

1245

1906

José de Souza Feiteira junior
N.º 8.

BREVE ESTUDO

SOBRE A

Morte apparente do recém-nascido

*Mieux vaut traiter un mort comme
un vivant, que de s'exposer à traiter un
vivant comme un mort.*

ICARD.

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Escola Medico-Cirurgica do Porto

Porto - Imp. C. Vasconcellos - Rua da Picaria, 35

1906

127/8 ENC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

SECRETARIO-INTERINO

José Alfredo Mendes de Magalhães

CORPO DOCENTE

Lentes Cathedratricos

- 1.^a Cadeira — Anatomia descriptiva
geral Luiz de Freitas Viegas.
- 2.^a Cadeira — Physiologia . . . Antonio Placido da Costa.
- 3.^a Cadeira — Historia natural dos
medicamentos e materia me-
dica. Illydio Ayres Pereira do Valle.
- 4.^a Cadeira — Pathologia externa e
therapeutica externa . . . Antonio Joaquim de Moraes Caldas.
- 5.^a Cadeira — Medicina operatoria . . . Clemente J. dos Santos Pinto.
- 6.^a Cadeira — Partos, doenças das
mulheres de parto e dos re-
cem-nascidos. Candido Augusto Corrêa de Pinho.
- 7.^a Cadeira — Pathologia interna e
therapeutica interna . . . José Dias d'Almeida Junior.
- 8.^a Cadeira — Clinica medica . . . Antonio d'Azevedo Maia.
- 9.^a Cadeira — Clinica cirurgica . . . Roberto B. do Rosario Frias.
- 10.^a Cadeira — Anatomia patholo-
gica Augusto H. d'Almeida Brandão.
- 11.^a Cadeira — Medicina legal . . . Maximiano A. d'Oliveira Lemos.
- 12.^a Cadeira — Pathologia geral, se-
meiologia e historia medica . . . Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.
- 13.^a Cadeira — Hygiene . . . João Lopes da S. Martins Junior.
- 14.^a Cadeira — Histologia normal . . . José Alfredo Mendes de Magalhães.
- 15.^a Cadeira — Anatomia topogra-
phica Carlos Alberto de Lima.

Lentes jubilados

- Secção medica José d'Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica Pedro Augusto Dias.
Dr. Agostinho Antonio do Souto.

Lentes substitutos

- Secção medica { Thiago Augusto d'Almeida.
Joaquim Alberto Pires de Lima.
Secção cirurgica { Vaga.
Antonio Joaquim de Souza Junior.

Lente demonstrador

- Secção cirurgica Vaga.

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na
dissertação e enunciadas nas proposições.

(*Regulamento da Escola*, de 23 d'abril de 1840, art. 155.)

A meus Paes

Eis-me enfim formado.

Quantos cuidados; quantos sacrificios feitos por minha causa!

Um abraço sincero symbolisará a minha gratidão, que não vos poderei traduzir por outra forma.

A meu Padrinho

e sua Ex.^{ma} Esposa

Será perduravel o meu reconhecimento por todas as provas de estima recebidas.

A MINHA IRMÃ

A minha Avó

A minhas Tias

A meus Tios

A meus Primos

AOS ILL.^{mes} E EX.^{mes} SNRS.

Antonio J. Pereira Osorio

e Ex.^{ma} Familia

Antonio R. de Barros Freire

e Ex.^{ma} Esposa

Bartholo de Barros Freire

AOS MEUS AMIGOS

AS PESSOAS QUE ME ESTIMAM

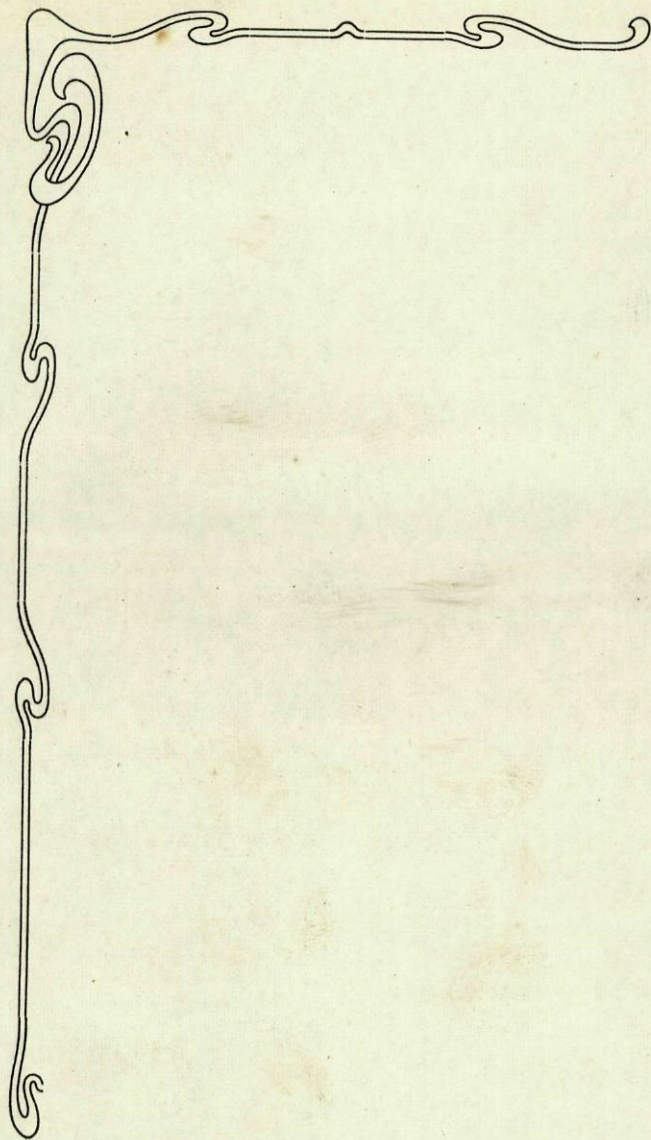
AOS MEUS CONDISCÍPULOS

AO MEU DIGNISSIMO PRESIDENTE DE THESE

O ILL.^{mo} E EX.^{mo} SNR.

Dr. Augusto H. de Almeida Brandão

*Homenagem ao seu nobre character
e muito saber.*



Impressionado, como testemunha visual de um caso de morte apparente de um recém-nascido que foi depois chamado á vida, e seduzido pelo conhecimento e leitura de observações de mais alguns casos d'este genero, escolhi o assumpto da minha these, que me pareceu humanitario e digno de ser tratado.

Não tenho nem poderia ter a pretensão de apresentar um trabalho de valor, pois para isso me falta capacidade scientifica e qualidades litterarias. Escrevi para cumprir a lei que me obriga a apresentar um trabalho

impresso, sem o que me não é concedido o diploma para o exercicio legal das minhas habilitações.

Resta-me pedir ao Ex.^{mo} Jury que tem de apreciar o meu trabalho, a indispensavel benevolencia, e a relevancia de algumas deficiencias e erros que porventura possa encontrar ao folheal-o.

Definição

Em nove mezes solares, approximadamente, o feto adquire no organismo materno o desenvolvimento fixado pelas leis da natureza. É então que, expulso pelas contracções uterinas, passa a gosar uma vida independente.

Foi durante esse tempo que se constituíram todos osapparelhos necessarios ás funcções que n'elle tem de ser desempenhadas, e é logo depois do seu nascimento que essas funcções se exercem, e a necessidade de outras se faz sentir. Apenas em contacto com o ar, produzem-se movimentos convulsivos nos angulos dos labios e azas do nariz; a bocca entreabre, a caixa tho-

racica dilata-se, a epiglottle levanta-se, a glotte descerra-se e a trachéa desdobra as suas pregas; a creança respira e manifesta a sua vida nova soltando gritos mais ou menos fortes. Que de mudanças bruscas e instantaneas, operadas em tão poucos minutos!

Não acontece, porém, sempre assim, infelizmente. Casos ha em que a creança parece ter succumbido, e não mais dará accordo de si, succumbindo realmente, se não fôr immediata e convenientemente tratada.

De ha muitos annos que este estado anormal do recém-nascido é conhecido e alguma coisa estudado por diversos parteiros que, segundo as suas ideias, o denominavam syncope, apoplexia, asphyxia, anemia, fraqueza, etc.

Em face da ideia que mais rapidamente saltava ao espirito de quem quer que tivesse em sua frente um caso d'estes, outros auctores deram a esse estado o nome de morte apparente. Não era difficil em presença do caso dar-lhe o nome; outro tanto não acontecia, porém, com respeito á interpretação e definição.

