração podem acontecer. Ou pela retardação do movimento peristaltico intestinal as diversas manifestações de dyspepsia chonica podem acontecer. Raramente achamos casos manifestando a hypertrophia das paredes do tubo de tal modo que a gestação possa continuar até a terminação normal do periodo da gravidez.

Modificação do utero

Durante o processo de gestação ectópica, o utero tambem augmenta pela influencia do estímulo da gravidez. A hypertrophia pode attingir o tamanho do terceiro mez de gestação intra-uterina normal. A cerviz torna-se molle, e o orificio externo é polpudo. Uma decidua verdadeira é formada como se fosse gravidez normal, e pode attingir a grossura de 1 cm. Esta membrana se acha expulsada como um aborto ou labor espurio, ás vezes inteira, ás vezes por pedaços, acompanhados de fedor.

A forma do utero não fica tão redonda ou oval como na gestação normal, mas se manifesta da forma mais comprida, a maior parte da hypertrophia sendo no sentido longitudinal do orgão. Quando o fêto na gestação ectópica perece, então o utero cessa no seu processo de augmentar-se.

Symptomas

Na grande maioria dos casos de gestação no tubo, a terminação acontece pela rotura do tubo antes do fim do terceiro mez, consequentemente na clinica geral estamos muito mais interessados nestes casos do que nos casos excepcionaes que passam além deste periodo critico.

É mais conveniente a classificar os symptomas em duas divisões: (1) aquelles que se manifestam antes da rotura do tubo, (2) aquelles que se notam depois da rotura.

Na primeira divisão, na maioria dos casos achamos os primeiros symptomas da gravidez normal, taes como a nausea da manhã, a sensação de enchimento das glandulas mamarias, e amenorrhéa, de modo que a mulher crê que está grávida. Mas nalguns casos estes symptomas são ausentes, ou apparecem de formas modificadas; como por exemplo, a menstruação em vez de cessar por completo, pode continuar normal, ou pode ser interrompida no segundo ou no terceiro mez da gestação; ou os periodos menstruaes continuando normaes no sentido do tempo, a quantidade do fluxo pode ser diminuida. A expulsão da decidua vera pode ser em forma de pedacinhos, acompanhada d'uma metrorrhagia tão profusa que a mulher possa pensar de ter soffrido um aborto. Ou a hemorrhagia pode ser de pouco a pouco, e irregular, da côr morena-suja e misturada com fibras da membrana decidual. Frequentemente a mulher queixa-se de dores colicas na região hypogastrica e na região inguinal no lado que tem a condição pathologica. As dores começam geralmente no segundo mez, e são repetidas irregularmente sendo causadas pelas contracções no utero e no tubo.

As glandulas mamarias começam a augmentar no primeiro mez, e suas veias superficiaes são mais prominentes. A areola mamaria fica inchada e mais pigmentada. A cerviz do utero afrouxa-se, e o orificio externo torna-se patulo. O utero sempre augmenta, mas a hypertrophia não é proporcional ao tempo de gravidez, e sua forma é mais comprida do que na gravidez normal.

Examinando por meio da palpação vagino-abdominal, achamos o tubo augmentado, occupando uma posição, ás vezes ao lado do utero, ás vezes para traz do utero, e raramente na frente deste orgão.

A massa no tubo é de forma alongada ou oval, e sua sensação tactil é d'uma massa molle e esponjosa, e dóe sob pressão.

O exame deve ser conduzido com muita cautela devido ao facto que qualquer manipulação de força pode produzir a rotura do tubo com a hemorragia profusa, ou até fatal.

Na grande maioria dos casos, no segundo ou terceiro mez acontece a rotura ou o aborto do tubo, e com estas complicações encontramos uma nova manifestação de symptomas.