É assim que os auctores variam muito nas suas definições. Vejamos algumas das principaes.

Naegele, diz que a morte apparente do recém-nascido é o estado da creança em que os signaes de vida são nulos ou muito fracos, se bem que a actividade vital não esteja n'elles extincta.

Ollivier define-a como um estado em que as funcções e as propriedades da vida estão suspensas ou enfraquecidas, a ponto de fazer crer na morte.

Para Mende, é o estado em que a vida continúa no interior, sem que se manifeste por signal algum exterior.

Caseaux entende que a morte apparente é um estado em que apesar da abolição dos actos da vida animal, restam pelo menos algumas funcções da vida organica, e necessariamente as pulsações cardiacas.

Parrot caracteriza-a pela desaparição dos signaes apreciaveis da vida, inclusivé dos ruidos cardiacos.

Como se vê da definição dada por estes dois ultimos auctores, para Caseaux, a morte apparente coexistia com as pulsações car-

diacas, e para Parrot, enquanto houvesse ruidos cardiacos não havia morte apparente. Contradizem-se, evidentemente, e ambos poderiam ter razão se não quizessem ser tão absolutos nas suas definições.

Ha morte apparente com persistencia dos ruidos, ha-a só com ligeiros fremitos apenas perceptíveis e tambem a ha sem ruidos nem fremitos.

Nenhuma das definições expostas é perfeita e completa, nem qualquer outra o será, pois nós conhecemos varios graus de morte apparente, não podendo ella portanto ser definida de uma maneira rigorosa.

Etologia e Pathogenia

Vamos passar agora em revista as causas da morte apparente do recém-nascido, e a maneira como ellas actuem.

Essas causas são muito variadas, e variavel é tambem a gravidade que ao prognostico do feto dá cada uma d'ellas.

Procidencia do cordão — Este accidente, qualquer que seja a sua causa, (falta de tonicidade e desvios uterinos, viciação pelvica, hydropsia da amnios, comprimento exagerado do cordão, apresentações viciosas, etc.), assombra muito o prognostico como o provam as estatisticas.

Stoltz observou 52 mortes em 56 casos, Depaul 67 por 100, e Tarnier 10 em 29.

A procidencia do cordão actua sobre o feto pela compressão que é exercida sobre elle. Se esta compressão é intermittente, o feto soffre sómente emquanto ella dura, mas succumbe se ella é forte e muito prolongada, ou se se repete com intervallos muito approximados e curtos. Os effeitos da compressão são mais rapidos e perigosos depois da ruptura da bolsa das aguas, no momento da passagem da cabeça e da pelve atravez dos estreitos da bacia, do que antes da ruptura da mesma bolsa, não deixando comtudo de ser grave tambem o prognostico n'este caso, principalmente quando o liquido não é abundante ou a compressão é frequentemente renovada. O perigo será tanto maior quanto mais anteriormente estiver situado o cordão.

É sabido que o cordão estará em melhores condições se a procidencia se fizer para a parte posterior da bacia, porque então a compressão é feita de encontro a partes molles que a attenuam.

A compressão é mais para temer ainda nos casos de inercia uterina, trabalho lento, bacia estreita, collo rigido, e de apresenta-

ção de vertice, e o perigo é tanto menor quanto mais adeantado estiver o trabalho e mais facil poder ser a intervenção se ella fôr necessaria.

O que fica dito a respeito da procidencia applica-se egualmente á laterocidencia.

Encurtamento do cordão—O encurtamento, assim como o enroscamento do cordão, são duas das suas mais perigosas anomalias.

Diz Devilliers, que, para que o cordão enrolado em partes fetaes não prejudique a expulsão do feto, deve ter livre, pelo menos, um comprimento de 15 a 20 centímetros. Tendo menos, a expulsão é mais ou menos difficultosa para a mãe e para o feto, mas mais principalmente para este, pois que determina n'elle accidentes congestivos e asphyxicos que resultam quer de tracções, quer da compressão do cordão ou vasos do pescoço e mesmo da larynge quando ha circulares em volta do pescoço. Além d'isso, ha uma lentidão maior, ou mesmo suspensão do trabalho, laceração do cordão e descolamento da placenta, tendo-se observado mesmo algumas vezes a inversão uterina.

A morte do feto costuma ter lugar em cerca de um quinto dos casos, e é mais frequente ainda quando o encurtamento é accidental do que mesmo quando elle é natural. Às vezes tem-se observado até oito circulares em torno do pescoço.

Alguns auctores admittiam que o enroscamento do cordão actuava perturbando a circulação venosa do cerebro por compressão do pescoço, matando a creança por congestão cerebral.

O enrolamento do cordão em volta de um membro, produz tambem a morte apparente e mesmo a real, e por isso parece que, o que ha, é uma obliteração do calibre dos vasos, produzida pela compressão exaggerada das circulares, e originando a morte por interrupção da corrente sanguinea.

A extensão exaggerada da cabeça nas apresentações de face é tambem uma causa de compressão e de tensão para o cordão se elle estiver enrolado em volta do pescoço.

Diagnosticado o enrolamento do cordão, o que não é facil, deve intervir-se immediatamente no caso que o feto soffra, fazendo a extracção o mais rapidamente possivel, por-

que a extremidade das colheres do forceps pode comprimir as circulares.

Nós do cordão—Actuam pela compressão a que dão logar. Quando estão muito approximados, ou são muito apertados, o que é raro, é que pôdem determinar a morte do feto.

Parece porém que o feto é incapaz de desenvolver a força sufficiente para os apertar até interceptar o calibre dos vasos. Geralmente estes nós apertam-se mais durante o trabalho do parto.

Descolamento prematuro da placenta—O descolamento é tanto mais grave quanto maior fôr a sua extensão.

Algumas vezes é consequencia do encurtamento exaggerado do cordão, que, em virtude dos movimentos do feto, determina uma tracção maior ou menor na placenta. Póde além d'isso ser devido á albuminuria e a traumatismos exercidos sobre o utero. Actua pelas hemorragias que determina, e obstaculo que fórma ás trocas gazosas entre a mãe e o feto, collocando este nas con-

dições do adulto privado d'ar respiravel e matando-o por asphyxia.

Apresentação de pelve — São multiplos os perigos que ameaçam o feto em consequencia d'este modo de apresentação. Assim, temos a lentidão demasiada do trabalho podendo comprometter a vitalidade do feto, a compressão do cordão entre a cabeça fetal e as paredes da excavação, compressão esta, tanto mais para temer quanto maior fôr a sua duração, o descolamento da placenta que algumas vezes é arrastada pela cabeça fetal na travessia, e por fim, a retenção, durante algum tempo, da cabeça fetal na excavação. É esta ultima talvez a peor das hypotheses, pois que o feto fazendo movimentos inspiratorios prematuros, aspira os liquidos com que a bocca e fossas nasaes se encontram em relação (liquido amniotico, meconnio, etc.), obstruindo as vias aereas e impedindo assim o estabelecimento da respiração.

No caso de poder ser reanimado, póde ainda o prognostico ser fatal em consequencia de uma broncho-pneumonia que

sobrevenha alguns dias depois do parto, e causada pelas mucosidades aspiradas.

Lentidão exaggerada do trabalho — Não é propriamente causa de perigo para a vida do feto, senão depois da ruptura da bolsa das aguas, a não ser nos casos de eclampsia, procidencia do cordão e inercia uterina.

O feto pode ser comprimido por todos os lados, não escapando o cordão a esta compressão.

Tetanisação do utero — É devida a maior parte das vezes ao emprego da cravagem do centeio. Esta substancia medicamentosa, fazendo contrahir o utero, restringe o seu campo vascular, produzindo uma asphyxia uterina, devida a que as arterias não podem levar o sangue, e a circulação de retorno é em parte impedida. Augmenta assim a quantidade de acido carbonico nos lagos sanguineos, e o que o sangue conduz não póde ser submettido ao phenomeno da exosmose porque, tornando-se os dois meios communicantes identicos, a troca não é possivel e produz-se a asphyxia

por accumulação de gaz carbonico no organismo fetal.

Accessos eclampticos—Estes accessos exercem a sua influencia sobre o feto com tanto mais intensidade, quanto menor fôr o espaço de tempo decorrido entre o inicio da gravidez e o seu apparecimento. Os fetos succumbem em razão da perturbação da hematose que tem logar no momento dos accessos, em consequencia das alterações do sangue materno. Accumula-se uma grande quantidade de acido carbonico no sangue da mãe, tornando-se assim impossiveis as trocas gazosas entre ella e o filho. A quantidade de sangue que o feto recebe durante cada accesso, é inferior áquella de que elle necessita, e além d'isso o sangue não tem as propriedades necessarias.

Chambrelent, constatou que em alguns fetos, filhos de mães eclampticas, havia lesões do figado e rins que se approximavam das existentes no organismo materno. Á superficie do figado, notou algumas vezes um piquetado hemorrhagico, e outras uma mancha hemorrhagica enorme, e ao corte a côr

amarella do figado, mais devida a lesões do epithelio (Pilliet) do que a degenerescencia gordurosa. Além d'isso notaram-se manchas echymoticas sob a capsula, accumulando-se principalmente em volta do espaço porta, e que, segundo Virchow, são o ponto de partida das embolias de outros órgãos. Nos rins observou-se a congestão em graus variados, e embolias gordurosas, destruindo porções do parenchyma. Algumas creanças filhas de eclámpticas, que nascem vivas, ou são reanimadas, morrem alguns dias depois, ou por fraqueza congenita, ou em consequencia das hemorragias.

Doenças maternas — Esta causa actua pelas perturbações que determina na circulação e modificações physiologicas do sangue. Algumas affecções constitucionaes, podem determinar a morte apparente.

Morte da mãe — Quando a mãe succumbe lentamente a qualquer doença, geralmente o feto morre antes d'ella. Se, porém, a morte é muito rapida, ou por uma ruptura vascular, embolia, syncope, etc., ou mesmo por

um traumatismo, a creança póde sobreviver durante um espaço de tempo que oscilla entre 15 e 30 minutos, podendo ás vezes ficar em estado de syncope, e devendo nós intervir o mais rapidamente possivel.

Lesões da circulação— Além das hemorragias provenientes de um estado geral grave do organismo fetal, entram em linha de conta, como causas capazes de produzir a morte apparente, as hemorragias do tubo digestivo, as do cordão e as meningeas. A inserção da placenta no segmento inferior do utero póde tambem dar logar a uma hemorragia grave.

Lesões dos centros nervosos — Estas lesões quer residam no cerebro, e sejam devidas á compressão exercida pela bacia, por instrumento cirurgico, ou por derramamentos sanguineos, quer residam no bolbo rachidiano, e determinadas por tracções sobre as extremidades, pelvica ou cephalica, manifestam a sua acção, não durante a vida intra-uterina, mas depois da expulsão do feto. Actuam impedindo o estabelecimento da respiração.

Obstaculos mechanicos á introducção do ar—As mucosidades e destroços de membranas ás vezes existentes na bocca, e vias aereas, podem tambem determinar a morte apparente em vista da obstrucção que determinam. Facil é, comtudo, a verificação da sua existencia, e a sua extirpação.

De todas estas causas, eu poderei fazer dois grupos, designando as primeiras com a rubrica de causas que podem produzir asphyxia, ou o enfraquecimento do coração durante a vida intra-uterina, e o segundo, comprehendendo as duas ultimas, com a de causas que impedem ou atrasam o estabelecimento da hematose pulmonar.

Symptomatologia

Ha a considerar dois aspectos differentes da morte apparente:—o estado asphyxico e o estado syncopal,—outr'ora designados respectivamente pelos nomes de asphyxia azul e asphyxia branca. Visto os symptomas variarem conforme um ou outro dos dois estados em que o feto se apresenta, acho opportuno o estudo em separado dos symptomas de cada um.

No estado asphyxico o feto apparece-nos n'um grau de congestão excessivo e resolução muscular quasi completa, com coloração azulada em manchas, existentes principalmente na parte superior do tronco e mucosas; a face levemente tinta de um ru-

bor livido, os olhos tumefactos, salientes para fóra das orbitas, mal cobertas pelas palpebras; as conjunctivas injectadas, os labios inchados e a lingua como que adherente á abobada palatina. Apesar da resolução muscular, póde notar-se algumas vezes uma certa rigidez nos membros. Alguns movimentos respiratorios muito espaçados, perceptíveis nos musculos orbiculares dos labios, nos das azas do nariz, e ás vezes no thorax, indicam que a vida não está completamente extincta no pequeno ser. Ás vezes não se percebem pulsações cardiacas, nem pela palpação nem pela auscultação; outras, porém, sente-se um leve fremito ou ondulação na região precordial. O cordão umbilical apresenta-se turgesciente, cheio de sangue, e as pulsações pouco perceptíveis na extremidade do cordão, sentem-se na região umbilical, em numero de 20 a 40 por minuto.

No estado syncopal, a creança apresenta os tegumentos descorados, algumas vezes sujos por meconnio. A bocca entreaberta, o maxillar inferior pendente, os membros completamente flacidos, as mucosas ane-

miadas, e o corpo inerte, n'um estado de completa resolução muscular, dando-nos a idéa de que nos encontramos em presença do cadaver de um recém-nascido, passado o periodo da rigidez. As pulsações cardiacas são menos nitidas ainda que no estado asphyxico. As do cordão umbilical também se não percebem, e o cordão, ao contrario do que acontece no estado asphyxico, está molle e não apresenta turgescencia. Apesar de nos dois estados: asphyxico e syncopal, haver o escoamento do meconnio, este é muito mais frequente no segundo caso, dando á superficie cutanea do feto que nasce n'estas condições, uma côr amarello-esverdeada. O escoamento do meconnio na cavidade uterina, é devido á paralysia do esphincter externo do anus, que, por sua vez, resulta de um certo grau de asphyxia em que se encontra o feto em consequencia de qualquer causa que lhe determine soffrimento. Nos casos de apresentação de pelve, porém, o escoamento do meconnio não indica que o feto soffre. É então devido a uma causa mechanica, a compressão soffrida pelo abdomen do feto.

Depois do que fica exposto, acode naturalmente ao espirito a seguinte pergunta: Haverá alguma relação entre a causa que produziu a morte apparente e a apparição de qualquer dos dois estados agora estudados? Vejamos o que dizem os auctores.

Diz Naegele que, todas as vezes que as vezes que as causas da morte apparente forem: o nascimento prematuro, a imperfeição de desenvolvimento, as doenças graves da mãe, ou as hemorragias procedentes da laceração do cordão umbilical e placenta, a creança nasce descorada, ha estado syncopal.

Quando nasce corada, no estado asphyxico, é porque o trabalho do parto se prolongou demasiado, ou a cabeça esteve fortemente e muito tempo comprimida na bacia, o cordão umbilical foi comprimido, as contracções uterinas muito fortes, espasmodicas, e, separadas por intervallos muito curtos, ou emfim quando a respiração foi impedida pela accumulação de mucus na bocca, nariz e vias aereas.

Dubois pensa da mesma fórma. Jacquemier é contrario a esta opinião, e diz que o numero de casos de creanças apparente-

mente mortas e descoradas, não corresponde á frequência das causas citadas, por esses auctores; esse numero é muito maior. Parece que a asserção de Naegele é inexacta, e tem pretensões a querer subordinar os dois estados a causas que não são as habituaes. Assim, se umas vezes nós podemos vêr creanças prematuras, com coloração avermelhada da pelle, de outras as veremos descoradas, se o trabalho do parto se prolongou em demasia.

E' mesmo de observação corrente o facto de muitas creanças nascerem com pallidez dos tegumentos, e flacidez dos membros, tendo a morte apparente sido devida á compressão do cordão. Isto mesmo diz Jacquemier. Caseaux entende que a differença da coloração depende da maneira como é suspensa a circulação; haveria coloração quando a respiração fosse supprimida de uma maneira lenta e gradual, e descoloração, quando o fosse brusca e rapidamente.

Depaul é de opinião que devemos contar sempre com um certo grau de paresia cardíaca. A compressão do cordão determina uma maior ou menor accumulação de acido

carbonico no sangue do feto. A energia cardiaca augmentará ou diminuirá conforme fôr maior ou menor a qualidade de gaz carbonico em questão: Havendo compressão completa, ou retracção espasmodica do utero, augmenta a quantidade de gaz carbonico, o coração trabalha com maior energia, forma-se congestão pela impulsão do sangue para a periphéria, e temos formado o aspecto rubro-livido, e turgescente.

Se ha intermittencia nas contracções uterinas, a quantidade de gaz é diminuida, mas o coração é obrigado a funcconar com grande energia e pequenos intervallos de repouso, isto emquanto póde, porque um momento chega em que não tem energia para fazer chegar o sangue á periphéria, dando assim logar ao aspecto pallido e flacido.