Geralmente os symptomas da rotura do tubo se manifestam subitamente. Uma dôr aguda e intensa na região inguinal acompanhada de choque ou collapso, a cor pallida, as respirações do typo thoracico, a temperatura subnormal, o suor frio e profuso, o pulso fino e fraco, ou inteiramente ausente, os olhos transparentes e com as pupilas dilatadas, a face anciosa, as extremidades frias,—uma mulher com este grupo de symptomas fornece ao medico uma visão de que não se pode esquecer.

O character e a severidade dos symptomas são modificados pela situação da lesão e pela quantidade da hemorragia, os symptomas do aborto do tubo sendo geralmente menos intensos e a quantidade da hemorragia é menor.

As dores continuando, porções da decidua uterina são evacuadas, e o medico pode ser enganado, pensando que a doente está soffrendo d'um aborto uterino, mas os symptomas da hemorrhagia interna, com a pressão do sangue rapidamente abaixando, como se acha manifesta por meio do sphygmomanometro, bastam para chamar a sua attenção para a condição verdadeira.

N'esta complicação formidavel o sphygmomanometro é de grande valor. A forma portatil, do instrumento de Tyco é conveniente e pratico.

A rotura do tubo para dentro da cavidade peritoneal produz a hemorrhagia mais rapida e mais profusa do que a rotura para dentro do espaço intraligamentoso do ligamento lateral. Mas n'essa forma, a separação das fibras do ligamento no espaço intraligamentoso pela hemorrhagia é a causa de dores mais agudas e mais intensas do que no typo intraperitoneal.

Nos casos que não fallecem da primeira hemorrhagia intraperitoneal, em pouco tempo o sangue começa coagular-se, então podemos diagnosticar a massa coagulada na cavidade pelvica, especialmente evidente no *cul de sac* uterino posterior.

Nos casos da rotura do tubo para dentro do espaço intraligamentoso, o sangue coagulado na forma d'um hematoma manifesta-se como um tumor tenso e elastico, situado ao lado do utero, e pela sua pressão, interrompendo a funcção de todas os órgãos pelvicos.

Ás vezes a rotura, ou o aborto do tubo acontece n'uma forma gradual em vez de ser rapida ou fulminante. N'estes casos a hemorrhagia pode ser da forma

ligeira e repetida, a doente tornando-se anêmica d'um modo progressivo. Podemos verificar a diagnose n'esta forma da complicação por meio do calculo da porcentagem da hemoglobina no sangue, tomado por provas diarias.

Si houver absorpção rapida do sangue d'uma hemorragia profusa na cavidade peritoneal, ás vezes a doente pode manifestar symptomas ictericos.

Prognostico

Incluindo as mortes da hemorragia primaria com as que acontecem mais tarde, no tratamento do modo antigo expectativo, a mortalidade attinge a alta porcentagem de mais ou menos 65 por cento.

A proporção de fetos mal formados attinge mais ou menos 50 por cento. Nos raros casos que continuam até o fim normal do periodo da gravidez, só poucas teem a vitalidade sufficiente para viver.

O prognostico concernente á saude das mulheres que escapam á morte sem intervenção cirurgica, é tambem duvidoso, ou até negativo. As adherencias entre as diversas partes da membrana peritoneal podem causar a esterilidade; ou si houver porções dos intestinos complicados nas adherencias, então diversos typos de dyspepsia ou indigestão se manifestão, estas manifestações conformando-se com as lesões pathologicas presentes.

Faltando o tratamento radical n'esses casos, infecção, abcesso, decomposição com febre hectica ou invalidismo chronico, são os resultados provaveis.

Tratamento

Na literatura d'este assumpto achamos que no seculo decimo sexto a necessidade da intervenção cirurgica n'estes casos era reconhecida. Nos annos 1500 e 1549 respectivamente, Nufer e Dirlewang fizeram operações abdominaes para a alliviação da condição de gestação ectopica.

Com o desenvolvimento da sciencia da cirurgia moderna, achamos as intervenções cirurgicas reduzidas a uma base racional, e podemos dizer, exacta.

Não ha, ou não deve haver tratamento de modo expectante. Nos casos apresentando complicações de choque ou de collapso, é geralmente melhor assumir o risco da operação do que demorar, esperando a reacção, devido ao facto que muitas vezes n'estes casos venha a morte em vez da reacção. A questão mais importante é o modo de operar-se;—havemos de escolher entre a via vaginal ou a via abdominal no processo cirurgico.

Á vista da possibilidade de tantas condições complexas n'esta complicação formidavel, a maioria dos operadores de nossos dias prefere a via abdominal, sendo por meio d'esta via, mais facil ver as complicações diversas, e mais conveniente applicar os nossos meios de intervenção, consequentemente a operação abdominal é mais rapida na sua execução, um facto de grande valor, especialmente nos casos manifestando os symptomas de hemorrhagia profusa.

Si a diagnose fôr feita antes da rotura, ou do aborto do tubo, a operação torna-se muito mais simples,

o procedimento cirurgico sendo semelhante a uma salpingectomia simples. Uma atadura de seda ou de catgut é passada pelos tecidos do ligamento lateral embaixo do tubo e perto do utero, incluindo o tubo por completo com o ligamento ovariano e seus vasos, e seguramente atada. Então se pode amputar o tubo a tesoura seguindo a margem superior do ligamento lateral. As margens da ferida no ligamento lateral são aproximadas e fechadas por meio d'uma atadura continua de seda fina ou de catgut. Não precisa de drenagem. A ferida no muro abdominal é fechado no modo regular.

Infelizmente a maioria d'estes casos não são reconhecidos antes da rotura ou aborto do tubo, devido ao facto que o soffrimento das mulheres não se manifesta com grande intensidade nas primeiras semanas da sua gestação ectópica, e consequentemente medico não é chamado. Tantas vezes os primeiros symptomas que se manifestam são os da hemorragia interna e profusa, resultado da rotura, ou do aborto do tubo. Uma vez que a rotura, ou o aborto do tubo, tem acontecido, então a condição, é já passada fôra do campo da cirurgia abdominal simples, e está no grupo das complicações abdominaes gravissimas. Na maioria dos casos achamos as complicações graves manifestando-se no periodo entre a semana quarta e a semana duodecima de gestação ectópica. Os casos devem ir para o hospital se for possível. N'estas condições graves é difficil arranjar condições asepticas n'uma casa particular no tempo breve que nós temos n'estes casos urgentes.

Só o operador habilitado nas operações abdo-

minaes, deve assumir a responsabilidade do tratamento nas complicações da rotura, ou aborto do tubo com as suas hemorragias profusas.

Não devemos estimular o doente por meio de injeccões da solução normal de sal, nem por outros remedios taes como as drogas que estimulam o coração, antes de estar prompto tudo para abrir a cavidade abdominal. Estes meios de estimulação podem provocar uma hemorragia nova, ou augmentar a hemorragia primaria.

No processo de esterilizar a superficie abdominal, se deve usar a maxima cautela, senão a região da rotura pode ser injuriada e uma nova hemorragia assim provocada.

Antes de administrar os remedios anesthesicos, todas as preparações para operação devem ser completadas de modo que a duração da anesthesia não seja prolongada um momento mais do que é absolutamente necessario.

Logo que tudo esteja prompto para operar, então a estimulação pelas injeccões de solução normal de sal, introduzidas intravenosamente, ou por hypodermoclyse nas regiões mamarias, deve ser começada.

Frequentemente é necessario fazer esta operação nas condições de emergencia urgente, mas o operador deve sempre tomar tempo bastante para obter a condição absolutamente aseptica no campo de operação na doente, e nas mãos e nos braços do cirurgião, e nos instrumentos e aparelhos etc, necessarios á operação.

E' tambem importante que o operador execute o

seu processo cirurgico do modo o mais rapido possível, guardando sempre á vista a preeminencia do principio de exactidão na cirurgia operativa.