Seria impossivel referir sempre uma determinada fórma de morte apparente a uma certa causa.

Depaul diz a este respeito que a morte apparente póde provir de causas multiplas, e as causas podem combinar-se diversamente dando fórmas muito differentes e de gravidade variavel.

Anatomia Pathologica

Procedendo á autopsia de recém-nascidos, em que a morte real veio substituir a morte apparente, o que se tem encontrado mais frequentes vezes, tem sido o seguinte: congestão dos seios venosos, dos vasos e membranas do encephalo, plexos rachidianos, e vasos do pescoço e peito. Além d'isso, no interior da massa encephalica tem-se observado derrames sanguineos, assim como á superficie das membranas.

Segundo Cruveiller, estes derrames estão ás vezes circumscriptos nos lobos superiores do cerebro e no cerebello. Geralmente não ha derrames intra-ventriculares; ás vezes a dura mater é deslocada pelos que se

formam á superficie das membranas. Na cavidade abdominal costuma tambem haver derrame.

Billard diz ter observado por vezes um derrame sanguineo em tal quantidade á superficie do figado congestionado, que formava na face convexa uma especie de exsudato sanguinolento. O coração encontra-se repleto de sangue negro, e os pulmões engorgitados, sendo o engorgitamento proporcional aos movimentos respiratorios feitos pelo recém-nascido. A coloração varia com a quantidade de sangue e de ar que tenha penetrado até as vesiculas pulmonares. No estado fetal, o pulmão tem a côr do figado, mas, depois de movimentos respiratorios, o sangue penetra nos pulmões em maior ou menor quantidade, e a coloração varia com a quantidade de sangue que penetrou n'elles, desde a côr violeta até a azul escura. Quando o ar penetrou nas vesiculas pulmonares a superficie pulmonar passa de plana rugosa pela distensão das vesiculas, e então a coloração não é uniforme.

Diz Devergie que ao microscopio se distinguem as vesiculas cheias de ar como pe-

rolas engastadas, no meio de uma rede formada por vasos dilatados, dando-nos a impressão de um mosaico. Na parte posterior e inferior dos pulmões, a coloração é mais escura também por causa da hypostase.

Heckel encontrou echymoses no pulmão, diaphragma e cerebro.

Falk diz ter observado depois do nascimento os pulmões brancos, assemelhando-se á espuma do sabão, n'um caso de hemorragia umbilical.

Quando nenhum ar penetrou no tecido pulmonar, a consistencia do pulmão é carnosa e uniforme, dando pela expressão, na superficie de secção, um liquido sanguineo, não espumoso. Se penetrou algum ar, a consistencia deixa de se uniforme para ser maior nos pontos onde elle não chegou, deixando os outros perceber nitida crepitação, e obtendo nós, n'este caso, pela pressão, um sangue espumoso, cheio de bolhas de ar. Notam-se também ás vezes echymoses subpleuraes e subpericardicas na emergencia dos grossos vasos, e em alguns pontos isolados, do peritoneu.

Diagnosticó

O diagnosticó entre a morte real e a apparente, é muitas vezes difficil.

Os recém-nascidos offerecem grande resistencia á morte, e apesar da ausencia dos signaes da vida organica, podem viver durante algumas horas.

Portal, dispondo-se uma vez a proceder á autopsia de um recém-nascido, teve a ideia de lhe fazer insufflações, e com grande espanto seu, viu-o reanimar-se. Ha casos de creanças recém-nascidas, que, havendo sido inhumadas, foram desenterradas algumas horas depois e chamadas á vida. É por isso que o medico tem o dever de pôr em pratica todos os meios ao seu alcance, e não abandonar o recém-nascido senão quando todas as tentati-

vas de reanimação tiverem sido improficuas.

Para podermos fazer um diagnostico seguro entre a morte apparente e a real, ser-nos-hia necessario que existisse um signal pathognomonic. As provas que dizem respeito á sensibilidade á dôr, á excitação do ouvido, do olfacto, do gosto e á tensão do globo ocular, não podem ser tomadas como certas. A abolição da respiração, não pôde ser aproveitada, ao contrario do que antigamente se suppunha, para signal de morte. Quanto ao criterio tirado da circulação, ha diversos meios de constatar a morte real. Marcava-se antigamente o tempo de dois minutos para auscultação do coração; se durante esse tempo não se notavam pulsações cardíacas, o auscultado estava morto. Esse tempo foi considerado como insufficiente e foram propostos cinco minutos, depois quinze, e por fim meia hora.

Quem é que poderá estar meia hora com o ouvido applicado na região precordial de um supposto cadaver, sem sentir os ruidos e murmurios mais bizzarros, além das pulsações do seu proprio coração? Além d'isso, mesmo que assim não acontecesse, variando de uns

indivíduos para outros a agudeza auditiva, parece-me possível que um determinado clinico, com um ouvido bem educado, vá ouvir pulsações muito fracas que um outro menos experimentado não perceberia. Mas ha mais; citam-se muitos casos, entre elles o de dois individuos que foram enforcados, cujo coração não batia depois do supplicio e entretanto poderam sobreviver, e o do coronel Townshend, citado em varios livros, o qual fazia parar á sua vontade os movimentos do coração.

Quanto ao methodo akidopeirastico, de Middeldorf, além de perigoso não me parece praticavel perante pessoas de familia do supposto morto, leigas em assumptos scientificos. A phlebotomia que ordinariamente não dá sangue no cadaver, póde-o dar ao fim de vinte e quatro horas.

Tambem foi indicada a ligadura de um dedo, e assim se veria se a circulação estava interrompida ou persistia. Um signal mais importante é o das sugillações cadavericas. O estado de rigidez póde informar-nos se estamos em presença de um cadaver, porém, a sua apparição ás vezes é muito de-

morada, podendo fazer-se esperar até treze horas. Com respeito á putrefacção cadaverica é sabido que ella não segue a mesma marcha na creança que não respirou, que segue no adulto. A quantidade de oxygenio existente nos tecidos é que favorece o desenvolvimento da primeira geração de microbios, dos aerobios.

Sobre este assumpto, dos signaes de morte, eu poderia escrever muitas paginas, mas não é este o objecto do meu estudo.

Para terminar vou citar só mais dois processos applicaveis para vêr se a morte é apparente ou real. Um d'estes processos, indicado por Brown Sequard, consiste em bater com um corpo resistente em um dos membros do individuo. Se não se produzir nenhum phenomeno de reacção no ponto traumatisado, é porque a morte é real. Se os musculos se contraem em toda a extensão, produzindo um movimento notavel, é porque a irritabilidade muscular ainda existe, e a morte, provavelmente é apparente. Se não ha contracção senão no ponto percutido, produzindo-se uma saliencia com a fórma do corpo contundente na parte que

produziu o traumatismo, indica isso que a irritabilidade é pequena, e tanto menor quanto maior fôr a persistencia da saliencia após a percussão.

Icard, baseado em que o verdadeiro signal de morte está, não na cessação das pulsações cardíacas perceptivel pela auscultação, mas sim na interrupção prolongada da circulação, propoz um processo de constatação que diz ser infallivel. Consiste na injeção hypodermica de uma pequena quantidade de solução de fluoresceina (phtaleina da resorcina). Esta substancia, cuja coloração em soluto alcalino é verde, é innocente, apparecendo a coloração ainda na solução a $\frac{1}{45,000:000}$. Um a dois minutos depois da injeção, os tegumentos, estão corados de amarello esverdeado. O corpo vitreo e humor aquoso do globo ocular córam tambem de verde. Apparece tambem na urina e no sangue. Isto, é claro, nos individuos em que persiste a circulação; na morte real nenhuma coloração se observa.

A dose de sessenta centigrammas é sufficiente para um adulto, mas póde injectar-se muito mais, visto ella não ser toxica.

Prognostico

Sendo multiplas, como são, as causas da morte apparente, e podendo encontrar-se associadas, é natural que a gravidade do prognostico esteja em relação com a sua intensidade e complexidade.

O prognostico é benigno quando o recém-nascido é chamado rapidamente á vida, a não ser que o rythmo respiratorio não se restabeleça ou seja restabelecido incompletamente, porque então é grave.

É grave tambem, quando os primeiros movimentos respiratorios são lentos e difficeis.

Ás vezes não é facil distinguir a causa que determinou a morte apparente, e nós

não podemos dizer da gravidade do caso só pelo aspecto externo, sem attendermos ás lesões presumíveis.

Vamos vêr agora qual o prognostico provavel para algumas das lesões mais importantes.

Nas lesões do cerebro, o prognostico é grave só alguns dias depois do nascimento, pois que, um derrame, ou uma compressão, não impedindo o estabelecimento da respiração, poderão determinar mais tarde, meningites ou apoplexias. Não se dá o mesmo com as lesões do bolbo, cujo prognostico immediato é gravissimo, e isto não é de extranhar, hoje que se conhece o papel importantissimo que o bolbo desempenha na funcção respiratoria. É grave tambem, e muito, o prognostico no caso de congestão exagerada, dos pulmões e figado, e principalmente no de hemorrhagia umbilical intra-uterina.

Como geralmente não é facil imputar a uma determinada causa a morte apparente, pode dizer-se que, sempre que entre o nascimento e os primeiros movimentos respiratorios, decorre um espaço de tempo bastante

grande, é grave o prognostico. Sob o ponto de vista da relação do prognostico com a forma de morte apparente, pode dizer-se também, de uma maneira geral, que elle é mais grave na forma syncopal do que na asphyxica.

Prophylaxia

Julgo conveniente o fazer acompanhar este capitulo de algumas noções sobre auscultação, a que está intimamente ligado.

A descoberta da auscultação obstetrica por Mayor e Lejumeau de Kergaradec, foi de um grande alcance para a sciencia, permittindo-nos avaliar pelo estado dos ruidos cardiacos fetaes, do da hygidez do feto. É por meio da auscultação, que nós, contando o numero das pulsações cardiacas fetaes, e certificando-nos, ou não, da existencia de ruidos de sôpro, podemos tirar as indicações para uma rapida intervenção, que a não se fazer, poderia seriamente comprometter a existencia do feto.

Pela auscultação, nós podemos perceber o ruído de sopro materno, e os ruídos fetaes.

O primeiro, que parece ser devido á passagem do sangue, dos vasos afferentes para os vasos uterinos, estes de maior calibre que os primeiros, é isochrono com o pulso materno. Este sopro começa a ouvir-se no quarto mez, e a sua intensidade augmenta até ao fim do septimo ou oitavo mez, para depois ficar estacionaria. O rythmo é variavel; a maior parte das vezes intermittente, e o timbre é variavel tambem, e sem choque.

O sopro materno informa-nos do estado da circulação uterina, e póde, quando o seu timbre é sibilante, revelar-nos contracções uterinas indolores, que, depois de provocarem uma ruptura prematura da bolsa das aguas, podem determinar uma compressão intermittente do cordão, e por conseguinte, a morte apparente.

Os ruídos fetaes são de trez especies: ruído de choque, ruídos do coração, e ruídos de sopro. O primeiro, comparado por Tarnier, ao que produz a polpa do dedo em um estofa tenso, é devido ao deslocamento to-

tal, ou movimentos parciaes do feto. Os ruidos do coração, são em series de dois, o primeiro mais fraco que o segundo, separados por um curto intervallo. Entre duas series ha um intervallo mais longo. A sua intensidade depende da força do musculo cardiaco, e da situação do feto, e augmenta até ao fim do nono mez. As pulsações são em numero de 120 a 160.

É sempre conveniente, quando se ausculta o coração fetal, tomar o pulso radical materno, pois que assim nos prevenimos contra uma causa de erro. Poderia acontecer que, se a mãe tivesse uma cardiopathia com hypertrophia, as pulsações se fizessem sentir na região hypogastrica, fazendo-nos assim enganar. Não é somente porém a hypertrophia cardiaca que pode levar-nos a praticar um erro; uma febre, ou uma emoção moral, por exemplo, muito natural esta na mulher que vae ser auscultada, podem determinar uma frequencia de pulso tal que possamos tomar como pulso fetal o que não é mais do que o pulso materno. É evidente que a confusão não é facil se nós poder-mos notar synchronismo entre as pulsações

abdominaes e as radiaes, porque então, o que observamos, pertence á circulação materna, e não á fetal. Deve tambem o observador, para se isentar de uma outra causa de erro, tomar o seu pulso radical, porque, tambem, em consequencia de uma marcha apressada, ou de uma qualquer emoção que lhe faça augmentar o numero dos movimentos cardiacos, pode tomar como pulso fetal, a pulsação das arterias do seu ouvido.

No numero dos ruidos de sopro fetal, temos a considerar o sopro cardiaco e o sopro umbilical. O primeiro, geralmente simples e isochrono com o primeiro ruido fetal, é perceptivel ao nivel do foco de auscultação, diminuindo á medida que nos afastamos d'elle. É persistente, e revela-nos geralmente uma endocardite, ou má conformação do coração. O sopro umbilical ou funicular é isochrono com as pulsações do coração fetal, mas estende-se geralmente a certa distancia do foco d'auscultação, sendo o seu timbre e intensidade, variaveis. Segundo alguns auctores, o sopro funicular, seria devido ao enrolamento do cordão em volta do pescoço do feto, e á compressão dos vasos

umbilicaes, mas Pinard entende que elle é devido á diminuição do calibre dos vasos umbilicaes, produzida por algumas pregas semilunares existentes n'estes vasos e descobertas por Hyrtl. Um desenvolvimento exagerado d'essas valvulas poderia obliterar demasiadamente o calibre d'esses vasos, e dar origem ao ruido de sopro sem que houvesse compressão do cordão. Se a prega existisse na veia ou nas arterias, o sopro era simples, e se coexistia nas duas, era duplo. Distinguir-se-hiam dos ruidos produzidos pela compressão momentanea do cordão, pelo seu character de permanencia.

Fazendo adoptar uma boa hygiene geral durante a gravidez, e tendo o cuidado de seguir bem os preceitos da auscultação, praticando-a no ultimo periodo de trabalho todos os dez minutos, nós poderemos, muitas vezes obstar ao nascimento de creanças em estado de morte apparente, ou, o que é mais, em estado tal que, embora os cuidados empregados para as reanimar, o consigam em parte, não possam depois os phenomenos vitaes da parte do organismo, continuar-se, em vista do adeantamento das lesões.

Muitas vezes se dá porém, que, apesar de todos os cuidados, não acontece o que seria licito esperar, ou por causa d'um aperto demasiado do collo, ou por phenomenos asphyxicos que sobrevenham com grande rapidez, ou ainda porque o coração, embora tenha pulsado regularmente, diminua bruscamente o numero das pulsações, ou cesse de pulsar. É então necessario recorrer sem demora aos meios proprios para chamar á vida o recém-nascido, os quaes adeante serão mencionados.

Vimos ha pouco que o numero das pulsações do coração fetal, era de 120 a 160. Quando esse numero é inferior a 110, a creança periclita. Se, no intervallo das contracções uterinas, as pulsações são menos frequentes, os ruidos se tornam mais surdos, ha irregularidades no rythmo, e intermitencias, a creança corre grande risco, e devemos intervir, pondo assim termo a um trabalho que poderia ser fatal para o feto.

Tratamento

Sendo o nascimento da creança em estado de morte apparente, conhecido ha muitissimos annos, é natural que tenham sido muitos os meios propostos para debellar o perigo que corre o recém-nascido n'essas condições. Começaram, os que se interessavam pela questão, a usar do empyrismo, sendo só mais tarde, quando com os progressos da sciencia, e por observações rigorosas se conheceu melhor a anatomia e physiologia humana, que começaram a aconselhar-se diversos meios therapeuticos, baseados em conhecimentos mais exactos.

Dizia Hyppocrates, que não se devia secionar o cordão umbilical sem que a creança

tivesse previamente urinado ou gritado; até então, não se lhe deveria tocar; a mãe deveria beber hydromel, e aconchegar a creança bem junto a si. Se depois de um certo tempo, a creança não se movesse, é porque estava morta.

Era o pae da medicina quem o dizia, e essa opinião foi respeitada por Celso e Galeno, e acatada durante seculos.

Ambroise Paré queria que se não separasse a placenta do feto.

Guillemeau e Portal, entendiam que a placenta, ou ainda quente, ou aquecida, em cinza ou vinho quente, devia ser collocada sobre o ventre do recém-nascido.

Foi tambem aconselhado o friccionar os labios da creança com uma moeda de ouro. Este processo deu occasião a uma interpretação espirituosa d'essa therapeutica. Dizia Peu que, se os parteiros assim o faziam, era para lembrar que essa moeda lhes deveria cahir nos seus bolsos.