Nos casos em que ha hemorragia profusa, geralmente se manifesta um torrente de sangue no instante quando a incisão toca a cavidade intraperitoneal. Mas este sangue já está perdido da circulação, conseguintemente o operador pode ir adiante rapidamente buscando o tubo roto do qual o sangue está escapando. Pegando o tubo, uma atadura forte deve ser collocada em torno do tubo *en masse* perto do utero e seguramente atada. Então o operador pode buscar a extremidade pelvica do ligamenro lateral e por meio d'um forceps hemostatico, ou atadura forte, segurar a arteria ovariana perto da margem do pelvis. Com a hemorragia assim tapada, então se pode tirar os coágulos de sangue, com o sacco e o feto,—(quando é possível achal-o)—e amputar o tubo, e o ovario, quando esse orgão se acha envolvido no processo pathologico.

Pode-se lavar bem a cavidade abdominal usando uma quantidade da solução normal bastante para limpar bem o conteúdo da cavidade.

A drenagem é raramente necessaria.

Durante o espaço de 12 a 24 horas depois da operação, se pode continuar a estimulação pela injeção da solução salina normal continua. Nos casos os mais urgentes e criticos devemos tomar recurso na transfusão do sangue mesmo.

Si houver choque accentuado, ou collapso, é melhor deixar uma porção da solução salina normal dentro da

cavidade intraperitoneal á vista do facto que essa solução é rapidamente absorvida, agindo como um estimulante excellente, para o coração enfraquecido, e para o systema de circulação geral.

Nos casos em que a rotura no tubo é situada no aspecto inferior, a hemorragia entrando o espaço intraligamentoso do ligamento lateral, a technica da operação é um pouco differente á vista do facto que é necessario fazer uma incisão no ligamento para tirar o hematoma. Depois de limpar bem a cavidade pathologica no espaço intraligamentoso, o operador deve fechar a incisão no ligamento lateral por meio de ataduras de catgut.

Nos casos manifestando a rotura do tubo pelo processo gradual, podemos achar a placenta pegada e unida com diversos orgãos da cavidade intra-peritoneal, taes como o recto, o sigmoide, os intestinos pequenos, ou o epiploon. Nestas complicações achamos vasos sanguineos innumeraveis extendendo-se destes tecidos respectivos para a placenta. Estes vasos tem muros finos e delicados, compostos geralmente de somente duas laminas de cellulas, conseguintemente é facil a injurial-os, de modo que a hemorragia esteja profusa. A condição é capaz de resistir a todo o recurso nas mãos do operador, a hemorragia manifestando-se fatal. Felizmente esta variedade é rara. Nesta complicação, ás vezes é melhor deixar a placenta inteiramente, somente abrindo o sacco e tirando o fêto e amputando qualquer parte do sacco que achamos conveniente, unindo o resto á incisão abdominal, enchendo-o com gazes este-

rilizados. Neste modo os vasos, de pouco a pouco ficam obliterados, a placenta evacuada de pouco a pouco, ou pelo processo de suppuração, levando ás vezes algumas semanas. N esta forma da complicação temos, de escolher o menor dos dois males, isto é, pela operação radical accitando o risco duma hemorragia fatal ou, deixar a placenta com o sacco, assumindo o risco duma infecção fatal.

Finalmente concernente ás adherencias grossas e duras que achamos em certos casos tendo hemorragia profusa na cavidade intra-peritoneal, podemos dizer que o operador depois de examinar bem as condições especiaes, pode determinar a probabilidade de injuriar ou estragar os tecidos intestinaes pela sua dissecação das adherencias delles. Si fôr possivel tiral-as sem damno serio, é sempre melhor tomar um pouco mais tempo e tiral-as por completo. Mas quando a união das adherencias grossas e duras com os tecidos é tão intima e segura que o operador acha impossivel fazer a dissecação das adherencias e conservar boa condição dos tecidos intestinaes, é melhor deixal-as assim accitando o risco d'obstrucção ou d'ulceracção, mais tarde, nas partes da via intestinal onde se acham situadas as complicacções de adherencias grossas.

Pode-se fechar a incisão abdominal de modo regular nas operações abdominaes em geral.