Mauriceau aconselhava que a parteira, tendo um pouco de vinho na bocca, borri-fasse com elle a bocca da creança. Foi elle o primeiro que teve a ideia de limpar a bocca

e narinas da creança, e dar-lhe fricções estimulantes á superficie do corpo.

Rœderer recommendava a insufflação pulmonar e a sangria umbilical. Levret aconselhou a immersão da placenta em agua quente, e a insufflação, mas esta em ultimo logar. Gardien e Beauchesne, substituíram n'esse processo a agua quente por um liquido espirituoso, quente tambem. Dubois queria que se applicasse uma sanguesuga debaixo de cada orelha, e Orfila, aconselhava a sangria das veias do pescoço e cabeça. Marshall-Hall fazia actuar successivamente as impressões de frio e calor, aspergindo primeiramente a face da creança com agua fria, mettendo-a em seguida n'um banho quente, e dando-lhe depois fricções irritantes.

Chaussier aproveitou o exemplo de Rœderer para a insufflação pulmonar, e imaginou para esse fim um tubo que tem o seu nome. M.^{me} Lachapelle, tambem aconselhava a insufflação; Aldini, Sœmmering, e outros, preconisaram o tratamento pela electricidade.

Eis em poucas palavras citados os principaes processos mais antigamente em uso.



O objecto de todo o tratamento da morte apparente, é activar o movimento vital, excitando as funcções essenciaes da vida; a da respiração e a da circulação.

Se é verdade que nós não podemos actuar directamente sobre o coração, podemos contudo actuar indirectamente, por reflexos, e mais especialmente por intermedio da respiração.

De duas maneiras podemos tentar o restabelecimento da respiração; estudarei cada uma d'ellas em separado, com os seus respectivos processos, reservando-me para depois, n'um capitulo, fazer a critica de cada um d'esses processos.

A) *Restabelecimento da respiração por excitação reflexa dos centros respiratorios* — Para conseguirmos estes resultados, podemos servir-nos da mão, secca ou molhada ou armada de uma escova, luva de coiro ou flanela, friccionando a pelle do recém-nascido com vinagre, vinho aromatico, aguardente, ou qualquer liquido espirituoso. Empregaram-

se tambem douches de agua fria na região precordial, e a estimulação da mucosa nasal por meio de uma penna secca, de ave, ou do chloro, ammoniaco, e alhos esmagados, collocados a pequena distancia do nariz. Tambem se indicou, com o fim de estimular a mucosa intestinal, a introdução de uma sonda oesophagica, até ao estomago, e a injeção rectal de aguardente e agua fria, baseados, os que a empregavam, em que a impressão dos nervos sagrados era de grande effeito por causa de ser mais extenso o campo de impressionabilidade e a acção mais energica.

Com o mesmo fim, insufflou-se tambem no recto fumo de papel, e ar athmospherico. Alguns parteiros empregavam tambem banhos de agua fria, outros os de agua quente, e ainda outros os banhos sinapisados. Depaul empregava a flagellação por meio de um panno molhado, nas faces, peito, espaldas e nadegas.

Laborde inventou um processo, que consiste em segurar o corpo da lingua entre os dedos pollegar e indicador da mão direita com interposição de um pedaço de panno,

ou por meio de uma pinça especial, para evitar o deslissamento, praticando tracções successivas e rythmicas seguidas de relaxamento, imitando os movimentos rythmicos da respiração. Estas tracções devem ser em numero de 15 a 20 por minuto, e depois da bocca préviamente aberta por meio de uma cunha pequena interposta entre as maxillas.

B) *Restabelecimento da respiração pela ventilação pulmonar artificial* — Os varios methodos de que se compõe este processo, podem classificar-se em duas cathegorias: a insufflação e a aspiração.

1.º INSUFFLAÇÃO — Pratica-se por quatro maneiras:

a) *Insufflação de bocca a bocca* — Consiste em applicar a bocca do operador sobre a da creança, depois da occlusão das narinas d'esta, insufflando-lhe o ar dos seus pulmões, lentamente e 15 a 18 vezes por minuto. A creança deve estar immersa n'um banho a 35º ou 36º, mas com a cabeça mantida fóra da agua por uma mão situada por detraz do occiput. A bocca da creança pode cobrir-se

com um panno para se evitar a impressão desagradavel do contacto.

b) *Insufflação pharyngea* — Consiste em projectar na bocca do recém-nascido, uma massa de ar impellida por meio de um folle, cuja canula é ahi introduzida. Imaginaram-se tambem para este fim bombas especiaes para insufflar oxigenio.

c) *Insufflação tracheal* — Esta insufflação, feita directamente na trachea, e proposta por Detharding, era obtida por prévia tracheotomia, seguida da introdução de uma canula no orificio feito, pela qual se insufflava o ar.

d) *Insufflação laryngea* — Era feita antigamente por meio de um tubo inventado por Chaussier, aperfeiçoado por Depaul, e depois substituido com vantagem pelo de Ribemont-Dessaignes, fundado no mesmo principio que o primeiro.

Eis um resumo da descripção feita pelo auctor: O tubo compõe-se de duas porções, uma rectilinea e outra curva. A porção rectilinea é formada por uma parte conica servindo de embocadura, na qual se póde montar uma pera de cautchouc, e de uma

outra porção também conica, mas achatada lateralmente; estas duas partes reunidas pela base. A porção bucco-laryngea, apresenta uma curvatura moldada na curvatura bucco-laryngea de um recém-nascido, de volume medio, na posição intermedia entre a extensão e a flexão. A porção buccal d'esta curvatura é cylindrica, e a porção laryngea tem a fórma de um cone achatado aos lados, e separado de um botão terminal por um pequeno estrangulamento circular, no qual se encontra um pequeno orificio para a saída do ar, voltado para a concavidade da curvatura. A pera adaptada á outra extremidade do tubo é de caoutchouc, e tem a capacidade de 28 centímetros cubicos; no fundo da pera existe um orificio.

O manual operatorio para uso d'este instrumento, é o seguinte: Deitada a creança n'um plano levemente inclinado, com o dedo indicador da mão esquerda, ou mesmo o auricular, se a creança é muito pequena, procuram-se as cartilagens arytеноideas, collocando a polpa do dedo por detraz d'essas cartilagens. Em seguida toma-se o tubo com a mão direita, e guia-se a sua extremidade

de fôrma a fazel-a seguir a polpa do dedo para a introduzir em seguida na larynge, encaminhando-a depois docemente para a trachea. A aspiração das mucosidades é então feita facilmente, apertando lateralmente a pera, emquanto o orificio da base fica aberto, e tapando logo depois este orificio, deixando a pera tomar a sua fôrma normal. Depois d'isto tira-se o tubo e faz-se pressão no orificio, projectando assim fôra as mucosidades. Esta manobra deve repetir-se, mas não tantas vezes que possa produzir contusões na mucosa laryngea. Para depois de tiradas as mucosidades, se fazer a insufflação, introduz-se novamente a extremidade do tubo na trachea, e tapando o orificio da pera, vae-se fazendo pressão dôce mas progressivamente, deixando-a depois voltar á sua fôrma.

Devemos insufflar de 10 em 10 segundos, tempo que se poderá espaçar mais quando a creança começar a respirar. Durante este trabalho é conveniente que a creança esteja constantemente envolta em pannos quentes, que se irão substituindo. É util ajudar a expulsão do ar de cada insufflação por meio

da compressão regular do thorax. Olivier modificou um pouco o tubo de Ribemont.

2.º ASPIRAÇÃO—Este methodo, mais recente que o da insufflação, consiste em chamar o ar aos pulmões, comprimindo e dilatando alternadamente a caixa thoraxica. Póde chegar-se a este resultado por diversos processos.

a) *Cinto de Leroy d'Etiolles*—É um cinto aspirador, constituido por aneis que permitem apertar e alargar alternativamente a caixa thoraxica segundo o rythmo natural dos movimentos respiratorios.

b) *Spirophoro de Voillez*—Constituido por uma caixa cylindrica de zinco onde é introduzida a creança até ao pescoço, e que se fecha hermeticamente junto do pescoço por uma tela impermeavel. Ha um folle adaptado á caixa cylindrica, destinado a modificar a pressão interior. Se a pressão augmenta dentro da caixa, ha um movimento de abaixamento das costellas, ou expiração; se diminue ha dilatação, e por conseguinte inspiração.

c) *Electrisação dos musculos e nervos da respiração*—Tentou-se a electrisação dos

scalenos, mastoídeos e intercostaes, e depois a faradisação do diaphragma. Duchenne, faradisava o nervo phrenico, applicando um dos reophoros de um apparelho de indução ao cavádo do epigastro, e o outro, no bordo do scaleno anterior, isto é, no trajecto do nervo phrenico na região cervical, interrompendo a corrente com intervallos regulares, 15 a 18 vezes por minuto. O dr. Salcedo, empregava uma cadeia electrica de oito elementos, applicando o polo de zinco na nuca, e o de cobre no epigastro.

d) Processos de respiração artificial.

1.º Movimentos rythmicos do thorax e abdomen. — É o processo mais simples; consiste em imitar os movimentos que faz o thorax e ventre quando se respira, exercendo pressões dôces, lentas e alternativas por meio das mãos. Estas pressões fazem-se com o intervallo de um quarto de minuto de umas ás outras.

2.º Processo de Marshall-Hall — Este processo, tambem denominado Readymethod, consiste em fazer tomar ao recém-nascido a posição do decubito ventral, sustendo o peito com um panno passado por debaixo,

e em imprimir movimentos repetidos de lateralidade ao tronco.

3.º Processo de Sylvester—N'este processo procura-se obter uma inspiração e expiração, com auxilio de tracções praticadas nos ossos e musculos do tronco e membros superiores. Deita-se o feto de costas, tendo o cuidado de collocar uma pequena almofada, ou um rolo formado por pannos, por debaixo da cabeça, conservando-se o corpo sobre um plano horisontal. Feito isto, seguram-se os membros superiores pelo antebraço, elevam-se para cima, e depois estendem-se aos lados da cabeça. Mantêm-se n'esta posição durante dois segundos, realisando assim o movimento de inspiração. Depois abaixam-se os braços, collocando-os de encontro ao tronco, e fazendo uma pequena pressão sobre as costellas; fica realisado o movimento de expiração. Esta manobra deve ser feita 16 vezes por minuto.

4.º Processo de Paccini.—Deita-se a creança n'um plano horisontal, e, collocando-se o operador por detraz, segura a parte superior dos dois braços, perto do côto das espaldas, devendo o pollegar de cada mão

ser collocado adeante do collo do humero, e os quatro restantes dedos, atraz. Levantando então o côto das espaldas, procuramos utilizar-nos da articulação das clavículas com o esterno, para o elevar com as costellas correspondentes, augmentando-se assim a capacidade do thorax.

5.º Processo de Schultze. — Consiste em suspender a creança verticalmente, collocando para isso o parteiro os seus dedos por debaixo das axillas da creança. Os pollegares, passando por deante, e apoiando-se na parte anterior e superior do thorax, mantem a cabeça. Com um movimento brusco, faz-se executar á parte inferior do tronco, e membros inferiores, um movimento de balanço para deante, para cima e para traz, ficando a creança com a cabeça voltada para baixo, e as extremidades inferiores pendentes. É necessario que este movimento de flexão se faça á custa da columna lombar, e que o movimento deixe de ser brusco quando o corpo já passou da direcção horizontal, para então ser mais lento.

Por esta manobra, a pelve e as visceras fazem pressão sobre o diaphragma, realisan-

do-se o movimento de expiração, depois volta-se á primeira posição pelo mesmo processo, fazendo-se então a inspiração. Esta manobra deve ser feita sete a oito vezes por minuto.

Apreciação dos processos de tratamento expostos

Dos meios therapeuticos, primitivamente aconselhados para obstar a que a morte apparente do recém-nascido, se transformasse em morte real, alguns ha, que não merecem sequer as honras da critica; outros porém, não deixam de ter um certo fundamento, em relação com as ideias de então. Para não me alongar muito, discutindo processos empyricos, absolutamente postos de partes, eu passarei a fazer uma succinta apreciação d'aquelles que methodisei no capitulo anterior.

Eu considero todos os processos baseados na excitação reflexa dos centros respiratorios, exceptuando o methodo de Labor-

de, como meios brandos. As fricções, flagellações, irritação das mucosas, banhos, etc., costumam chamar o organismo á actividade, porém, em casos em que o estado do recém-nascido é pouco grave. Longe, porém, de serem abandonados, devem estes processos ser postos sempre em pratica.

O processo de Laborde é vantajoso muito principalmente por não necessitar de instrumentos especiaes. Onde quer que seja, o clinico está apto a applical-o. Pinard censurou-o e sobre este assumpto teve uma polemica interessante com o auctor do processo. N'esta questão, cada um dos dois eminentes homens de sciencia, citava casos em que o seu methodo predilecto, tinha sido empregado varias vezer com excellente successo, depois do outro não ter dado resultado. Laborde entendia que as tracções rythmicas da lingua eram melhores do que a insufflação porque esta só actuava despertando o reflexo respiratorio pela acção do ar sobre as expansões nervosas sensitivas, e n'este ponto de vista, as tracções da lingua, exercendo a sua acção de uma maneira mais proxima e directa, mais facilmente actuarão

sobre as fibras sensitivas e troncos nervosos. Não achava vantagem directa em se insufflar o ar, visto conhecer-se a maneira como elle actua, e muito menos quando elle é proveniente do apparelho pulmonar do parteiro, pois que então pode ser prejudicial ao recém-nascido. Eu vejo n'este processo um esplendido recurso, e entendo que deve sempre ser tentado, mesmo em casos extremos.

Quanto aos methodos de tratamento, baseados no restabelecimento da respiração pela ventilação pulmonar, eu principiarei pela insufflação. A insufflação de bocca a bocca, não necessita de instrumento algum e é de facil applicação, apesar de que não me parece commoda a adaptação da bocca do operador á do recém-nascido, e assim parte do ar que tentamos insufflar, escapará facilmente. Se não forem tiradas previamente as mucosidades da parte superior das vias respiratorias, o que se deve fazer sempre, ha o perigo da impulsão das mesmas até aos bronchios, e a obstrucção d'estes, creando-se assim um obstaculo mechanico á introdução do ar.

Ha, porém, outros inconvenientes n'este processo, e um d'elles é que o ar insufflado, não passa, ao contrario do que se poderia suppôr, senão em pequena quantidade para além da larynge. Além d'isso, insufflando com muita força, determinar-se-hia a entrada do ar no tubo digestivo, e a sua accumulação no estomago, produzindo a pneumatose, que, impellindo para cima o diaphragma, obstaria tambem ao funcionamento dos pulmões. O ar que é introduzido, é, porém, um ar improprio para a hematose, carregado de gaz carbonico e pobre de oxygenio, e que, se não fôr prejudicial á creança pelo gaz carbonico que contém, tambem lhe não é util pela deficiencia de oxygenio. Se a creança tem já um sangue asphyxico nós vamos aggravar-lhe a situação.

Ainda fica um perigo, que é a propagação da syphilis ou outra doença contagiosa, tanto do parteiro ao recém-nascido, como d'este ao primeiro, quando algum d'elles seja portador d'ella.

Parece-me, pois, que este processo deve ser substituido por outro mais vantajoso.

A insufflação pharyngea tem quasi os

mesmos inconvenientes da de bocca a bocca; a maior parte do ar, em lugar de passar para a trachea, passa para o oesophago e estomago. Para obstar a este inconveniente, houve quem aconselhasse que, ao mesmo tempo que se insufflava, se deprimisse a cartilagem thyroidea, de deante para traz, o que não é isento de perigos para o recém-nascido, em virtude de que os anneis tracheaes teem ainda muito pouca resistencia.

O processo de Detharding, que implica uma tracheotomia, operação que não deixa de ser grave, deve ser posto de parte, tanto mais que pode ser substituído com vantagem.

A insufflação laryngea, permite que removamos o inconveniente da entrada do ar nas vias digestivas, assim como nos assegura que o ar insufflado vae directamente excitar as expansões nervosas sensitivas da mucosa pulmonar. Esse ar, dilatando os pulmões, e por consequencia a caixa thoracica, determina assim os movimentos de inspiração e expiração enquanto o reflexo respiratorio se não restabelece. O tubo laryngeo, porém, além de nos garantir a in-

troducção do ar nos pulmões, actua tambem como excitante dos movimentos reflexos, podendo, segundo alguns auctores, só pela sua presença e pelas manobras da sua introdução, produzir o effeito desejado. Este facto foi demonstrado experimentalmente pela insufflação em animaes no estado de morte apparente, e depois da secção infralaryngea da trachea.

Argumentam, porém, os detractores do processo, que esta irritabilidade especial da mucosa laryngea e tracheal, pode ser funesta, pois é conhecida a facilidade com que se estabelece a suspensão cardio-respiratoria consecutiva á excitação, facto este mais observado desde que se pratica a tracheotomia. Um outro inconveniente, para muitos parteiros, existe na difficuldade da collocação do instrumento da insufflação. Os professores Meunier e Noël, de Strasbourg, dizer ter feito *sempre* tentativas infructiferas, e o proprio Tarnier teve a franqueza de confessar que uma vez se enganou, e esteve durante muito tempo insufflando ar no estomago. Ao contrario d'isto, diz, porém, Depaul, que a introdução não é dif-

ficil; a questão é de um pouco de destreza, conhecimentos anatomicos e alguma pratica.

Sou da mesma opinião.

O facto de Tarnier se enganar, e os professores de Strasburgo não verem os seus esforços coroados de bom exito, não serão argumentos que nos levem a não seguir este methodo.

Auvard, respondendo á pergunta feita acerca do tempo durante o qual se devia fazer a insufflação, com esperanças de chamar á vida o recém-nascido, disse ser inutil continuar:

1.º Se depois de meia hora de insufflação, as pulsações são nullas;

2.º Quando, embora existam pulsações cardiacas, nós, depois de uma hora de insufflação não podermos obter do recém-nascido movimentos respiratorios espontaneos;

3.º Se depois de duas horas, existindo pulsações cardiacas e movimentos respiratorios espontaneos, estes tendem a desaparecer, logo que se interrompe a insufflação.

No primeiro caso a morte será real, no segundo, haverá lesão incompativel com o

restabelecimento da vida, e no terceiro, faltam tambem as condições necessarias á vida.

Quanto aos processos de aspiração, ha dois que eu não gastarei tempo em estudar. Tanto o cinto de Leroy d'Etiolles, como o spirophoro de Voillez, são muito engenhosos e muito interessantes, mas teem o maior inconveniente que poderiam ter, e que é o não darem resultado algum vantajoso.

Com respeito á electricidade, parece-me que não podemos contar muito com ella. Citam-se casos em que quando uma respiração se começava a estabelecer regularmente era brusca e irrevogavelmente supprimida pelo choque electrico, e Brown-Sequard diz que o melhor meio de anniquilar o resto da vida em individuos agonisantes, é submeter os seus musculos e nervos, á acção do galvanismo. Mesmo que assim não fosse, teriamos a difficuldade de encontrar á mão em taes casos um aparelho sufficientemente energico e prompto a funcionar.

Dos processos de respiração artificial, os que teem dado melhores resultados teem

sido o de Sylvester e o Schultze. Estes, porém, teem de ser executados com muito cuidado, pois têm alguns inconvenientes, principalmente o ultimo, que expõe a traumatismos variados, e para ser bem praticado, exige do operador uma grande destreza.

Conclusão

Quando os ruídos do coração fetal deixam de ouvir-se depois da expulsão do feto, não deveremos desanimar.

Fazendo desaparecer os obstáculos mecânicos á introdução do ar nos pulmões, poremos em execução, qualquer dos processos descriptos, á nossa escolha, o que mais opportuna, facil, rapida e seguramente poder ser applicado. De todos esses processos, os que mais vantajosos resultados teem dado, e de que mais devemos esperar, são: a respiração artificial, o methodo de Laborde, e a insufflação.

O uso de um d'elles, a combinação de dois, ou o seu emprego successivo, fica ao criterio do clinico.

Nunca é demais a paciência, persistência e esperança em casos d'estes em que geralmente ha, da parte da familia do pequeno ser, a expectativa e a anciedade, que farão com que ao operador, as fracções do tempo pareçam muito maiores; devemos lembrar-nos sempre, como Icard, de que, *mais vale tratarmos um morto como vivo, do que expormo-nos a tratar um vivo como morto.*

Observações

I

L. C., de 21 annos, solteira, jornaleira, natural de Louzada e moradora na freguezia de S. Vicente de Boim.

Era secundipara, tendo havido no primeiro parto, ha cerca de um anno, intervenção a forceps, e tendo sido extrahido um feto de tempo, morto.

Sentiu as primeiras dôres da maternidade no dia 2 de Janeiro de 1906, dando-se a ruptura da bolsa d'aguas no dia 4 ás 2 horas da tarde. No dia 5 foi feita a intervenção a forceps, por um clinico da localidade, motivada por inercia uterina, sendo a doente chloroformisada. Casualmente assisti a essa intervenção.

Tratava-se de uma apresentação de vertice, variedade occipito-illiaca-esquerda-anterior. Na ocasião da intervenção, nenhum ruído fetal se tornava perceptível á auscultação.

Foi extrahido um feto do sexo feminino, de volume regular, mas inerte, sem que se notassem movimentos circulatorios ou respiratorios.

Desembaraçado o feto das mucosidades das vias aereas, e feitas as tracções rythmicas da lingua, foi a creança reanimada, ao fim de cerca de dez minutos, continuando-se espontaneamente as funcções circulatoria e respiratoria.

A creança a que me refiro, ainda vive.

II

J. da Cunha, de 40 annos de idade, natural de Fafe.

Entrou para a enfermaria de obstetrícia, do Hospital Geral de Santo Antonio, no dia 7 de Fevereiro de 1906, ás duas horas da tarde, com as dôres da maternidade. Declarou ser primipara.

Examinada no dia seguinte, verificou-se que se tratava d'uma prenhez de termo, que o feto se encontrava acima do estreito superior, e a apresentação era de vertice, em O. I. E. A.

As contracções uterinas eram pouco energicas; pelo toque, notou-se que o collo estava rigido, e pouco dilatado, achando-se a bolsa d'aguas bastante tensa.

As dôres tinham principiado no dia da entrada da doente para o hospital, ás 6 horas da manhã, sendo muito espaçadas e pouco intensas. Ás 11 horas da noite do dia 8 rompeu-se a bolsa d'aguas.

Feito o diagnostico de inercia uterina pelo illustre professor, Dr. Candido de Pinho, foi resolvida a intervenção no dia 9.

Os ruidos do coração fetal eram já muito pouco perceptíveis.

Fez-se a dilatação do collo do utero por meio do dilatador Bossy, e em seguida empregou-se o forceps, sendo extrahido um feto do sexo feminino, bastante grande, pesando 3720 grammas.

O recém-nascido vinha inerte, com coloração rosea dos tegumentos, não respirando,

mas tendo ainda pulsações do cordão bastante fracas e perceptíveis com dificuldade.

Emquanto se ministravam os necessários cuidados á parturiente, por motivo de uma ruptura do perineo, feita durante a intervenção, foi o recém-nascido entregue pelo Ex.^{mo} Snr. Dr. Candido de Pinho, a dois dos quintannistas então presentes, que se esforçaram por o reanimar. Para isso metteram-o em um banho quente, e praticaram as manobras de Sylvester e Laborde, ajudados por mim e por mais alguns condiscipulos.

As pulsações do cordão tornaram-se cada vez mais fracas, desapparecendo por completo ao fim de pouco tempo; pela auscultação, nenhum ruido cardiaco se percebia. Apesar d'isso continuamos na nossa tarefa durante cerca de tres quartos de hora, mas sem resultado algum. Um exame minucioso da abobada craneana mostrou-nos ter havido amolgamento dos ossos d'essa região, e resolvemos então dar por desempenhada a nossa missão.

PROPOSIÇÕES

Anatomia — A columna vertebral, no seu conjunto, comporta-se como uma haste elastica.

Physiologia — O ovario não é annexo do utero.

Pathologia geral — «Tal pae, tal filho».

Anatomia pathologica — Deviam ser autopsiados todos os cadaveres.

Pathologia externa — Reprovo a tamponagem nasal dupla no tratamento de epistaxis.

Materia medica — O valor hemostatico da ergotina, depende da riqueza em fibras lisas do orgão lesado.

Medicina operatoria — Um bom operador não é garantia de uma boa operação.

Hygiene — Os mosquitos contribuem muito para a mortalidade humana.

Pathologia interna — O rachitismo é uma condição favoravel á installação da tuberculose.

Obstetricia — Não se deve empregar o chloroformio nos casos de hemorragias uterinas graves.

Medicina legal — Ha uma circulação *post-mortem*.

Visto,

N. Brandão.

Presidente.

Pôde imprimir-se,

Moraes Caldas.

Director.